

BERNARDO KLIKSBERG  
IRENE NOVACOVSKY

**EL GRAN DESAFÍO**  
**ROMPER la TRAMPA**  
**de la DESIGUALDAD**  
**DESDE la INFANCIA**

Aprendizajes de la Asignación Universal por Hijo

EQUIPO: ISIDRO ADÚRIZ • VICTORIA ARINCI  
HORACIO CHITARRONI • ELISA TROTTA GAMUS  
NAOMI WERMUS



UNTREF

Editorial Biblos  
S O C I E D A D

**EL GRAN DESAFÍO**  
**ROMPER la TRAMPA de la**  
**DESIGUALDAD DESDE la INFANCIA**

Aprendizajes de la Asignación Universal por Hijo



**BERNARDO KLIKSBERG • IRENE NOVACOVSKY**

**EL GRAN DESAFÍO**  
**ROMPER la TRAMPA de la**  
**DESIGUALDAD DESDE la INFANCIA**

Aprendizajes de la Asignación Universal por Hijo

EQUIPO: **ISIDRO ADÚRIZ • VICTORIA ARINCI**  
**HORACIO CHITARRONI • ELISA TROTTA GAMUS**  
**NAOMI WERMUS**

**Editorial Biblos**

El gran desafío: romper la trampa de la desigualdad desde la infancia  
/ Isidro Adúriz... [et al.]; dirigido por Bernardo Kliksberg e Irene  
Novacovsky. - 1a. ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 2015.  
344 pp.; 23 x 16 cm. (Sociedad)

ISBN 978-987-691-355-3

1. Sociología. 2. Investigación.

I. Adúriz, Isidro. II. Kliksberg, Bernardo, dir. III. Novacovsky, Irene, dir.  
CDD 301

Diseño de tapa: *Luciano Tirabassi U.*

Armado: *Hernán Díaz*

© Los autores, 2015

© Editorial Biblos, 2015

Pasaje José M. Giuffra 318, C1064ADD Buenos Aires

[editorialbiblos@editorialbiblos.com](mailto:editorialbiblos@editorialbiblos.com) / [www.editorialbiblos.com](http://www.editorialbiblos.com)

Hecho el depósito que dispone la Ley 11.723

Impreso en la Argentina

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Esta primera edición  
fue impresa en Elías Porter Talleres Gráficos,  
Plaza 1202, Buenos Aires,  
República Argentina,  
en marzo de 2015.

*Queremos agradecer el apoyo del director ejecutivo de la ANSES, Diego Bossio, y su secretario general, Rodrigo Ruete, así como muy especialmente la asesoría brindada por el director de Estudios de la Seguridad Social de ANSES, Roberto Arias, y su excelente equipo técnico.*



# Índice

<b>Prólogo</b> .....	13
----------------------	----

<b>Introducción</b> .....	17
---------------------------	----

## PRIMERA PARTE MARCO CONTEXTUAL

<b>1. Los derechos económicos y sociales. Los cambios en el mercado de trabajo y la insuficiencia del enfoque de protección social vinculado al empleo</b> .....	21
1.1. Los derechos económicos y sociales .....	21
1.2. El sistema de protección a la familia.....	23
1.3. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social.....	25
<b>2. Los antecedentes de la AUH en la Argentina</b> .....	27
2.1. El carácter diferencial de la AUH.....	27
2.2. Los programas de empleo y transferencias de ingresos .....	28
<b>3. Descripción de la AUH y la Asignación por Embarazo</b> .....	33
3.1. Su creación.....	33
3.2. Los objetivos y las corresponsabilidades .....	37
3.3. La cobertura de la AUH: evolución y distribución geográfica .....	38
<b>4. Los debates sobre la AUH</b> .....	43
4.1. Desincentivo al trabajo.....	44
4.2. Incentivo a la informalidad.....	47
4.3. Las condicionalidades.....	49
4.4. Ajustes en la oferta de salud y educación, y la articulación de las políticas sociales .....	57
4.5. Roles de género .....	59
4.6. El incentivo a la fecundidad.....	62
4.7. Universalidad y ciudadanía .....	63

<b>5. Características de la evaluación</b> .....	65
5.1. Objetivos que sustentan la evaluación.....	65
5.2. Diseño metodológico de la evaluación. Abordaje cuantitativo .....	65
5.3. Criterios de selección de grupos focales y las entrevistas a informantes clave. Abordaje cualitativo .....	72
5.4. Triangulación metodológica .....	74

## SEGUNDA PARTE PRINCIPALES RESULTADOS

<b>1. Características sociodemográficas de los hogares receptores de la AUH</b> .....	77
1.1. Características de los hogares .....	77
1.2. Características de las titulares.....	87
<b>2. Características del hábitat y de la vivienda</b> .....	93
2.1. Hábitat.....	93
2.2. Vivienda.....	98
2.3. Privación habitacional .....	105
2.4. Equipamiento del hogar.....	107
<b>3. El impacto de la AUH en los ingresos</b> .....	111
3.1. Ingresos de los hogares receptores .....	111
3.2. Ubicación de los hogares receptores por deciles de ingresos .....	113
3.3. Composición del ingreso por fuentes .....	114
3.4. Ingreso laboral de los ocupados .....	115
3.5. El peso de la AUH en el ingreso total.....	116
3.6. El impacto distributivo de la AUH .....	118
3.7. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto de la AUH en los ingresos .....	128
3.8. El impacto macroeconómico de la AUH .....	129
3.9. Incidencia de la AUH en el gasto social de la infancia.....	131
<b>4. El impacto de la AUH en el consumo de los hogares receptores</b> .....	135
4.1. Hábitos de consumo .....	135
4.2. Gasto del dinero de la AUH .....	142
4.3. Alimentación .....	144
4.4. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto de la AUH en el consumo .....	145
4.5. Bancarización y acceso al crédito .....	148
<b>5. El impacto de la AUH en el empleo de los hogares</b> .....	153
5.1. Situación de empleo de los hogares receptores.....	153
5.2. Categoría ocupacional de los ocupados .....	158
5.3. Informalidad del empleo y valoración del empleo registrado .....	159
5.4. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto en el empleo .....	161

<b>6. El impacto de la AUH en la igualdad de género</b>	163
6.1. Empoderamiento de las mujeres	163
6.2. Distribución de tareas dentro del hogar	167
6.3. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto de la AUH en la igualdad de género	168
6.4. Participación de las mujeres en actividades sociales	170
<b>7. El impacto de la AUH en la salud</b>	173
7.1. La cobertura de salud	174
7.2. Maternidad y embarazo	177
7.3. Controles de salud y vacunación de niños y adolescentes	185
7.4. Maternidad y embarazo adolescente	196
7.5. Salud sexual y reproductiva	198
7.6. Discapacidad	204
7.7. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto de la AUH en la salud	205
<b>8. El impacto de la AUH en la educación</b>	213
8.1. Desarrollo y cuidado en la infancia temprana	214
8.2. Asistencia a jardín maternal y al nivel inicial	217
8.3. Asistencia escolar en el nivel primario	223
8.4. Asistencia escolar en el nivel medio	224
8.5. Años de escolaridad ganados	229
8.6. Asistencia al sector público	230
8.7. Extensión de la jornada y comedores escolares	231
8.8. Trayectorias educativas	234
8.9. Rendimiento escolar	239
8.10. Impacto de la AUH en la educación de jóvenes de entre 18 y 24 años	240
8.11. Impacto de la AUH en la disminución de la exclusión de los adolescentes y jóvenes. Los jóvenes que no estudian ni trabajan	245
8.12. Impacto de la AUH en la ruptura de uno de los mecanismos de reproducción intergeneracional de la desigualdad de origen	248
8.13. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto de la AUH en la educación	249
<b>9. Trabajo infantil</b>	253
9.1. Impacto de la AUH en el trabajo infantil	253
9.2. Opiniones de los informantes clave sobre el trabajo infantil	256
<b>10. Opiniones sobre la AUH</b>	259
10.1. La Asignación como derecho y como ayuda	259
10.2. Valoración general de la AUH	266
10.3. Nivel de satisfacción con el monto de la AUH	273
10.4. Opiniones de los informantes clave sobre la AUH	274
<b>11. Accesibilidad</b>	283
11.1. Acceso, altas y bajas	285
11.2. Situación de los hogares no receptores	288

11.3. Acceso al pago con tarjeta.....	294
11.4. Opiniones de informantes clave sobre la accesibilidad.....	296
<b>12.El impacto de la AUH en la movilidad intergeneracional .....</b>	<b>301</b>
12.1. Percepción de las titulares.....	303
12.2. Impacto de la AUH.....	306
<b>Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>309</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>319</b>
<b>Índice de cuadros y de gráficos .....</b>	<b>329</b>
<b>El equipo .....</b>	<b>343</b>

## Prólogo

El derrumbe de los modelos económicos ortodoxos implementados en América Latina en el último cuarto del siglo pasado, signado por la abrupta caída del empleo, el deterioro de los ingresos, el aumento inusitado de la desigualdad, la exclusión social y la pobreza, instaló al comienzo del siglo XXI una nueva forma de pensar y gestionar los sistemas de protección social, en consonancia con la implementación de políticas públicas destinadas a revertir las graves inequidades producidas en la región durante las últimas décadas de la centuria anterior .

Este reciente contexto político regional promueve una nueva matriz de protección social que encuentra motivación y fundamentos sólidos en la convicción de que es obligación de los Estados contribuir de manera activa a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población. Esta nueva matriz se sustenta sobre las nociones de integración y universalidad, y pretende, en este sentido, articular una variedad de medidas orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas y a garantizar niveles mínimos de vida para todos, dejando atrás las viejas concepciones de políticas sociales focalizadas, destinadas a dar respuesta a problemas particulares y coyunturales, que habían prevalecido en el decenio anterior.

Esta nueva perspectiva impone pensar en “pisos de protección social” (OIT, 2011) basados en un conjunto de prestaciones y transferencias de carácter universal que procuren brindar niveles de acceso adecuados en materia de alimentación, educación, salud y cuidados básicos.

Si bien en la región todavía existen diferencias de apreciación acerca de cuáles son los instrumentos más idóneos para garantizar el acceso universal a la protección social, sus alcances, sus vías de financiamiento o los roles que competen al Estado y a la sociedad civil, es destacable que la mayoría de los países de América Latina se encuentran en sintonía y han adoptado medidas innovadoras –destacándose entre los países en vías de desarrollo– para establecer estas garantías, a través de la implementación de diferentes políticas públicas que contemplan programas de transferencias de ingresos, pensiones sociales y la extensión de las coberturas de salud y educación (CEPAL, 2014).

Desde esta perspectiva, la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo en Argentina, enmarcadas en la nueva cosmovisión de la protección social, hacen frente al desafío de consolidar el Sistema de Protección Social para asegurar un abordaje integral. Actualmente, a cinco años de su puesta en marcha, diversos organismos internacionales han resaltado su operatividad gerencial, su mirada sistemática y sus importantes impactos.

Paralelamente a los significativos avances logrados en la región en los indicadores que hacen a la protección social en el último decenio (tales como los aumentos en la cobertura de jubilaciones y pensiones de los mayores de 65 años, en la afiliación de los trabajadores a la seguridad social y en la cobertura alcanzada por diferentes programas de transferencias condicionadas), durante la última década se constata también un incremento sustantivo del interés de los Estados por evaluar las políticas públicas con la intención de lograr una mayor eficiencia en la aplicación de recursos que se les destinan.

Dicha vocación resulta fundamental, especialmente en el terreno de las políticas sociales, dado que están orientadas, ni más ni menos, a mejorar las condiciones de vida de la población, a constituir mecanismos de redistribución de recursos dedicados a potenciar la equidad y disminuir las brechas de desigualdad e inclusión. En tal sentido, resulta esencial comprobar si los recursos asignados llegan a los destinatarios previstos y si contribuyen a los objetivos perseguidos. Se trata de una cuestión relacionada con la deseable transparencia de las políticas que, además, contribuye decisivamente a reasegurar su legitimación y permanencia.

Asimismo, 2015 es un año importante, ya que es el año fijado por Naciones Unidas para evaluar en qué medida se cumplen los Objetivos del Milenio y, por lo tanto, ha sido establecido como Año Internacional de la Evaluación. Adquiere, en este contexto, especial trascendencia la presente publicación, ya que tiene por propósito exponer los resultados producidos por el trabajo de un equipo de profesionales en el marco de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y la Universidad Nacional de Tres de Febrero, destinado a cuantificar y calificar el impacto de la Asignación Universal por Hijo en Argentina, así como a optimizar su implementación y delinear, para el futuro próximo, el camino por recorrer hacia la inclusión social.

La evaluación realizada se ha encaminado a dar respuesta a un conjunto de preguntas esenciales: ¿En qué medida los ingresos recibidos permiten una mejora de la calidad de vida de los hogares más vulnerables y particularmente de niños, niñas y adolescentes, legítimos destinatarios de la prestación? ¿Garantiza los derechos de niños, niñas y adolescentes? ¿Cómo impacta la nueva política en la condiciones de salud y educación de la población? ¿Tienen estos ingresos un efecto empoderador para las mujeres que los administran? ¿En qué medida transferir ingresos a los hogares más vulnerables puede desalentar los esfuerzos laborales de algunos de sus miembros? ¿Cómo impacta el nuevo ingreso en el trabajo infantil? ¿Es ésta una política potencialmente capaz de interrumpir el círculo de reproducción intergeneracional de la pobreza? ¿Es

la AUH una estrategia superadora de las viejas concepciones de programas sociales tradicionales focalizados sobre la base de necesidades coyunturales?

Éstos son algunos de los interrogantes que intenta despejar este libro a partir de un amplio relevamiento muestral de escala nacional que comprendió 3.058 hogares encuestados, 12 grupos focales y 21 entrevista a informantes clave.

Desde el punto de vista del equipo profesional responsable de la tarea, la profundidad de los cambios en materia de protección social implementados en la región y la explícita voluntad política puesta de manifiesto por los gobiernos, encaminada a conocer las virtudes y los defectos de estas nuevas políticas, impone el desafío de aportar mejoras a las herramientas de evaluación conocidas. De ese esfuerzo también trata este libro.



## Introducción

Argentina se destaca en los informes de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), del Banco Mundial, de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y en otras fuentes, como uno de los países donde se han producido más avances en inclusión social y mejora de la equidad, aun cuando ellos deberán seguir siendo profundizados, para asegurar su vigencia y enfrentar los retos pendientes.

En el centro de las políticas sociales desarrolladas para lograr estos avances se halla la Asignación Universal por Hijo (AUH), cuyo alcance y magnitud la convierten en una de las de mayor importancia en la región.

A cinco años de su lanzamiento resulta fundamental disponer de una evaluación que permita extraer lecciones del análisis de sus resultados.

La evaluación del impacto de las políticas responde a la necesidad de comprobar si los objetivos previstos en ellas se cumplen, si las acciones llegan a los destinatarios y si los instrumentos empleados son los más adecuados para alcanzar las metas. Asimismo, si se requieren modificaciones que puedan mejorar su implementación.

El presente documento detalla los procedimientos y los resultados de la evaluación de impacto de la AUH, y las opiniones que se expresan son de exclusiva responsabilidad de los autores. Dicha evaluación fue solicitada por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). El diseño y la implementación fueron llevados a cabo por un equipo de investigadores de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y de la Universidad Nacional de Tres de Febrero. El trabajo de campo para proveer la información necesaria tuvo lugar entre noviembre de 2013 y febrero de 2014.

El documento se estructura en dos grandes partes. La primera, denominada “Marco contextual de la evaluación”, contiene un primer capítulo dedicado a los derechos económicos y sociales, y a los cambios estructurales en el mercado de trabajo que limitaron la capacidad de inclusión del tradicional esquema de protección social vinculado al empleo formal. Más adelante, un segundo capítulo se dedica a hacer un recorrido por los principales antecedentes de los programas de transferencias de ingresos en Argentina desde los años 90 y luego de la

crisis de 2001, así como a las diferencias de concepción entre la AUH y dichos programas. Un tercer capítulo está destinado a las características específicas de la AUH y a las circunstancias en que fue instrumentada, sus objetivos y corresponsabilidades, y su cobertura poblacional y geográfica actual. El capítulo cuarto aborda un conjunto de cuestiones que forman parte del debate corriente acerca de los programas que transfieren ingresos en general y de la AUH en particular. Finalmente, en el quinto capítulo de esta primera parte se detallan los objetivos e interrogantes que guían esta evaluación, además de explicitar la metodología empleada, que supone un doble abordaje, cuantitativo y cualitativo, con posterior triangulación en el análisis de la información obtenida.

La segunda parte, destinada a dar cuenta de los principales resultados del análisis, está organizada en forma temática. En primera instancia se incluye una descripción sociodemográfica y habitacional de los hogares alcanzados por la AUH para luego dar paso a la descripción y evaluación de impactos de la prestación entre niños, niñas y adolescentes destinatarios de la Asignación y sus familias, en los diferentes ámbitos de su vida. También se dedica un capítulo a la percepción por parte de los receptores y las dificultades de acceso a la prestación.

Para realizar un análisis de contraste de los datos obtenidos, se utiliza como fuente de información la Encuesta Anual de Hogares Urbanos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (EAHU-INDEC), correspondiente a 2013. El alcance de esta encuesta permite cotejar el comportamiento de la población receptora de AUH con el promedio urbano. Asimismo, se incorpora la comparación con la población u hogares pertenecientes al primer cuartil de ingreso per cápita familiar, dado que se asemejan en términos de ingresos a los hogares AUH, que también se ubican en el primer cuartil. De esta manera, es posible contar con un punto de referencia, con fines descriptivos, si bien no son estrictamente comparables. Cuando se trata de poner a prueba impactos, se emplea exclusivamente la comparación entre el grupo de tratamiento (GT) y un grupo de control (GC) construido mediante un procedimiento estadístico.

Cabe señalar que en cada capítulo se combina la información cuantitativa con la cualitativa, tanto la obtenida de grupos focales como de entrevistas a informantes clave.

En la última parte se abordan las conclusiones y recomendaciones surgidas a partir de la información analizada.

PRIMERA PARTE  
MARCO CONTEXTUAL



# **1. Los derechos económicos y sociales. Los cambios en el mercado de trabajo y la insuficiencia del enfoque de protección social vinculado al empleo**

## **1.1. Los derechos económicos y sociales**

La región presenta un panorama variado y heterogéneo en cuanto al diseño de nuevas políticas y programas sociales.

Pueden observarse ciertos énfasis comunes renovadores, signo de la presencia de una nueva generación de políticas sociales. Entre ellos, el enfoque de derechos: la ayuda a los desfavorecidos es crecientemente legislada y planificada como la reintegración de un derecho. Ello reemplaza la concepción vigente durante décadas que la consideraba una “ayuda social”. En la nueva idea, el Estado está cumpliendo con la obligación que tiene en una democracia de garantizar los derechos sociales básicos. Los que reciben sus aportes tienen derechos legítimos a exigirlos. (Kliksberg, 2011a)

Los derechos de primera generación son aquellos que el Estado debe garantizar mediante la omisión de medidas tendientes a coartarlos o limitarlos: fundamentalmente derechos civiles y políticos. Tal es el derecho a la libertad, al asilo político, a la libertad de expresión, no discriminación, por ejemplo, o el de libre asociación. Ellos requieren, asimismo, la adopción de resguardos para que nadie obstaculice su efectivo ejercicio.

Pero los derechos económicos y sociales, que también han sido llamados de segunda generación, son aquellos que, como el acceso a la alimentación, la salud o el conocimiento (un conjunto de bienes y servicios básicos), el Estado debe asegurar mediante políticas activas. No basta con que se abstenga de privar a las personas de alimentación, educación o vivienda si ellas no pueden asegurarse el acceso a estos derechos por sus propios medios. Dicho acceso debe ser, en este caso, facilitado, se les debe brindar los medios a aquellos sectores de la sociedad que se encuentran en desventaja para procurárselos por sí mismos.

Estos derechos y la necesidad de encaminar esfuerzos para garantizar su goce han sido incluidos en numerosos tratados internacionales y acuerdos regionales. Entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) y en la

Convención de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989.

El conjunto de derechos así reconocidos se encamina a garantizar, principalmente, el acceso al trabajo en condiciones laborales justas y equitativas; a la educación inicial, primaria y secundaria en forma gratuita; al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluidas condiciones de vida saludables y disponibilidad de servicios de salud accesibles, aceptables y de buena calidad; el acceso a la alimentación, en la forma de disponibilidad de comida nutritiva suficiente o de los medios para obtenerla (ANSES, 2012).

La Asignación Universal por Hijo (AUH) se encuentra enmarcada en una nueva concepción de la política social que adopta un enfoque de derechos por medio del cual se trasciende la mera satisfacción de necesidades y se apuesta a restaurar derechos vulnerados. A partir de esta perspectiva, los beneficiarios ya no son sujetos pasivos, sino ciudadanos portadores de derechos. (Juan Manuel Abal Medina, 2010, citado en ANSES, 2012)

La AUH se constituye entonces como un derecho y, como tal, encuentra su marco normativo en el decreto 1.602/09 emitido por el Poder Ejecutivo Nacional el 29 de octubre de 2009. Este decreto establece la incorporación del subsistema no contributivo de Asignación Universal por Hijo para Protección Social, dentro del Régimen de Asignaciones Familiares. De esta manera, la AUH se incorpora en el plexo normativo de la ley 24.714 (ANSES, 2012).<sup>1</sup>

Subyace al diseño de la AUH la idea de que una mayor igualdad es virtuosa y beneficiosa por sí misma para el conjunto de la sociedad (Dubet, 2011). “Lo que sí es efectivo es que las altas desigualdades reducen los mercados nacionales, limitan las tasas de formación de ahorro nacional, bajan la productividad, afectan negativamente el sistema educativo generando deserción en amplios sectores y limitando la oportunidad de educación de calidad a grupos restringidos, y debilitan seriamente la cohesión social” (Kliksberg, 2012). Parece necesario que se propicie una mayor cercanía de posiciones sociales en el inicio de las trayectorias individuales para garantizar menores desigualdades de oportunidades en el futuro. La AUH consiste en una transferencia monetaria a hogares destinatarios, seleccionados por sus condiciones de vulnerabilidad (vinculadas fundamentalmente a la precariedad de las inserciones laborales, causa fundamental de la insuficiencia de ingresos), a la vez que, a través de las corresponsabilidades, garantiza estándares adecuados de acceso a la educación y a la salud de niños, niñas y adolescentes. De tal modo, los recursos transferidos contribuyen a atenuar la desigualdad de las posiciones en el momento actual, mientras que, al favorecer el acceso de los niños a la educación y a la salud preventiva, les eleva el capital humano y mejora sus oportunidades pre-

1. La Cámara de Diputados de la Nación declaró en su resolución s/n de fecha 11 de septiembre de 2013 la validez del decreto 1.602/09.

sentos y a futuro. Tal como ha sido señalado, “una mayor inversión en capital humano durante la infancia determina una mayor capacidad de las personas para transformar el acceso a bienes y servicios en aquello que valoran y logran «ser» o «hacer» en las etapas posteriores de sus vidas (en términos de Amartya Sen), se trata de la facultad de transformar los bienes y servicios en un espacio de capacidades” (PNUD, 2010).

## 1.2. El sistema de protección a la familia

La AUH viene a integrarse en el marco más vasto del sistema de protección y Seguridad Social consolidado en Argentina a lo largo del siglo XX.

El sistema de Seguridad Social se conformó en torno a un sistema bismarckiano, caracterizado por ser un modelo contributivo. Esto supone que el derecho a percibir prestaciones (cobertura de salud a través de las obras sociales, asignaciones familiares, seguro de desempleo, beneficio previsional, entre otras) se deriva de las contribuciones previas efectuadas por los propios receptores (trabajadores activos) y de los aportes realizados por sus empleadores. De esta forma, la seguridad económica quedaba garantizada a través del empleo, que traía consigo una batería de derechos relacionados, haciéndolo funcionar como elemento integrador. (ANSES, 2012)

Específicamente, el sistema de protección a la familia se originó a fines de la década de los 50, a través de diferentes cajas de subsidios familiares (empleados de comercio, trabajadores de la industria y de la estiba). La ley 18.017/68 que comenzó a regir en 1969 “universaliza el sistema a la totalidad de los asalariados del sector privado e incorpora a los trabajadores de las empresas públicas. Asimismo, uniforma las normas de acceso a las prestaciones para los empleados públicos y privados, y amplía notablemente el número de contingencias cubiertas, así como el universo de los beneficiarios” (SIEMPRO, 2008).

El régimen así creado resultaba financiado mediante un aporte sobre el conjunto de la nómina salarial que realizaba el empleador. El hecho de que los trabajadores sin cargas familiares contribuyeran a financiar el pago a los que sí las tenían<sup>2</sup> establecía un vínculo de solidaridad social al tiempo que evitaba que fueran discriminados en la contratación quienes tenían hijos. Tal fue el denominado “salario familiar”, que consistía en un pago fijo por cada hijo menor y también por esposa.<sup>3</sup>

Un segundo mecanismo solidario consistía en que, al tratarse de un monto

2. Si bien el aporte lo realizaba el empleador, puesto que incrementaba el costo salarial, puede ser considerado como un salario indirecto que el trabajador dejaba de percibir y se destinaba a un “fondo común”.

3. El supuesto del que se partía al establecerse el régimen, aunque ya desmentido en la práctica,

de suma fija, representaba un porcentaje bajo para los trabajadores de ingresos altos –que eran quienes contribuían en mayor medida al fondo común– y, en cambio, resultaba más significativo para los de ingresos menores. Por cierto, estos mecanismos de solidaridad establecidos al interior del colectivo laboral tenían vigencia para los trabajadores en relación de dependencia y legalmente registrados. Es decir, para el mundo del trabajo formal, que abarcaba un porcentaje ampliamente mayoritario de los trabajadores. Aunque, debe señalarse, no a la totalidad, por lo que el sistema nunca fue estrictamente universal. Al promediar los años 70, alrededor del 75% de la fuerza de trabajo era asalariada y el trabajo informal, aunque mucho menos frecuente de lo que sería más tarde, alcanzaba al 20% de los asalariados urbanos.<sup>4</sup>

Los cambios ocurridos en el mercado de trabajo en el último cuarto del siglo XX y, en particular –en el caso argentino–, en los años 90, redujeron drásticamente esas proporciones. Téngase en cuenta que en el peor momento, luego de la crisis de 2001, la proporción de asalariados había caído por debajo del 70% de la fuerza de trabajo total y el trabajo precario alcanzaba alrededor del 50% de ellos, de manera que apenas entre 35% y 40% eran los que contribuían al sistema de la Seguridad Social. Pero, además, quienes accedían al sistema de asignaciones familiares eran menos, porque en los años 90 se estableció un techo salarial para acceder a las prestaciones familiares –que redujo aún más el número y la proporción de trabajadores con dicho derecho–. Pero tanto los trabajadores por cuenta propia –salvo los inscriptos al régimen de autónomos que pagan impuesto a las ganancias y pueden deducir las cargas familiares– como los asalariados en negro –y, por cierto, los desempleados– quedaban al margen de la cobertura del sistema de protección familiar así concebido.

Con respecto al monto de estas prestaciones, la ausencia de un marco normativo que regulara su actualización provocó que la relación con el salario fuera variando y, en general, se deteriorara a lo largo del tiempo. Por otra parte, en los años 90, también se estableció una escala según la cual la prestación resultaba inversamente correlacionada con el monto del salario percibido.

En octubre de 1996, mediante la ley 24.714, la prestación por hijo y prenatal se fijó en 40 pesos por mes para las remuneraciones de hasta 500 pesos; en 30 pesos para la escala de entre 501 y 1.000 pesos y en 20 pesos para el tramo salarial entre 1.001 y 1.500 pesos; por hijo con discapacidad se percibía un subsidio cuatro veces mayor en cada escala (SIEMPRO, 2008). Esta reforma tuvo, pues, un componente redistributivo al fijar prestaciones decrecientes a medida que aumentaba el ingreso laboral. En las escalas salariales superiores, sin embargo, los trabajadores alcanzados por el impuesto a las ganancias de la 4ª categoría obtenían un beneficio implícito al poder deducir de la tributación

---

era que la mayor parte de los hogares estaba sostenida por un único trabajador, generalmente un varón adulto, o bien que éste era quien proveía el ingreso principal.

4. Según surge de estimaciones basadas en la Encuesta Permanente de Hogares, EPH, del INDEC, correspondiente a octubre de 1974, aunque abarcaba solamente el Gran Buenos Aires, GBA.

las cargas familiares. Con ello, quedaban también incluidos en la cobertura provista por el sistema de protección a la familia.<sup>5</sup>

Estos montos permanecieron congelados hasta 2004, cuando la inflación que siguió a la devaluación posterior a la crisis de 2001 los había reducido significativamente en términos reales. A partir de allí y hasta 2008 fueron ajustados en cuatro oportunidades, y acumularon un incremento del 340%, al tiempo que se modificó en cinco oportunidades el tope máximo de las remuneraciones y los haberes previsionales que habilitaban el cobro de estas prestaciones. Con posterioridad, montos y escalas fueron actualizados en forma periódica. La última modificación vigente desde junio de 2014 situó la escala máxima en 644 pesos para los trabajadores cuya remuneración no excediera los 4.800 pesos.

### **1.3. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social**

En 2009, el Gobierno creó el régimen de Asignación Universal por Hijo para la Protección Social como un modo de ampliar decisivamente el acceso a este Sistema de Protección Social, que había quedado tan severamente limitado. Es decir, generalizó un derecho preexistente, del que gozaban hasta ese momento los hijos de los trabajadores registrados en la Seguridad Social, pero no los hijos de cuentapropistas ni los asalariados precarios, cuyos ingresos, paradójicamente, eran significativamente menores en promedio al de los primeros. Tampoco, ciertamente, los hijos de trabajadores desocupados, salvo en caso de aquellos que estaban percibiendo el seguro de desempleo.

En tal sentido, el nuevo régimen otorga mayor equidad en las transferencias, ya que incorpora a las familias de menores ingresos al Sistema de Asignaciones Familiares, excluidas hasta ese momento, ampliando el subsistema no contributivo integrado por pasivos y titulares de pensiones no contributivas (PNC). Como lo ha señalado Mazzola (2012), es “una política a favor de la equidad distributiva y un paso a la universalización del derecho a la Seguridad Social, a la cual no calificaban hasta el desarrollo de la medida quienes estaban en extrema pobreza”.

Se trata pues de subsanar una profunda disparidad. De igualar posiciones. A su vez, el nuevo régimen establece corresponsabilidades vinculadas al cumplimiento de la escolaridad en las edades obligatorias (de los 5 a los 17 años) y a los controles preventivos de salud y a la vacunación obligatoria en la infancia, lo que contribuiría a establecer una mayor igualdad de oportunidades en el

5. Actualmente, a partir de 2012, con el decreto 1.668/12 se subsanó definitivamente la situación del total de niños, niñas y adolescentes, hijos de asalariados registrados que cobran por encima del tope fijado para las Asignaciones Familiares por Hijo (AFH) y por debajo del piso para realizar deducciones del impuesto a las ganancias, al incorporar un nuevo tramo de ingresos para percibir asignaciones familiares, asegurando que la totalidad de hijos de trabajadores registrados quedará cubierta por el Sistema de Protección Social.

futuro y garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes a la salud y a la educación.

La AUH significa el reconocimiento de un derecho social: el derecho de las niñas y niños argentinos a estar incluidos, a gozar de un estándar básico de vida, de bienestar y de seguridad económica. En segundo lugar, se convierte en una política que ratifica la universalidad de los derechos sociales hacia aquellos que, aun participando del mercado de trabajo, se encontraban impedidos de recibir los beneficios de las asignaciones familiares. A partir de la implementación de la AUH, el Sistema de Protección Social de Argentina se acerca cada vez más al carácter de universal. Se trata, por un lado, de continuar realizando importantes esfuerzos desde el Estado Nacional para combatir el trabajo no registrado, y por el otro, atender a aquellos que, dadas las circunstancias del mercado de trabajo actual, aún no han tenido la oportunidad de salir de la informalidad. (ANSES, 2012)

Por ello, tal como lo afirma Mazzola (2012), “la AUH debiera ser entendida como el inicio de una estrategia a favor de la concreción de los derechos de las niñas y los niños actuando sobre las desigualdades que minan las oportunidades para su desarrollo y no como una línea de llegada”. Y enmarcada en el contexto de una concepción ampliada de las políticas de protección social no limitadas a la respuesta a una coyuntura adversa del mercado de trabajo o a un grupo de población en particular, sino asentadas en un enfoque de derechos inherentes a todos los trabajadores y sus familias (Novacovsky y Sobrón, 1999; Roca, 2010). Se trataría, de esta forma, de asegurar un nivel mínimo de bienestar y contribuir a la realización de los derechos económicos y sociales de todos los miembros de la sociedad (Cecchini y Martínez, 2012).

## 2. Los antecedentes de la AUH en la Argentina

### 2.1. El carácter diferencial de la AUH

La implementación de la AUH reconoce también, en nuestro país, antecedentes de programas de transferencias condicionadas de ingresos a los hogares (PTC), surgidos como respuesta a la crisis del mercado de trabajo y a la creciente exclusión social. Sin embargo, cabe señalar que los PTC de América Latina están en general diseñados como programas sociales de transferencias de ingresos, usualmente a término y en respuesta a condiciones contextuales. Se focalizan en poblaciones beneficiarias que son admisibles por reunir condiciones de vulnerabilidad, generalmente familias en situación de pobreza y carentes de capacidad para obtener ingresos suficientes por sus propios medios. Estas condiciones pueden no ser permanentes, sino responder a una coyuntura adversa, de carácter general o particular, y una vez superadas, la transferencia podría cesar o el programa interrumpir sus acciones. Generalmente se selecciona a los beneficiarios mediante procedimientos tales como los test de medios.

La AUH establece un salto cualitativo en comparación con dichos programas, dado que se concibe la estrategia de intervención, no como un programa, sino como una extensión del Sistema de Asignaciones Familiares al que ya tenían acceso otros sectores de la sociedad, integrando el Sistema de Protección/Seguridad Social.

Según ya se ha dicho más arriba, los trabajadores asalariados del sector privado formal, registrados en la Seguridad Social, ya contaban con la Asignación Familiar de carácter contributivo –financiada mediante un aporte patronal sobre la nómina salarial– según una escala diferenciada que beneficiaba con una prestación más alta a los trabajadores de menores salarios. En el sector público nacional se otorgaba una prestación equivalente con financiamiento del Estado,<sup>1</sup> extensiva también a los hijos de los alcanzados por el sistema

1. Los trabajadores de las administraciones provinciales estaban cubiertos por sistemas propios de cada jurisdicción.

integrado de jubilaciones y pensiones, de las pensiones no contributivas por invalidez y del seguro de desempleo.

Existía un piso salarial por encima del cual ya no se percibía la Asignación Familiar. Sin embargo, excedido éste, los trabajadores de los estratos de ingresos más elevados, que tributaban el impuesto a las ganancias de la 4ª categoría, podían deducir del tributo las cargas familiares, con lo que obtenían una asignación indirecta. Otro tanto ocurría con los contribuyentes del impuesto a las ganancias no asalariados.

La AUH vino a constituir el tercer pilar de este sistema de cobertura. La AUH cobra así un carácter institucional y permanente como parte de una red de protección y como medio para garantizar y extender el acceso efectivo al derecho a la Seguridad Social y a la protección durante la infancia y la adolescencia. No se trata meramente de dar respuesta a una situación de emergencia, o de una asistencia focalizada a hogares que reúnen características distintivas.

Sobre un total de 11,3 millones de niños, niñas y adolescentes correctamente acreditados en las bases de ANSES a diciembre del 2013, el 91,9% se encontraba alcanzado por los derechos del Sistema de Protección Social o recibía una deducción impositiva. De este universo, un 87,6% cuenta con protección social o recibe deducciones impositivas del Estado Nacional (el 32,7% se trata de niños y niñas que cuentan con Asignación Universal por Hijo, en tanto que el 54,9% corresponde al Sistema de Asignaciones Familiares por hijo de trabajadores activos o pasivos, pensiones no contributivas o recibe el beneficio de deducción de impuesto a las ganancias) y un 4,3% accede a una prestación correspondiente a programas sociales no compatibles con la AUH.

Entre el 8,1% restante que aún no puede encuadrarse en ninguna de las situaciones anteriores, 3,2% corresponde a suspensiones por incumplimiento de corresponsabilidades de la AUH, es decir que pueden reincorporarse de ponerse al día con los certificados; en tanto que 3,7% corresponde a hijos e hijas de monotributistas, y el 1,2% restante se trata de renunciaciones voluntarias y casos no asignables al sistema por problemas administrativos o por imposibilidad de establecer un vínculo entre los hijos y los progenitores.

## **2.2. Los programas de empleo y transferencias de ingresos**

A comienzos de la década de los 90, en el contexto de las reformas estructurales que se llevaron a cabo en el plano económico y con un creciente desempleo, se implementó una serie de programas de empleo diferentes y de baja cobertura. Pero en 1995, agravado el nivel de desempleo local por la recesión vinculada a la crisis mexicana (la llamada crisis del Tequila, que produjo fugas generalizadas de capitales), se estableció el Plan Trabajar, primera experiencia masiva de programas de transferencia de ingresos a cambio de una contra-prestación laboral.

El Plan Trabajar se planteó como un programa de empleo de emergencia

y se dirigió a jefes de familia con necesidades básicas insatisfechas. Brindaba un empleo transitorio, en el sector público, generalmente afectado a obras de infraestructura y mantenimiento en municipios. El objetivo era afrontar situaciones de pobreza en el corto plazo y alcanzó a unos 200.000 beneficiarios en su momento de mayor cobertura, lo que le otorgó una gran visibilidad en la opinión pública. Puesto que su función principal era paliar la pobreza, ha sido más frecuentemente vinculado a los programas de transferencias de ingresos que a las políticas activas en materia de empleo (Gasparini y Cruces, 2010).

En 1997, desde el SIEMPRO<sup>2</sup> se formuló la propuesta del Ingreso para el Desarrollo Humano (IDH), cuyo objetivo era apoyar a las familias en situación de pobreza ampliando oportunidades y capacidades para todos sus miembros, a través de asegurar un ingreso monetario cuya depositaria y titular del subsidio sería la madre y cuyo monto fuera equivalente a medio salario mínimo, vital y móvil. Se requería el cumplimiento de corresponsabilidades: el control de salud de niños, niñas y embarazadas, así como la asistencia escolar de niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años (Novacovsky y Sobrón, 1999). Dado que se planteaba como una estrategia para el abordaje de la pobreza y la desigualdad, no se limitaba el acceso en función de la situación de inserción en el mercado de trabajo de los miembros del hogar. También desde una perspectiva de derechos abandonaba la idea de las contraprestaciones laborales.

Esta propuesta encontraría concreción más tarde con la transformación, en 2002, del Programa de Atención a Grupos Vulnerables (PAGV),<sup>3</sup> en un Programa de Transferencias Condicionadas-IDH,<sup>4</sup> sujeto al cumplimiento de compromisos de salud y educación. Se transfería un mínimo de 100 pesos mensuales por hijo o mujer embarazada, y 25 pesos por cada hijo adicional hasta un máximo de 5. Este programa contaba con un sistema de identificación y selección de familias beneficiarias a través de una encuesta de hogares por barrido en zonas vulnerables y un índice de vulnerabilidad o *proxy mean test* a cargo del SIEMPRO-SISFAM (Sistema de Identificación y Selección de Familias Beneficiarias de Programas y Servicios Sociales). En una primera etapa el programa estaba dirigido a familias vulnerables con hijos de hasta 18 años, residentes en los grandes conglomerados urbanos, y llegó a cubrir 400.000 familias.

Paralelamente se desarrolló el antecedente más masivo en términos de políticas de transferencia de ingresos en Argentina, que tendría lugar luego de la crisis de la convertibilidad y la devaluación que le siguió, a fines de 2001 y comienzos de 2002. La pobreza y la indigencia alcanzaron niveles sin precedentes (casi 60% y casi 25% de la población urbana, respectivamente), en

2. El Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales, actualmente dependiente de la Secretaría del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación.

3. El diseño de cambio del PAGV en IDH fue realizado por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) - Ministerio de Desarrollo Social (MDS).

4. Posteriormente se lo denominó Familias por la Inclusión Social.

tanto que el desempleo llegó a superar el 20%. En abril de 2002 el Gobierno interino creó el Programa Jefas y Jefes de Hogar Desocupados (PJJHD), con financiamiento del Banco Mundial, a partir de la reasignación de diversos préstamos. Se trataba de un programa de transferencias monetarias de emergencia (150 pesos, que por entonces equivalían a alrededor de 25% del salario medio de los trabajadores registrados en la Seguridad Social y a más de 50% de los no registrados) destinado a familias con jefe desocupado (en la práctica también dio cabida a ocupados en el sector informal, cuya condición no era comprobable) y con hijos menores de 18 años. Este programa contemplaba una contraprestación de carácter laboral por parte del titular, cuyo cumplimiento fue relativamente alto en los primeros meses y fue disminuyendo sostenidamente en los siguientes. Asimismo, el PJJHD establecía la obligatoriedad de la asistencia escolar de niños, niñas y adolescentes, y el cumplimiento del plan de vacunación obligatorio en el caso de los más pequeños, pero estas condiciones nunca se exigieron. Llegó a cubrir a casi dos millones de beneficiarios; sin embargo, no puede asegurarse que haya sido uno por cada hogar, debido al diseño, la mecánica de registración y selección de beneficiarios, por ejemplo, la dificultad de establecer el jefe de hogar y los vínculos familiares.

Cabe señalar, en referencia al PJJHD, que, al restringir el acceso a jefes de hogar desocupados, quedaban nominalmente excluidos gran parte de los hogares pobres ya que la mayoría de sus jefes estaba inserta de manera precaria en el mercado de trabajo o con ingresos insuficientes, por lo tanto los hogares pobres superaban holgadamente a los que tenían jefes desocupados.

A partir de 2003, la economía de Argentina recorrió un sendero de rápida recuperación, con elevadas tasas de crecimiento y con un alto impacto en el empleo –en especial hasta 2007– (Beccaria, 2007). El desempleo se redujo velozmente y la tasa de empleo siguió un curso creciente hasta alcanzar guarismos sin precedentes históricos. Asimismo, como resultado del vigoroso crecimiento del empleo asalariado en blanco, la tasa de empleo no registrado se redujo desde cerca de 50% en 2002 hasta 36% en 2009. El crecimiento del empleo se mostró como el mecanismo más apto y eficaz para reducir la pobreza, que del pico cercano a 60% que había alcanzado en el momento más álgido de la crisis, descendió a 26% en 2007 y luego continuó un curso declinante. Asimismo, el salario medio de los trabajadores –tanto registrados como no registrados– experimentó una fuerte recuperación, a la que no resultaron ajenas las políticas del Gobierno, al restituir e impulsar el mecanismo de negociación colectiva de los salarios y elevar fuertemente el salario mínimo, vital y móvil, que había permanecido largamente congelado en los años previos hasta el punto de no tener significación alguna como referente de las remuneraciones laborales. Por otra parte, se impulsó una importante mejora en los haberes de los pasivos, que también habían sido objeto de un prolongado congelamiento en los años precedentes.

En ese contexto de recuperación, el Plan Jefas y Jefes de Hogar, cuya prestación de 150 pesos permanecía invariable, había perdido justificación como

medida de emergencia y también significación en términos de los ingresos medios de los hogares, aun en las franjas más vulnerables. Hacia 2007 el Gobierno Nacional planteó una estrategia gradual de salida del Plan Jefas y Jefes de Hogar, mediante la derivación de los beneficiarios a dos programas alternativos. Uno de ellos era el Seguro de Capacitación y Empleo, dependiente del Ministerio de Trabajo. A éste serían destinadas las personas que reunían condiciones adecuadas para insertarse en el mercado laboral. Se les otorgaba una prestación monetaria de 225 pesos durante dieciocho meses y de 200 pesos durante otros seis, al tiempo que recibían capacitación laboral, se posibilitaba la terminalidad educativa y se les brindaba apoyo en las búsquedas de trabajo. El otro era el Plan Familias por la Inclusión Social, del Ministerio de Desarrollo Social, ex IDH, destinado a familias en situación de pobreza con hijos de hasta 18 años. En la práctica, principalmente se trataba de mujeres de baja educación, cuyas posibilidades de inserción laboral eran menores. Para este programa, la asignación monetaria se relacionaba con la cantidad de hijos menores, partiendo de 155 pesos en el caso de un hijo hasta 305 pesos con seis o más, y duraba hasta que sobrepasaran la edad de 18 años (Campos, Faur y Pautassi, 2007).

Ambos programas solamente recibían a ex beneficiarios del Plan Jefas y Jefes de Hogar, de manera que los hogares en condiciones de vulnerabilidad que no habían pasado por él quedaban carentes de cobertura (Gasparini y Cruces, 2010). Por otra parte, la migración desde el Jefas y Jefes de Hogar era de carácter voluntario, por lo que el “desagote” resultó parcial y continuaba manteniendo un número significativo de beneficiarios a pesar de su notoria desactualización en términos del monto de la prestación.

Por lo demás, aunque el crecimiento del empleo se había mostrado como el camino más apto para la reducción de la pobreza, su ritmo se atenuó a partir de 2008, debido a la reducción del dinamismo de la economía a causa de la crisis internacional en 2008-2009. En este contexto, la pobreza, aunque en retroceso, continuaba mostrando niveles que reclamaban nuevas alternativas de políticas públicas.

Asimismo, los niveles de informalidad laboral continuaban siendo altos. En el primer semestre de 2009, en las grandes áreas urbanas, apenas la mitad de los jefes de hogar ocupados eran asalariados registrados en la Seguridad Social. En tanto que casi el 40% eran asalariados en negro, cuentapropistas no profesionales, trabajadoras del servicio doméstico u ocupados en un plan de empleo, todos ellos privados de protección social. También persistía un desempleo que rondaba el 8% de la población económicamente activa, aunque se reducía a 5% entre los jefes de hogar.<sup>5</sup>

El régimen de Asignaciones Familiares contributivas estaba, pues, severamente restringido en sus alcances y resultaba preciso pensar un Sistema de

5. Según procesamientos propios de información proveniente de la EPH-INDEC para el primer semestre 2009.

Protección Social y un mecanismo de redistribución para aquellos que quedaban por fuera de la protección brindada por el empleo formal. Fue en este contexto que, en 2009, el Gobierno Nacional implementó la AUH inserta en el Sistema de Seguridad Social, lo que constituyó un salto cualitativo en relación con las políticas y los programas sociales en Argentina y en la región. Además, a partir del decreto 614 del 30 de mayo de 2013, las asignaciones familiares son cobradas siempre por la madre, en forma independiente de quién generó el derecho, lo que asegura la consolidación del Sistema Único de Protección Social. Esta medida permite articular ambas prestaciones (AUH y AFH) a través de un traspaso automático de una a otra y otorgando el mismo monto. De esta manera, se garantiza que sea un derecho de niños, niñas y adolescentes. Asimismo, la titularidad de la madre contribuye a evitar las habituales situaciones donde el padre hace uso arbitrario de dichas prestaciones.

### **3. Descripción de la AUH y la Asignación por Embarazo**

#### **3.1. Su creación**

La AUH fue establecida en octubre de 2009 mediante el decreto 1.602 y, en virtud del artículo 99 de la Constitución Nacional, tiene fuerza de ley.

Puede decirse que, no obstante las variadas objeciones que se formularon al inicio con respecto a sus alcances y financiamiento, se trató de una medida que inmediatamente logró un considerable consenso, y que venía precedida de un extenso debate político y académico.

Ya en los años 90 se había planteado, tanto en el Estado como en los ámbitos académicos y de ONG, la discusión en torno a garantizar un ingreso mínimo a los hogares.

El debate sobre las transferencias de ingresos, ya sea en torno a garantizar un derecho al ingreso de manera incondicional, como es la propuesta del ingreso ciudadano o como una transferencia condicionada, no es novedoso en Argentina. Desde mediados de la década de los 90, diversas iniciativas plantearon la importancia de establecer la universalización de las asignaciones familiares –vigentes en el sistema de Seguridad Social para asalariados formales desde 1957– o la implementación de un ingreso ciudadano para la niñez (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2013).

En este sentido, Alberto Barbeito y Rubén Lo Vuolo (1996) promocionaban establecer un ingreso ciudadano y postulaban “que la defensa de un ingreso universal e incondicional a la niñez es el mejor modo de introducir en América Latina el debate acerca de esta propuesta”.

En 1997, tal como ya se ha mencionado, desde el SIEMPRO se formuló la propuesta de un Ingreso de Desarrollo Humano (IDH), que suponía la transferencia a las familias pobres de un ingreso equivalente a medio salario mínimo, vital y móvil, condicionado al cumplimiento de contraprestaciones familiares en nutrición, alimentación, salud y escolarización de los niños y las niñas hasta los 18 años (Novacovsky y Sobrón, 1999), que habría de implementarse en 2002.

Desde 1998 venían presentándose en el Congreso diversas iniciativas

legislativas, provenientes de distintos sectores políticos que, aunque con características disímiles, planteaban la ampliación del régimen de asignaciones familiares. Éstas no habían encontrado, sin embargo, vías de concreción.

En 2000 se pone en marcha el Programa Solidaridad, que toma como base los lineamientos descriptos desarrollados por el SIEMPRO. Alcanza muy escaso desarrollo y en 2001 se trabajó en su rediseño sin llegar a implementarse.

En 2001, con anterioridad al estallido de la crisis del régimen de convertibilidad, la Central de Trabajadores Argentinos (CTA) había impulsado una propuesta de transferencia de ingresos a los hogares con niños, niñas y adolescentes a través del Frente Nacional contra la Pobreza (FRENAPO), que se apoyó en una masiva recolección de firmas.

En respuesta a tales iniciativas, en ese mismo año, el Gobierno Nacional creó, mediante el decreto 1.381/01, el Sistema Integrado de Protección a la Familia (SIPROF), que disponía una cobertura de carácter universal para la infancia y la vejez (Gamallo, 2003). Este programa no llegó a contar con partida presupuestaria asignada. Era una propuesta de carácter formal, declarativa, que no implicó acciones de transformación de los programas existentes y tampoco nuevas políticas.

En 2002 fue creado el Programa de Transferencia de Ingresos Condicionados y conocido como Ingreso para el Desarrollo Humano-(IDH), posteriormente llamado Familias, a partir de la reestructuración de diversos proyectos con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), entre ellos, el preexistente Programa de Atención a Grupos Vulnerables (PAGV).

A partir del decreto 1.602, que dispuso la creación de la AUH en 2009, por una parte se hizo eco explícito de la demanda previa “proveniente de diversos sectores políticos y sociales en reclamo de políticas públicas que mejoraran la situación de los niños, niñas y adolescentes vulnerables”. Por otra parte, partió de la existencia de un régimen de asignaciones familiares (el que tuvo origen en la ley de 1968 y luego fue modificado en 1996 por la ley 24.714) que estaba limitado a los trabajadores en relación de dependencia, a los alcanzados por el sistema previsional y a los titulares de pensiones no contributivas, pero que en cambio no incluía a los hijos de trabajadores desocupados o insertos en la economía informal, que eran los que padecían las mayores situaciones de vulnerabilidad.

Había, de este modo, un reconocimiento explícito de la existencia de trabajadores desprotegidos, no contemplados en el régimen de protección preexistente (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2013; Lo Vuolo, 2009), así como de la necesidad de convertirlos en sujetos de derecho, haciéndoles extensivo el sistema de protección del que ya gozaban los trabajadores registrados en la Seguridad Social.

A la vez, el decreto de creación de la prestación mencionaba como otro fundamento la ley 26.061 de Derechos del Niño:

Esta política apunta a garantizar los derechos de los niños en el marco

de la nueva ley 26.061, aprobada a fines de 2005, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, orientándose a hacer efectivo su artículo tercero referente al derecho a la obtención de una buena calidad de vida, educación y beneficios de la Seguridad Social. (Mazzola, 2012)

Aunque el Gobierno había sostenido siempre que la mejor política social era la promoción del empleo, se reconocía que esto no alcanzaba a todos los sectores: “Si bien las políticas de Estado llevadas a cabo han producido una mejora en la situación económica y financiera del país reduciendo los niveles de pobreza y de marginalidad, alcanzándose, asimismo, un importante incremento del nivel ocupacional, subsisten situaciones de exclusión de diversos sectores de la población que resulta necesario atender”, señalaban los considerandos del decreto.

En consecuencia, el decreto disponía la creación de “un subsistema no contributivo de Asignación Universal por Hijo para Protección Social, destinado a aquellos niños, niñas y adolescentes residentes en la República Argentina que no tengan otra asignación familiar prevista por la presente ley y pertenezcan a grupos familiares que se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal”.

Además, explicitaba que la ANSES “deberá dictar las normas complementarias pertinentes para la implementación operativa, la supervisión, el control y el pago de las prestaciones”.

El monto original de la prestación se establecía en 180 pesos mensuales por cada menor a cargo de hasta 17 años, equivalente al máximo de la escala dispuesta por el régimen contributivo y hasta el límite de cinco niños, niñas y adolescentes de esas edades. En el caso de las personas con discapacidad no había límite de edad y el monto de la transferencia alcanzaba a 720 pesos. Estas sumas serían abonadas a uno solo de los padres, tutor, curador o pariente por consanguinidad hasta el tercer grado. La normativa disponía exclusiones explícitas: los trabajadores que se desempeñaran en el ámbito de la economía informal pero percibieran una remuneración superior al salario mínimo, vital y móvil (lo que en la práctica era de imposible comprobación, por lo que dependería de la autoexclusión de los mismos trabajadores), así como los monotributistas, con la excepción de los inscriptos en el servicio doméstico y el monotributo social.

Para que fuera posible el acceso a la Asignación, el decreto disponía que el destinatario fuese argentino, hijo de argentino nativo o por opción, naturalizado o residente, con residencia legal en el país no inferior a tres años.

Asimismo, sería preciso acreditar la identidad del titular de la prestación y del menor mediante Documento Nacional de Identidad, y acreditar el vínculo entre el receptor del beneficio y el menor, mediante la presentación de las partidas correspondientes y, en los casos de adopción, tutelas y curatelas, los testimonios judiciales pertinentes. En el caso de la discapacidad, ésta sería

certificada por autoridad competente en los términos de la normativa vigente en la materia (ley 22.431).

En cuanto al financiamiento de la nueva Asignación, el decreto disponía que, al igual que el resto de los beneficios de la ley 24.714, la Asignación creada fuera financiada con los recursos generales previstos en el artículo 18 de la ley 24.241, que instituía el actualmente llamado Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA). Y señalaba expresamente que “estos recursos se han fortalecido a partir de las inversiones que se han efectuado de los fondos que constituyen el Fondo de Garantía de Sustentabilidad del Sistema Integrado Previsional Argentino creado por el decreto 897/07 y de la rentabilidad anual obtenida, resultando posible dar sustento al financiamiento de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social, que por el presente se instituye”.

Concretamente, y conforme a lo previsto en la ley mencionada (art. 18), los recursos provienen de: a) las contribuciones a cargo de los empleadores, establecidas en el artículo 11; b) los aportes de los trabajadores autónomos, establecidos en el artículo 11; c) la recaudación del impuesto sobre los bienes personales no incorporados al proceso económico y otros tributos de afectación específica al régimen nacional de previsión social o a este régimen; d) los recursos provenientes de Rentas Generales de la Nación; e) intereses, multas y recargos; f) rentas provenientes de inversiones; g) todo otro recurso que corresponda ingresar al régimen de reparto, y h) los aportes correspondientes a los afiliados previstos en el artículo 30 que no hayan ejercido la opción prevista en el artículo 39. Se agregan al sistema de financiamiento los rendimientos anuales del Fondo de Sustentabilidad del Sistema Integrado Previsional Argentino (Roquaud y Páez, 2013).

Desde el punto de vista de su financiamiento, la AUH pasaba a ser parte integrante del Sistema de la Seguridad Social. Este concepto ampliaba el de alcances más restringidos de previsión social, que ya hemos visto se limitaba a la protección de los trabajadores frente a eventos generalmente previsibles (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2013). En este caso, la Seguridad Social pasaba a ser un derecho extendido a nuevos sectores y tendiente a garantizar el acceso a condiciones de vida dignas y no la mera protección frente a eventos adversos.

En octubre de 2010, a través del decreto 1.388/10, se incrementaron los montos tanto para las asignaciones familiares del sistema contributivo como para la AUH, pasando esta última de 180 a 220 pesos para hijos menores de 18 años y de 720 a 880 pesos para hijos con discapacidad, sin límite de edad.

A comienzos de 2011, se amplió la cobertura de la Asignación a mujeres embarazadas, a través del decreto 446/11:

Las beneficiarias de la Asignación por Embarazo para Protección Social quedaron definidas por aquellas mujeres que se encuentran desocupadas, o son monotributistas sociales sin ninguna prestación contributiva o no contributiva, trabajan en el sector informal o en el servicio doméstico,

y perciben un salario igual o inferior al salario mínimo, vital y móvil [...] El objetivo de esta asignación es reducir los niveles de mortalidad materna y las defunciones neonatales, ambos evitables con acceso a los servicios de atención médica especializados. Consiste en una prestación monetaria no retributiva mensual que se abona a la mujer embarazada desde la doceava semana de gestación hasta el nacimiento o interrupción de embarazo. (ANSES, 2012)

Con el último incremento, dispuesto en mayo de 2014 y que elevó la AUH a 644 pesos por hijo, la prestación alcanzó su máximo poder adquisitivo histórico (CIFRA, 2014). El monto de la transferencia de la AUH resulta, en comparación con los programas de transferencias de ingresos de otros países de la región –los casos de Chile o Brasil, por ejemplo–, significativamente más elevado (Isuani, 2010).

### **3.2. Los objetivos y las corresponsabilidades**

Además de la generalización de un derecho a sectores que estaban privados de él, la AUH se planteó objetivos más amplios. “Su meta final es de más largo plazo, dado que plantea detener la dinámica de la pobreza intergeneracional” (ANSES, 2012).

En virtud de ello, el otorgamiento de la prestación quedaba sujeto al cumplimiento de corresponsabilidades en materia de controles de salud y asistencia a la educación en las edades obligatorias, tal como sucede con otros programas de transferencias de ingresos condicionadas. Hasta los 4 años de edad inclusive debe acreditarse el cumplimiento de los controles sanitarios y del plan de vacunación obligatorio, en tanto que desde los 5 años de edad hasta los 17 debe certificarse además la concurrencia de niños, niñas y adolescentes a establecimientos educativos públicos.

El 80% de la AUH se paga todos los meses y el 20% restante está sujeto a la constatación del cumplimiento de las corresponsabilidades. La resolución 132/10 creó la Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación, un instrumento destinado a ejercer el control del cumplimiento de las corresponsabilidades y consolidar en un registro único el seguimiento de cada niño en relación con los requisitos de salud y escolaridad. Actualmente, la libreta fue reemplazada por el Formulario Libreta PS 1.47.

A través de sus condicionalidades, la AUH cumple entonces un papel fundamental en la promoción de la educación y la salud de los niños, en tanto los titulares deben acreditar el cumplimiento de los controles sanitarios y el plan de vacunación de sus hijos; y para aquellos niños en edad escolar, deben certificar, además, el cumplimiento del ciclo escolar lectivo correspondiente [...] La implementación de una medida como la AUH persigue múltiples objetivos, vinculados a las distintas esferas del

desarrollo infantil, creando una retroalimentación entre el aumento en el poder adquisitivo del hogar (y su consecuente mejora en la alimentación), el acceso a la educación y la salud. A través de su implementación se fortalece el ejercicio de los derechos de los niños asumidos en la ley 26.061. (ANSES, 2012)

El acceso a la educación, a los cuidados de salud preventivos, a una nutrición adecuada, especialmente en las primeras edades de la vida, aparecen así como requisitos esenciales para el incremento del capital social y cultural, y para el estrechamiento de las brechas entre las oportunidades de vida a las que pueden acceder las personas.

La corresponsabilidad de salud de la AUH se articula, para su cumplimiento, con el Programa SUMAR, del Ministerio de Salud de la Nación. El Programa SUMAR se encuentra integrado a la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo, constituyendo la cobertura explícita de salud para los titulares de la AUH, dando protección integral a la población en las etapas cruciales de la vida: el embarazo, la niñez y la adolescencia. Las embarazadas deben inscribirse en el Programa SUMAR, mediante el cual se les brinda cobertura sanitaria gratuita por parte del Estado Nacional. Luego, y de forma automática, la ANSES corrobora las condiciones y, de corresponder, deposita todos los meses el 80% del monto establecido para la Asignación por Embarazo. Finalizado el embarazo, las mujeres deberán dirigirse a la ANSES para tramitar la inscripción del bebé al Programa SUMAR para que se les liquide el 20% acumulado de la prestación.

### **3.3. La cobertura de la AUH: evolución y distribución geográfica**

La AUH consiguió, desde su puesta en vigencia, una extensa cobertura sobre la población a la que estaba destinada. El cuadro 3.1 muestra la evolución del número de niños, niñas y adolescentes titulares hasta el último dato disponible.

La cobertura alcanzada desde el comienzo varió poco hasta el presente. Fue leve el crecimiento al principio y alcanzó su pico máximo al promediar 2011. Luego decreció, también ligeramente, para volver a incrementarse desde la segunda mitad de 2013. Si se tiene en cuenta la cobertura acumulada desde 2009, 8.338.221 de niños, niñas y adolescentes y 4.622.000 de hogares recibieron alguna vez la AUH.

El total de niños, niñas y adolescentes cubiertos por la AUH llegaba hacia fines de 2013 a casi 3,5 millones y más de 40% de ellos se situaban en los primeros tramos de edad (hasta los 5 años), es decir, cuando resultan más cruciales los controles de salud y el cumplimiento del plan de vacunación (cuadro 3.2).

En cuanto a su significación en términos del gasto, el presupuesto destinado a la AUH ascendió, en 2011, al 0,35% del PBI, mientras que si se considera el

**Cuadro 3.1.** Evolución del total de niños, niñas, adolescentes y personas mayores de 18 años con discapacidad receptores de la AUH. Noviembre de 2009-septiembre de 2014

Período	Total	Período	Total
Noviembre de 2009	3.311.805	Mayo de 2012	3.427.448
Diciembre de 2009	3.408.222	Junio de 2012	3.424.458
Enero de 2010	3.224.651	Julio de 2012	3.350.375
Febrero de 2010	3.411.530	Agosto de 2012	3.281.825
Marzo de 2010	3.518.245	Septiembre de 2012	3.302.517
Abril de 2010	3.677.409	Octubre de 2012	3.301.759
Mayo de 2010	3.684.441	Noviembre de 2012	3.319.589
Junio de 2010	3.509.066	Diciembre de 2012	3.314.179
Julio de 2010	3.481.082	Enero de 2013	3.312.619
Agosto de 2010	3.398.637	Febrero de 2013	3.273.472
Septiembre de 2010	3.451.519	Marzo de 2013	3.289.163
Octubre de 2010	3.458.436	Abril de 2013	3.283.656
Noviembre de 2010	3.492.646	Mayo de 2013	3.294.916
Diciembre de 2010	3.513.064	Junio de 2013	3.294.760
Enero de 2011	3.514.600	Julio de 2013	3.331.274
Febrero de 2011	3.507.987	Agosto de 2013	3.355.019
Marzo de 2011	3.527.527	Septiembre de 2013	3.426.125
Abril de 2011	3.549.665	Octubre de 2013	3.439.146
Mayo de 2011	3.580.847	Noviembre de 2013	3.459.574
Junio de 2011	3.576.911	Diciembre de 2013	3.478.267
Julio de 2011	3.537.608	Enero de 2014	3.437.375
Agosto de 2011	3.536.822	Febrero de 2014	3.410.061
Septiembre de 2011	3.508.060	Marzo de 2014	3.415.499
Octubre de 2011	3.484.768	Abril de 2014	3.348.032
Noviembre de 2011	3.527.900	Mayo de 2014	3.286.310
Diciembre de 2011	3.507.223	Junio de 2014	3.259.791
Enero de 2012	3.528.749	Julio de 2014	3.336.688
Febrero de 2012	3.517.143	Agosto de 2014	3.438.058
Marzo de 2012	3.467.401	Septiembre de 2014	3.524.924
Abril de 2012	3.455.935		

Fuente: elaboración propia sobre la base de ANSES.

**Cuadro 3.2.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH por grupos de edad. 2013

Edades	Hasta 3 años	4 a 5 años	6 a 12 años	13 a 14 años	15 a 17 años	Total
Recibe AUH*	951.478	456.690	1.309.388	328.011	418.167	3.463.734

\* Casos de AUH liquidados en diciembre de 2013 (ANSES).

Fuente: ANSES e INDEC.

gasto consolidado de todo el sistema de asignaciones familiares por hijo, incluyendo las contributivas, se alcanza una cifra equivalente al 0,70% del PBI.

El sistema de liquidación (gestión de altas y bajas) es automático. Las bajas de los titulares de AUH pueden tener lugar, típicamente, por superar la edad los receptores (no así en el caso de hijos con discapacidad, para quienes el derecho es vitalicio), o bien por la obtención de un empleo registrado en la Seguridad Social o una jubilación o pensión contributiva por parte del padre o la madre, lo que implica el paso automático al régimen contributivo de asignaciones familiares. Otras motivaciones de baja pueden ser el incumplimiento de las corresponsabilidades, la comprobación de ser receptor de un programa social incompatible o no ir a cobrar la Asignación durante un determinado lapso.

Con relación a la titularidad, se observa la tendencia de priorizar a la mujer como titular. En la actualidad, el 97,3% de los titulares son las madres de niños, niñas, adolescentes o personas con discapacidad (cuadro 3.3).

Cabe aclarar que, por disposición de ANSES, a partir de marzo de 2013 la madre es la titular de la prestación de manera directa, aunque la tenencia de los hijos sea compartida. De igual manera sucede, como se mencionó, a partir del decreto 614/13 para las asignaciones familiares.

Las Asignaciones Familiares serán cobradas siempre por la madre, en forma independiente de quien generó el derecho. En el caso que ambos trabajen, las asignaciones también se depositarán a nombre de la madre. Cuando se desconoce el paradero del padre, en caso de separación o divorcio, los niños quedarán asociados con la madre, permitiendo el cobro de la asignación. En el caso del padre que trabaja en relación de dependencia con derecho a asignaciones familiares por hijo, éstas serán depositadas a nombre de la madre de los menores (salvo en situaciones de tenencia a cargo del padre). (ANSES, 2012)

Esta medida permite articular ambas prestaciones garantizando que sea un derecho de niños, niñas y adolescentes, evitando las habituales situaciones donde el padre hace uso arbitrario de las mismas.

En cuanto a la cobertura geográfica, el cuadro 3.4 muestra la distribución de receptores de AUH por jurisdicción.

**Cuadro 3.3.** Evolución del porcentaje de titularidad femenina de la AUH. Noviembre de 2009-febrero de 2014

Noviembre de 2009-diciembre de 2011		Enero de 2012-febrero de 2014	
Período	Titularidad femenina (%)	Período	Titularidad femenina (%)
Noviembre de 2009	78,2	Enero de 2012	94,4
Diciembre de 2009	85,0	Febrero de 2012	94,7
Enero de 2010	85,8	Marzo de 2012	94,8
Febrero de 2010	85,8	Abril de 2012	94,9
Marzo de 2010	85,9	Mayo de 2012	95,1
Abril de 2010	86,6	Junio de 2012	95,4
Mayo de 2010	87,7	Julio de 2012	95,8
Junio de 2010	88,2	Agosto de 2012	96,1
Julio de 2010	89,0	Septiembre de 2012	96,2
Agosto de 2010	89,4	Octubre de 2012	96,5
Septiembre de 2010	90,2	Noviembre de 2012	96,5
Octubre de 2010	90,5	Diciembre de 2012	96,8
Noviembre de 2010	90,8	Enero de 2013	96,9
Diciembre de 2010	91,2	Febrero de 2013	97,0
Enero de 2011	91,4	Marzo de 2013	97,1
Febrero de 2011	91,5	Abril de 2013	97,1
Marzo de 2011	91,7	Mayo de 2013	97,2
Abril de 2011	92,1	Junio de 2013	97,3
Mayo de 2011	92,4	Julio de 2013	97,3
Junio de 2011	92,8	Agosto de 2013	97,5
Julio de 2011	93,1	Septiembre de 2013	97,4
Agosto de 2011	93,4	Octubre de 2013	97,4
Septiembre de 2011	93,6	Noviembre de 2013	97,5
Octubre de 2011	93,9	Diciembre de 2013	97,3
Noviembre de 2011	94,1	Enero de 2014	97,4
Diciembre de 2011	94,3	Febrero de 2014	97,3

Fuente: ANSES.

**Cuadro 3.4.** Niños, niñas, adolescentes y personas mayores de 18 años con discapacidad receptores de la AUH según jurisdicción. En absolutos y en porcentaje. Diciembre de 2013

Jurisdicción	Total	%
Buenos Aires	1.290.695	37,1
Ciudad de Buenos Aires	72.519	2,1
Catamarca	35.780	1,0
Chaco	150.291	4,3
Chubut	27.524	0,8
Córdoba	276.874	8,0
Corrientes	119.892	3,4
Entre Ríos	98.387	2,8
Formosa	67.358	1,9
Jujuy	68.881	2,0
La Pampa	25.023	0,7
La Rioja	29.538	0,8
Mendoza	168.116	4,8
Misiones	137.237	3,9
Neuquén	41.269	1,2
Río Negro	49.735	1,4
Salta	146.075	4,2
San Juan	72.785	2,1
San Luis	32.864	0,9
Santa Cruz	11.565	0,3
Santa Fe	252.969	7,3
Santiago del Estero	127.923	3,7
Tierra del Fuego	4.068	0,1
Tucumán	162.302	4,7
Sin datos	8.597	0,2
Total país	3.478.267	100,0

Fuente: ANSES e INDEC.

## 4. Los debates sobre la AUH

La Asignación Universal por Hijo cuenta con un amplio consenso y legitimidad. De todas formas, se han desarrollado debates, algunos de ellos similares a los que se refieren a los programas de transferencias condicionadas (PTC), otros, apuntados a características específicas del régimen de la AUH.

Los debates con mayor trascendencia pública han sido:

- Los que discuten sobre las posibles consecuencias de desaliento a la actividad laboral por los efectos sustitutivos del ingreso, así como al eventual mantenimiento de situaciones de informalidad para evitar su pérdida.
- Los que argumentan acerca de si los mecanismos de transferencias de ingresos de este tipo establecen relaciones de dependencia de las prestaciones estatales y en consecuencia entorpecen las posibilidades de superación de las situaciones de vulnerabilidad.
- Los que discuten sobre la legitimidad y pertinencia de las condicionalidades, frecuentemente asociadas a las transferencias de ingresos. En particular, en el caso de la AUH, concebida como una extensión del Sistema de Protección Social preexistente.
- Los que se preguntan sobre posibles efectos negativos de estos programas en general –y de la AUH en particular– sobre los roles de género y las relaciones familiares.
- Los que sugieren una posible incidencia de los programas de transferencias de ingresos –y en especial la AUH– como inductores del incremento en la fecundidad con el propósito de aumentar el importe percibido, asociado a la cantidad de hijos.

En los apartados que siguen se exponen algunos de los temas en debate, principalmente provenientes del análisis y la evaluación de diferentes experiencias relacionadas con programas de transferencias de ingresos.

#### 4.1. Desincentivo al trabajo

Una objeción que se ha formulado con frecuencia a los programas de transferencias de ingresos –y se ha hecho extensiva al caso de la AUH– apunta a sus eventuales efectos sobre la propensión de quienes las reciben a insertarse en la actividad económica. En efecto, se ha dicho que los ingresos provenientes de las transferencias podrían tener efecto sustitutivo de los que se obtienen a partir de la actividad laboral y, en consecuencia, desestimular la búsqueda de trabajo o aun la permanencia en un empleo por parte de los que reciben la Asignación o sus familiares. En especial, esto ocurriría en los sectores que normalmente acceden a ocupaciones precarias y con remuneraciones bajas, cuyo costo de oportunidad de mantenerse fuera del mercado de trabajo resultaría reducido.

De acuerdo con esta postura, las transferencias de ingresos disminuirían las tasas de actividad y empleo –eventualmente también las de desempleo– de los miembros de los hogares receptores. Este efecto sería más acentuado cuando el importe transferido es elevado y llega a representar una parte significativa del ingreso laboral que pueden obtener los miembros de los hogares que reciben este tipo de programas, que no suelen ser altos.

Ocasionalmente, cierta literatura recomienda evitar prestaciones muy altas, que puedan desestimular la actividad económica.

Se ha señalado que una prestación alta puede elevar el salario de reserva de los trabajadores de los hogares potencialmente receptores, lo cual encarecería el costo laboral y/o redundaría en una escasez de oferta de trabajo en sectores informales y de baja remuneración, típicamente el servicio doméstico. Esto ocurriría fundamentalmente con las mujeres, principales destinatarias de la AUH, que además deben afrontar, al insertarse en el mercado de trabajo, el costo de ser reemplazadas en las tareas de reproducción doméstica (o afrontarlas con una sobrecarga horaria) y del cuidado de los niños pequeños. Podría suceder entonces que la prestación monetaria de la transferencia, adicionada al costo cesante del cuidado de los niños, compensara o más que compensara el ingreso que sería posible obtener en el mercado de trabajo (CEPAL, 2012).

Todo esto configuraría, según estos enfoques, una “trampa de la pobreza”. En lugar de ayudar a superarla, estas transferencias conllevarían el efecto perverso y no deseado de mantener a las personas en situación de dependencia de ellas, perpetuándolas en posiciones vulnerables y como demandantes de “asistencia” permanente, en lugar de aumentar sus potencialidades. Con el supuesto agravante, en el caso de la AUH, de que al cumplir los hijos la edad máxima permitida para recibir la Asignación se produciría el cese automático del beneficio “sin poder generar vías alternativas de participación económica, para encontrarse, una vez que sus hijos e hijas cumplen la edad reglamentaria, en una situación de pérdida del beneficio y peores condiciones que antes para incorporarse al mercado laboral” (CEPAL, 2012).

Otros enfoques señalan que, desde otro punto de vista, también éstos po-

drían ser eventuales efectos positivos de las transferencias de ingresos, pues tenderían a elevar el salario medio de los trabajadores menos protegidos (por ejemplo, del servicio doméstico), con lo cual incrementarían, en lugar de disminuir, las posibilidades de escapar de la pobreza (Matarazzo Suplicy, 2002).

En la experiencia concreta de Argentina, con el Plan Jefes y Jefas de Hogar, fue posible comprobar que el programa generó una presión en los salarios de los trabajos de baja calidad que favoreció a los sectores más vulnerables (Novacovsky, 2010). En el mismo sentido, la prestación de AUH puede facilitar la salida de las mujeres al mercado laboral al cubrir el costo de oportunidad, por ejemplo, pagando por cuidado externo (Novacovsky, 2010).

La evidencia empírica existente, que proviene de diversas investigaciones sobre los programas de transferencias de ingresos (los implementados en México y Brasil, entre otros) no ha permitido, en general, constatar efectos reductores sobre la tasa de actividad. En Argentina algunos estudios corroboran lo anterior, pero se apreció una muy leve disminución en la tasa de actividad en el caso de las mujeres (Groisman, Bossert y Sconfienza, 2011). Para el programa Ciudadanía Porteña, de Argentina, se observó un incremento del 30% de inserción en los trabajos formales, lo que demostró que no existen desalientos (Novacovsky, 2010).

Otros autores (Alzúa, Cruces y Ripani, 2010) encuentran que los programas analizados mediante evaluaciones con diseños experimentales de México, Nicaragua y Honduras no presentan desincentivos para el trabajo. Lo atribuyen a que la existencia de gastos fijos, como el transporte o el cuidado de los hijos, no permiten que el ingreso extra repercuta transfiriendo horas de trabajo a horas de ocio y, por el contrario, reduce las limitaciones presupuestarias de los hogares receptores.

En la misma línea se encuentra el trabajo de Skoufias y Di Maro (2008), quienes examinan el efecto del Progresá (de México) en la participación laboral de los adultos beneficiarios a través de un diseño experimental. Los autores demuestran que el programa no posee efectos negativos significativos sobre la participación en el mercado de trabajo y el tiempo de ocio. Según este análisis, los varones de todas las edades no presentan efectos significativos en la participación, aunque sí se incrementa la probabilidad de tener un trabajo con salario con respecto a tener un trabajo sin salario. Estos resultados sugieren que los individuos utilizaron el ingreso del Progresá para abandonar actividades familiares poco redituables y buscar trabajos con salario. Entre las mujeres, en tanto, se registran muy pocos impactos.

Medeiros, Britto y Veras Soares (2008), por su parte, afirman que la noción de que los programas de transferencia desincentivan a trabajar está más basada en prejuicios que en evidencia empírica. Los autores presentan datos de la PNAD 2004 (Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios), según los cuales la población del Bolsa Familia (Brasil) posee tasas de actividad muy similares a la población de hogares de los mismos deciles de ingreso per cápita que no se encuentran bajo el programa.

Sí habría podido constatarse, en el caso brasileño, una leve reducción de las horas destinadas al trabajo remunerado por parte de las mujeres (Teixeira y Oliveira, 2009, citados por Groisman, Bossert y Sconfienza, 2011), así como una reducción del trabajo infantil en el caso de México (Parker y Skoufias, 2000, citados por Groisman, Bossert y Sconfienza, 2011), lo cual, lejos de configurar un efecto no deseado, forma parte de los objetivos explícitamente perseguidos por este tipo de programas.

En el caso específico de la AUH, en investigaciones realizadas a partir de proyecciones de datos secundarios que no identifican a los receptores de AUH (EPH-INDEC), se ha señalado un ligero retroceso en la actividad de mujeres de baja educación, en contraste con un aumento de la inserción laboral de varones cuyos hijos son receptores (Boffi, 2013).<sup>1</sup> En cambio, según este último autor, no existiría evidencia empírica de un tránsito de la ocupación a la inactividad entre los varones residentes en los hogares receptores de la AUH, sino, por el contrario, un pasaje de la inactividad a la actividad, aunque no siempre exitoso, pues muchas veces el destino fue el desempleo.

En el caso de las mujeres, también ha sido postulado que podría tratarse de efectos virtuosos, pues la reducción de horas laborales por parte de las trabajadoras mujeres –frecuentemente en tareas de baja remuneración– contribuiría a atenuar el problema repetidamente señalado de la doble o triple jornada laboral femenina (Arcidiácono, Carmona Barrenechea y Straschnoy, 2011). Esta última postura se sustenta en las usuales características de los empleos femeninos en los sectores populares, ya que una alta proporción de éstos corresponde a servicio doméstico, con escasa protección legal, alta explotación, baja remuneración y en tareas que reproducen los roles tradicionales de género.

Otros autores consideran que la reducción del tiempo dedicado al trabajo por parte de las mujeres contribuiría a aliviar la frecuente carga de tareas de reproducción doméstica que suele recaer sobre hijas adolescentes cuando la madre trabaja, muchas veces reduciendo el tiempo destinado al estudio o directamente apartándolas del sistema educativo.

También se ha señalado que, en el caso del trabajo infantil, su reducción sería una contribución decisiva a la interrupción de la transmisión intergeneracional de la pobreza (Feldman, 1997; Sánchez, Orazen y Gunnarss, 2005).<sup>2</sup> Las

1. Cabe señalar que estos estudios se basan en simulaciones a partir de la EPH que no relevaba el dato sobre AUH. De todas formas, hay que tener en cuenta que las encuestas de condiciones de vida aplicadas a población general, por sus características, subestiman la incidencia de programas sociales.

2. Ha sido suficientemente destacado y repetidamente comprobado el modo en que la inserción temprana en la actividad productiva antagoniza con la permanencia en el sistema educativo y con el desempeño adecuado dentro de éste. Los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida de Niños y Adolescentes llevada a cabo por el Ministerio de Desarrollo Social, por ejemplo, dan cuenta de que la asistencia escolar decrece entre los adolescentes de 16 y 17 años que realizan una actividad económica para el mercado, participan de la producción de bienes de autoconsumo o en un negocio familiar, o bien realizan tareas domésticas intensas. Aproximadamente la mitad

corresponsabilidades impuestas por la prestación, vinculadas a la permanencia en el sistema educativo, buscan reducir el tiempo disponible de las inserciones laborales precoces, al tiempo que los ingresos que estos programas proveen a los hogares las tornan menos imperativas. Es presumible que cuanto mayor sea el importe de la transferencia monetaria, mayor efecto de compensación podría tener sobre los ingresos de los que prescindiría el hogar por el cese de la actividad laboral directa de un niño, una niña o un adolescente, o por la menor dedicación horaria de un adulto (típicamente una mujer) que deja de ser reemplazado por un menor (típicamente una niña) en las tareas de la reproducción doméstica (cuidado de hermanos menores, preparación de comidas, limpieza de la vivienda).

En este sentido, Medeiros, Britto y Veras Soares (2008) señalan que puede haber efectos negativos en la participación laboral de grupos específicos, aunque no deben ser tomados como tales. Los hogares pobres suelen intensificar el trabajo de mujeres, niños y jóvenes, quienes se insertan mayoritariamente en empleos precarios, por lo que la reducción en la participación de estos grupos debe ser vista como un dato positivo. En tanto, Alzúa, Cruces y Ripani (2010) coinciden en que la condicionalidad educativa aumenta la asistencia de niños, niñas y adolescentes, y por ende reduce el trabajo infantil y “libera” tiempo de los adultos invertido en su cuidado.

Finalmente, el trabajo de Lindert, Skoufias y Shapiro (2006) indica que tanto el ajuste de la conducta laboral para calificar (reducción del esfuerzo) o la modificación de la conducta para permanecer en el programa (dependencia) no se dan en el caso de los programas de transferencia de ingresos condicionadas latinoamericanos. Si bien existe mucha literatura que presenta evidencia sobre estos fenómenos en los países industrializados (para los casos del seguro de desempleo y los programas focalizados por prueba de medios –*means-tested*–), las características del diseño de las políticas locales explicarían la ausencia de desincentivos, principalmente porque el bajo monto de las transferencias reduce las probabilidades de que un adulto beneficiario pierda la oportunidad de incrementar sus ingresos.

## 4.2. Incentivo a la informalidad

Más allá de los cuestionamientos sobre eventuales efectos reductores de la tasa de actividad, se han señalado posibles efectos de incentivo a permanecer en el mercado de trabajo informal, desdeñando la posibilidad del empleo formal que generalmente implicaría la pérdida de la prestación.

Según este postulado, podría suceder principalmente con los trabajadores cuentapropistas que desdeñarían registrarse legalmente, por ejemplo, como

---

de estos adolescentes insertos en la actividad económica o abocados de modo intensivo a las tareas domésticas no estaban asistiendo a la escuela (Ministerio de Desarrollo Social-UNICEF, 2013).

monotributistas, en especial, tratándose de actividades inestables y con ingresos muy variables. En estos casos podría existir una preferencia por mantenerse en la informalidad y asegurarse la estabilidad del ingreso provisto por la AUH. También se sostiene que este incentivo a permanecer en el mercado de trabajo informal aumentaría las probabilidades de perpetuación de la pobreza o de caer en ella.

Más raramente, se ha afirmado que este tipo de programas podría inducir, directamente, una preferencia por la informalidad, capaz de arrastrar a ella a trabajadores formales, que preferirían convertirse en informales para aplicar a un programa de esta clase. Pero para que esto sucediera, la prestación debería poder compensar el diferencial de salarios entre formales e informales –muy considerable en países como Argentina– más el costo, no estrictamente monetario, de prescindir de otros beneficios propios del trabajo registrado, como protección contra el despido, cobertura de salud, vacaciones pagas; además del sueldo anual complementario, que significa cobrar por trece meses anuales en lugar de doce.

Existe un análisis basado en fuentes secundarias (Garganta y Gasparini, 2012) sobre este punto, que da cuenta, no de una preferencia por la informalidad, pero sí al menos de una menor tendencia a la formalización. Aunque sus resultados no son concluyentes,<sup>3</sup> los autores afirman que los porcentajes de ingreso al empleo registrado en ambos grupos (hogares potencialmente elegibles o no elegibles) son semejantes hasta 2009 –año de implementación de la AUH– y allí comienzan a divergir.

De acuerdo con otra lectura, se sostiene que en este tipo de enfoques subyace la concepción que atribuye la informalidad a la libre elección de las personas, sin tener en cuenta que la mayoría de las veces es una estrategia empresarial destinada a reducir el costo laboral. Bertranou y Casanova (2013) señalan al respecto que diversos estudios empíricos llevados a cabo en el Gran Buenos Aires (Banco Mundial-MTEYSS, 2008) demostraban que la informalidad revestía un carácter involuntario y era una alternativa al desempleo frente a la falta de ingresos.

En cuanto al posible efecto sobre las horas trabajadas –eventuales reducciones–, el mismo estudio señala que tales efectos han sido sobredimensionados y los argumentos sobre los que se sustentan las hipótesis que los postulan no son del todo correctos (Bertranou y Casanova, 2013).

En esta evaluación no resulta factible llevar a cabo el análisis del impacto de la AUH en el incremento de la informalidad desde el abordaje cuasiexperimental, ya que resultaría tautológico, puesto que la AUH está destinada fundamentalmente a hijos de trabajadores no registrados.

3. El grupo analizado estuvo conformado por presuntos receptores (los “elegibles”), ya que la fuente secundaria utilizada no permite identificar con certeza los hogares que reciben AUH y, por otra parte, el grupo de control (los “no elegibles”) tampoco es seguro que guarden similitud con los primeros en otras características no controladas.

Resulta del todo evidente que, entre los padres de los niños y adolescentes titulares de AUH, no puede haber trabajadores asalariados registrados en la Seguridad Social como tampoco trabajadores por cuenta propia que aporten como autónomos o como monotributistas (salvo el caso especial de las trabajadoras del servicio doméstico, donde no existe incompatibilidad).

En cambio, en el grupo de control no existe tal restricción, de manera que aun cuando se trata de hogares comparables en términos de la mayor parte de sus caracteres estructurales, estos últimos pueden contar, entre los jefes o las jefas, y sus cónyuges, con trabajadores formales.

El efecto “incentivo a la informalización” postulado por alguna literatura, como un supuesto recurso para “volverse elegible” (por ejemplo, dándose de baja del monotributo) o para no dejar de serlo y evitar ser dado de baja (por ejemplo, desistiendo de inscribirse a dicho régimen), no puede ser sometido a comprobación empírica con esta metodología.

Hacerlo requeriría una doble medición: contar con una línea de base de ambos grupos de hogares (de tratamiento y de control) antes de que el primero comenzara a recibir la AUH y una segunda medición *ex post*, para comprobar si ha variado diferencialmente en unos y otros la presencia de trabajadores formales.

La ausencia de una línea de base y la imposibilidad de constituir en forma aleatoria y *ex ante* el grupo de control –situación frecuente, por lo demás, cuando se evalúan políticas públicas de contenido social y que involucran derechos por parte de sus destinatarios (Baker, 2000)– tornan imposible tal procedimiento.

Por lo tanto, en lo atinente a este aspecto, se optó por analizar el eventual impacto de AUH en la informalidad basándose en las evidencias recogidas en el abordaje cualitativo, fundamentalmente sustentadas en la percepción de los titulares e informantes clave.

En cuanto al trabajo “en blanco”, en carácter de asalariado registrado en la Seguridad Social, éste supone un sinnúmero de ventajas –no limitadas al nivel de la remuneración– que impiden pensar que alguien renunciara a ellas por percibir la AUH. Pero fundamentalmente, ingresar en dicha nómina permite, además, contar con la asignación familiar propia del régimen contributivo. Dicho aspecto aparece, asimismo, reiteradamente en los testimonios cualitativos.

### 4.3. Las condicionalidades

La AUH, así como la mayoría de los PTC en América Latina, tiene como objetivo principal contribuir a la disminución de las brechas de inequidad para lograr la igualación de oportunidades, donde la educación y la salud de niños, niñas y adolescentes son los pilares fundamentales.

Se sostiene la importancia de la educación en el fortalecimiento de las capacidades de las personas, con el objetivo de que las familias excluidas puedan superar por sí mismas su situación. La educación permite generar cambios en

la trayectoria de vida de sus hijos y mejora las posibilidades de los hogares para superar la pobreza.

Asimismo, se afirma que los factores sociales asociados a la morbimortalidad materna e infantil guardan estrecha correlación con los controles de salud y, por lo tanto, están directamente asociados a la mejora en las condiciones de vida de la población.

Lo anterior conforma el sustento de las condicionalidades en educación y salud de los PTC, que establecen que niños, niñas y adolescentes de los hogares receptores deben cumplir con la asistencia escolar, el calendario de vacunación y los controles de salud correspondientes a su edad.

A través de este mecanismo, se pretende que la población receptora adquiera las credenciales educativas y la condición de salud que le permita interrumpir el círculo de reproducción intergeneracional de la pobreza.

Estas condicionalidades se fijan teniendo en cuenta que el acceso a la educación y a la salud es un derecho fundamental de niños, niñas y adolescentes, que debe ser garantizado y protegido.

En el caso de las condicionalidades, el debate se organiza en torno a su legitimidad y equidad. Se ha objetado la asimetría que supone que las asignaciones familiares contributivas carezcan de tales condicionalidades. Efectivamente, los trabajadores registrados en la Seguridad Social no deben acreditar la escolaridad ni los controles de salud de sus hijos. Por el contrario, perciben una asignación adicional por escolaridad que se cobra anualmente, aunque esta última sí requiere certificado de escolaridad. Y tampoco existe ninguna medida punitiva para los titulares del beneficio cuyos hijos no asisten a la educación formal (Mazzola, 2012).

Se ha alegado, en contrario, un argumento de peso basado en la casi universalidad de las tasas de asistencia escolar de los hijos de los trabajadores formales que perciben la asignación contributiva. Claramente, una condicionalidad vinculada a la asistencia educativa carecería en estos casos de objeto. En cambio, la situación se muestra diferente entre los trabajadores informales y desocupados, potenciales receptores de la AUH. En el cuadro 4.1 se muestran los datos correspondientes a las principales áreas urbanas en un momento previo a la implementación de la AUH.

Las tasas de asistencia educativa se muestran sistemáticamente más elevadas y cercanas a la universalidad entre los hijos de trabajadores del sector formal. En el caso de los adolescentes de 15 a 17 años, hay una diferencia que se extiende a más de doce puntos porcentuales. Parece evidente que resulta difícil soslayar la influencia del hogar de origen en la posibilidad de acceso efectivo a los derechos, como es el caso de la educación.

Para otros autores, la condicionalidad debiera tener un carácter promocional –como sucede con la asignación escolar de los trabajadores del sector formal–, que permita identificar quiénes asisten o no asisten a la escuela o al sistema de salud, para habilitar luego las acciones necesarias para resolver el

**Cuadro 4.1.** Tasas de asistencia escolar según criterios de elegibilidad de la AUH y hogares con asalariado registrado por edades. En porcentaje. Segundo trimestre de 2008

Edades	Hogares “elegibles” AUH	Hogares con jefe asalariado registrado
3 a 4 años	50,5	66,8
5 años	97,7	99,0
6 a 12 años	98,3	99,3
13 a 14 años	96,7	97,3
15 a 17 años	79,9	92,5

Fuente: EPH-INDEC.

problema, pero no sancionando a quienes encuentran más dificultades para acceder a esos servicios (Lo Vuolo, 2009).

En este sentido, se ha dicho, bajo esta diferencia se encubriría el supuesto de que los sectores que perciben estos programas necesitan ser “obligados”. Las condicionalidades supondrían, desde esta perspectiva, una estigmatización y un rasgo “paternalista” de parte del Estado que las establece. Y hasta revestirían un carácter “punitivo”, en tanto generarían la suspensión del pago si no se acredita el cumplimiento.

Se ha cuestionado el hecho de que la AUH sea enunciada como el acceso a un derecho, al tiempo que impone condicionalidades, pues “los derechos no se condicionan” (Zibecchi, 2008).

En contrario, se ha señalado que, a modo de paradoja, resultarían así objeto de crítica las condicionalidades establecidas, que tienden –en contra de todos los argumentos relacionados con la “trampa de la pobreza”– a incrementar el capital humano y social futuro de los niños, las niñas y los adolescentes de estos hogares, con la finalidad de interrumpir la transmisión intergeneracional de la pobreza, al mantenerlos dentro del sistema educativo y al asegurar el cumplimiento de prácticas relacionadas con los controles de salud preventivos. Esta posición advierte sobre el peligro de no reconocer las desigualdades sociales preexistentes y, por ende, las heterogeneidades sociales.

En esta misma línea argumental, y de no existir las condicionalidades, los programas de transferencia de ingresos en general –y la AUH en particular– podrían ser criticados con algún fundamento como políticas de carácter “asistencialista”, en tanto no garantizarían el incremento de las capacidades futuras de los receptores (CEPAL, 2012).

En sustento de esta última posición, también se ha afirmado que el “condicionamiento” puesto al goce de uno de los derechos (acceder a un ingreso) se contrapondría con la “garantía” del ejercicio efectivo de otros (el acceso a la salud preventiva y a la educación). En términos teóricos se trataría, pues, de dirimir la prelación entre unos y otros derechos.

Algunos autores señalan además que, en la práctica, estas contradicciones

parecerían resolverse a través de la valoración positiva de las condicionalidades por parte de los mismos titulares de la AUH, según surge de algunos testimonios de actores involucrados (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2013; Mazzola, 2012). Como lo ha consignado Mazzola (2012): “Los requisitos de la escolaridad y vacunación no son vistos por quienes deben cumplirlos como una pérdida de autonomía, sino como una «obligación-beneficio»”. En tal sentido, para los titulares, las condicionalidades proveerían una legitimación social pues posibilitarían concebir el beneficio como un ingreso ganado a cambio de un esfuerzo.

Una perspectiva que en cierta medida parece dirimir en términos teóricos la cuestión es la que propone referirse a *corresponsabilidades* en lugar de *condicionalidades*. Como señala Mazzola (2012):

Un derecho no puede ser condicionado, por tanto debería hablarse en todo caso de corresponsabilidad más que de condicionalidad; si se establecen corresponsabilidades, éstas no sólo son de las personas, también lo son para el Estado: el Estado que debiera garantizar suficientemente la disponibilidad de oferta de servicios de salud y educación.

Esta evaluación se ocupará de indagar las cuestiones mencionadas, y se referirá a las dificultades y a los obstáculos que se presentan tanto para el cumplimiento de las corresponsabilidades como para la percepción sobre las mismas por parte de los titulares.

Más allá de la discusión, existe abundante evidencia empírica muy satisfactoria acerca de los impactos de los PTC latinoamericanos en salud y educación que invita a pasarla a un segundo plano por el propio peso de sus beneficios.

En el campo de la salud, se registraron efectos positivos en el acceso a los centros de atención y realización de controles de crecimiento, preventivos y a la vacunación.

Respecto del impacto en el estado de salud de los niños, se han observado comportamientos disímiles entre los diferentes países analizados y al interior de grupos de edad específicos. Según la información recopilada por Cecchini y Madariaga (2011), se observan los siguientes resultados: con el PATH (Jamaica) hubo un aumento del 38% en los controles médicos de los niños y las niñas menores de 6 años que participan del programa; con Progresía-Oportunidades (México), en determinados grupos poblacionales, zonas geográficas y rangos de edad, se registró un aumento de las consultas preventivas.

De acuerdo con los datos que presenta Villatoro (2005, 2007), el Programa Familias en Acción (Colombia) incrementó significativamente el porcentaje de niños menores de 4 años con controles preventivos al día. En Nicaragua, la Red de Protección Social (RPS) tuvo efectos positivos del programa en el acceso a servicios de atención primaria: se incrementó la cantidad de niños con controles de salud y la de aquellos a los que se les administró sulfato ferroso. En el caso de la vacunación, se evidenció un “efecto derrame”, dado que au-

mentó la cantidad de niños bajo programa y no beneficiarios con vacunas. En Honduras se registraron aumentos en los controles de salud prenatales y de primera infancia. Finalmente, Oportunidades –de México– generó un mayor uso de los servicios de salud entre los hogares beneficiarios. Aunque, si bien el programa logró un crecimiento de los controles prenatales, no tuvo efectos sobre la atención de partos en establecimientos de salud.

En América Latina, donde la implementación de las transferencias monetarias se encuentra muy extendida, las evaluaciones de impacto revelan repercusiones positivas importantes. Se observan mejoras en la nutrición, acceso a servicios de salud y educación, así como también reducciones en la pobreza y la desigualdad. (PNUD, 2009)

En cuanto a la dimensión nutricional, si bien los programas han contribuido al aumento del gasto en alimentos y al mejoramiento de la dieta de la población atendida, los datos acerca de impactos en la situación nutricional de los niños y niñas beneficiarios son escasos (Fiszbein *et al.*, 2009; de la Brière y Rawlings, 2006).

Según PNUD (2009), “casi todas las evaluaciones de los programas muestran un aumento en la adquisición de alimentos, pero el mayor consumo de alimentos no implica necesariamente una mejora en la nutrición, ya que esta relación causal depende de otros factores tales como la distribución y el poder de negociación en el hogar, además de la calidad de la dieta alimentaria. Los programas Progresá y Familias en Acción han aumentado la adquisición de alimentos junto con el total de gastos de los hogares. No obstante, sólo Progresá ha afectado la proporción de los gastos de los hogares, además de la diversificación de la dieta alimentaria. Otros programas, como Bolsa Familia, BDH y PRAF II, no han incrementado los gastos totales. En los dos primeros programas, sin embargo, ha habido un aumento en el consumo de alimentos y prendas de vestir infantiles debido a cambios en la proporción de gastos de dichos componentes”.

Villatoro (2007), en cambio, respalda los logros de los PTC de México, Colombia y Nicaragua en la promoción de una mayor ingesta de alimentos ricos en calorías y proteínas, y una dieta más diversa. En la misma línea, Cecchini y Madariaga (2011) señalan que “algunos programas que incluyen prestaciones en el ámbito nutricional, como Oportunidades, Familias en Acción, Bolsa Familia y la desaparecida RPS, muestran mejoras en indicadores de nutrición para niños y niñas en edad preescolar, mientras que en los casos de Bolsa Alimentação, Tekoporá y el Programa de Asignación Familiar (PRAF) no se han observado efectos positivos (Attanasio, Trías y Vera-Hernández, 2008; Barrios, Galeano y Sánchez, 2008; Bassett, 2008 –citado por Cecchini y Madariaga, 2011–; Hoddinott y Bassett, 2008; Paes y Pacheco, 2009). En Colombia, un año de participación en el programa Familias en Acción disminuye 1% la prevalencia de desnutrición crónica (Attanasio, Trías y Vera-Her-

nández, 2008). En Brasil, los niños menores de 5 años que son usuarios de Bolsa Familia tienen una probabilidad 26% mayor de tener indicadores de talla-peso y peso-edad adecuados, en comparación con los que no son usuarios (Paes y Pacheco, 2009)".

Finalmente, los datos sobre el efecto de los programas en el estado de salud de la población constatan la reducción de los episodios y la prevalencia de enfermedades en los niños (Villatoro, 2005; Fiszbein *et al.*, 2009), "la reducción de la mortalidad materna e infantil [...] así como una disminución de los días de enfermedad" (Cecchini y Madariaga, 2011) y la reducción de los casos de diarrea entre los niños (para el Oportunidades, en las áreas rurales) (Villatoro, 2005; 2007).

En materia educativa, a partir de la comparación del incentivo educacional generado por programas condicionados con otros que no exigen obligatoriedad, Baird *et al.* (2013) concluyen que "supervisar el cumplimiento y sancionar el incumplimiento tienen efectos sustancialmente más grandes" que los logrados por programas sin condicionalidades o con condicionalidades no monitoreadas.

En el ámbito educativo, en términos generales se ha registrado el aumento de las tasas de asistencia escolar o matriculación, y la mejora en las calificaciones, aunque con variaciones según el nivel (en los tramos etarios con menor tasa inicial se verifican impactos mayores). Estos resultados se observan tanto en países de ingresos medios (México) como en países de ingresos bajos (Honduras y Nicaragua) (Fiszbein *et al.*, 2009). En coincidencia, Cecchini y Madariaga (2011) señalan que los incrementos en las tasas de asistencia "tienden a ser mayores en países donde los niveles de referencia eran más bajos, en los grados escolares de transición que presentaban altas tasas de deserción (como el paso de primaria a secundaria) y en los hogares más pobres".

De acuerdo con los datos recopilados por los autores (Cecchini y Madariaga, 2011), la condicionalidad educativa del Progreso (México) generó una diferencia importante en la probabilidad de asistir a la escuela. Oportunidades, por su lado, permitió que las brechas de género en la matrícula del nivel secundario, especialmente en zonas rurales, prácticamente desaparecieran. Otras evaluaciones retomadas en este trabajo presentan importantes logros en la disminución de la deserción escolar, el aumento de la matrícula escolar y la mejora de las calificaciones, si bien estos resultados positivos corresponden a áreas geográficas, tramos de edad y niveles de escolaridad específicos.

El programa Bolsa Familia de Brasil, por ejemplo, ha mostrado resultados positivos tanto en asistencia escolar como en la disminución de la deserción. Según un estudio del Banco Mundial, este programa "ha contribuido a desmontar los mecanismos usados por las escuelas para excluir a los estudiantes más pobres" (Villatoro, 2007). Los efectos en la asistencia se observan en zonas urbanas y rurales. Los impactos más significativos se han alcanzado entre los niños de 12 a 17 años, dado que entre los niños menores ya se registraban altas tasas de asistencia antes de la ejecución de los programas.

En el caso de Oportunidades, de México, se observó un fuerte incremento de

matrícula en la secundaria de niños que residen en zonas rurales en el corto plazo, mientras que los efectos en la primaria y en las zonas urbanas fueron menores. No obstante esto, se señala que, en el caso de las niñas, el aumento de la escolarización no implicó un descenso en las actividades laborales.

La RPS de Nicaragua aumentó la matrícula escolar, principalmente entre los niños de 7 a 9 años y, en menor medida, entre los niños de 12 a 13 años. Estos efectos fueron más sustanciales en los hogares más pobres. Se señala también que este impacto ha ido de la mano de una disminución del trabajo infantil en estos tramos de edad.<sup>4</sup>

Familias en Acción de Colombia, en cambio, alcanzó impactos importantes en la asistencia a la escuela entre los niños de áreas rurales y urbanas de 12 a 17 años. Este efecto no se verificó en el tramo de 8 a 11 años, en parte por el efecto “techo” entre las edades con tasas de asistencia escolar elevadas originalmente.

Villatoro (2007) concluye que las condicionalidades de los PTC debieran ampliarse hacia la educación preescolar, dado que en este nivel educativo los grados de acceso son bajos en América Latina y los retornos posibles en el largo plazo son muy altos. En el caso de la AUH, si bien se contempla el preescolar para niños de 5 años, no se incluye el jardín de infantes de 3 y 4 años, con los beneficios que la estimulación temprana es sabido que representan para la futura trayectoria educativa de niños y niñas en los niveles primario y medio.

Por su parte, Cecchini y Madariaga (2011) aportan más evidencias. Encuentran que el Programa de Avance mediante la Salud y la Educación (PATH) de Jamaica aumenta en 0,5 día por mes la asistencia escolar de los niños y las niñas de entre 6 y 17 años, lo que representa un resultado importante si se consideran las muy elevadas tasas de asistencia (96%). En la República Dominicana, se ha encontrado que el Programa Solidaridad aumenta la probabilidad de asistir a la escuela en 14 puntos porcentuales entre los estudiantes de 14 a 16 años (Programa Solidaridad, 2008).

Asimismo, en el programa Tekoporâ de Paraguay, la tasa de asistencia escolar se eleva entre 5 y 8 puntos porcentuales (Veras Soares, Pérez Ribas e Issamu Hirata, 2008).

En el cuadro 4.2 se presentan los datos sistematizados por Enrique Delamónica (2010) acerca de los efectos de los PTC latinoamericanos en la asistencia, la promoción y el abandono escolar.

Por otra parte, se registró el efecto del Progresá en los indicadores educativos de población no beneficiaria:

Las tasas de inscripción escolar de niños que no reúnen los requisitos necesarios subieron en distritos que participaron en el programa debido a la denominada influencia de los pares (*peer effect*). (PNUD, 2009)

4. El autor señala la importancia que en este punto tiene el monto de la transferencia, el cual debe contemplar el “costo de oportunidad de enviar a los niños a la escuela” (Villatoro, 2005).

**Cuadro 4.2.** Impactos de programas de transferencia condicionada en América Latina, según país

País / programa	Resultado educativo	Asistencia escolar	Abandono	Matrícula
Brasil Bolsa Escola	N/A	95% de niños bajo programa y 92% en el grupo de control asistieron regularmente. Las niñas mostraron resultados similares.	Tasas de abandono fueron menores para aquellos bajo programa que para grupo de control (0,3% versus 6,1%)	N/A
Colombia Familias en Acción	N/A	N/A	N/A	Sin impacto en matrícula de primaria (7-13 años).
Guatemala Eduque a la Niña	2% bajo programa y 11% del grupo de control no volvieron a la escuela al año siguiente.	91% de niños bajo programa y 88% de grupo de control tuvieron asistencia regular.	Terminalidad anual igualmente alta para todos los estudiantes (90% aprox.)	No concluyente
Honduras PRAF	N/A	Los beneficiarios de beca asistieron un día más por mes que los no beneficiarios.	Tasas de abandono de los beneficiarios se redujeron de 7,0% a 2,4%.	Inscripción de beneficiarios (5-12 años) aumentó 17 puntos porcentuales entre 2000 y 2001.
México Progres- Oportunidades	Incremento promedio de 6,8 años a 7,5 años.	Aumento de probabilidad de asistencia de niños de 1,3 a 1,8 porcentuales	Abandono de niñas en 3º grado cayó 17,9% y el de niños, 14,0%.	Sin impacto en matrícula de primaria.
Nicaragua RPS	92% bajo programa y 80% de control.	Aumento del promedio de estudiantes asistiendo regularmente en 30 puntos porcentuales.	Tasas de abandono cayeron en 1º a 4º grados	Aumento de 69% a 93% niños bajo programa versus 72% a 75% para grupo de control.

Como afirma Novacovsky (2010), “uno de los grandes logros de los PTC en toda América Latina fue el aumento de la escolaridad que, desde una perspectiva de derechos de los niños, implica garantizar un derecho fundamental. Los PTC han sido una de las estrategias más exitosas de las últimas décadas para la escolarización de niños, niñas y adolescentes”.

#### **4.4. Ajustes en la oferta de salud y educación, y la articulación de las políticas sociales**

Si bien los datos indican que hay más niños asistiendo a la escuela y recibiendo controles de salud, algunas críticas provienen de interrogantes sobre si estos servicios son accesibles, si poseen estándares adecuados y si producen los efectos deseados en la adquisición de conocimientos y en la mejora de la condición de salud de los beneficiarios (Fiszbein *et al.*, 2009).

Sin invalidar la importancia de la asistencia escolar y el control de salud, se sostiene que la demanda que es activada por los programas de transferencia condicionada debe ser absorbida por una oferta educativa y sanitaria que muchas veces no recibe inversiones extra o que no coordina acciones con los programas. En este sentido, Roca y Grajeda (2010) advierten que “los gobiernos deben tener claro que están incentivando una demanda de servicios públicos, por lo que la implementación de estos programas debe estar acompañada de una fuerte inversión social en infraestructura y recurso humano para proveer servicios de salud y educación”. Debe haber un balance entre las inversiones en el lado de la demanda y de la oferta, por ejemplo, en infraestructura es preciso tener en cuenta la distancia de establecimientos educativos y centro de salud (de la Brière y Rawlings, 2006).

Novacovsky (2010) complementa este planteo afirmando que “hay que tener en cuenta, y éste no es un tema menor, que los PTC y las condicionalidades apalancan la mejora de la oferta pública por la misma presión que ejercen la gente y los propios efectores de los servicios públicos ante la disyuntiva de no otorgar la prestación o el riesgo de pérdida del beneficio. Esto sirve de catalizador de la problemática. También los PTC desnudan el déficit oculto y las problemáticas de exclusión de los servicios de salud y educación redundando en una mejora de éstos. Se debería incluir financiamiento para adecuar la oferta donde surjan estos déficits de forma articulada con los PTC”. Asimismo, permiten la individualización de niños, niñas y adolescentes que no tienen controles de salud o no asisten a la escuela. Esta información posibilitaría un seguimiento y establecer acciones para resolver estas problemáticas.

El testimonio de Claudia Bracchi (directora de Educación Secundaria de la provincia de Buenos Aires) da cuenta del “apalancamiento” que significó la AUH en el sistema educativo. En la provincia de Buenos Aires se llevó a cabo un estudio de vacantes disponibles “para saber y detectar cuáles eran las zonas

críticas que íbamos a tener en la implementación [...] de manera tal que nadie quedara sin inscripción en la escuela” (Bracchi, 2010).

Las condiciones de la oferta de servicios contribuyen, asimismo, a las diferencias registradas en los logros en educación y en salud. Resulta “más difícil hacer cumplir y controlar las corresponsabilidades sanitarias que las educativas”, ya que, por un lado, “la restricción de servicios-oferta es mayor en el ámbito de la salud que en el de la educación”, y el sistema sanitario presenta más desafíos en cuanto a los recursos físicos y humanos requeridos para su funcionamiento (PNUD, 2009).

La desarticulación y fragmentación de las políticas sociales han sido en Latinoamérica en general y en Argentina en particular uno de los grandes problemas del funcionamiento del Estado en lo social (Carpio y Novacovsky, 1999). Una cuestión para tener en cuenta es el impacto no menor que tienen estas estrategias de intervención vía la demanda en la articulación de los sistemas de salud, educación y desarrollo social, y, en consecuencia, la integración de las políticas sociales (Novacovsky, 2010). En diversas circunstancias, esta articulación fue forzada por las propias condicionalidades. En este sentido, los PTC parecieran haber tenido más éxito que las estrategias de articulación y coordinación vía reformas institucionales.

La libreta/formulario de salud y educación, y las bases únicas de prestaciones y servicios sociales desarrolladas por ANSES sentarían las bases de un sistema de información integral sobre Seguridad Social, clave en la articulación de políticas y programas sociales así como en la conformación de una red o Sistema de Protección Social.

Resta señalar, para el caso de Argentina, la importancia que otros programas tienen por su envergadura y complementariedad con las AUH y las Asignaciones por Embarazo (AE), como son:

- a) El programa PROG.R.ES.AR., puesto en marcha en enero de 2014, que otorga una prestación monetaria fijada inicialmente en 600 pesos destinada a jóvenes entre 18 y 24 años de edad, pertenecientes a grupos sociales vulnerables, que se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal o formal, o bien a quienes sean titulares de una prestación previsional contributiva o pensión no contributiva, o monotributistas sociales o trabajadores de temporada, o sean trabajadores de casas particulares, y cuyos ingresos propios o del grupo familiar no superen el monto establecido para el salario mínimo, vital y móvil, contra acreditación de acceso y la permanencia en niveles de estudios de nivel primario, secundario o superior en establecimientos públicos o bien en formación técnica orientada al trabajo en cursos acreditados por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Este programa implica, pues, la extensión de la protección social a un segmento de población –los jóvenes– no alcanzado por la AUH, lo cual conforma una red integral tendiente a cubrir al conjunto de la población. Pero,

al mismo tiempo, posibilita la extensión a un período etario posterior al cubierto por la AUH consiguiendo extender hacia adelante los efectos sobre la escolaridad, así como la continuidad de los ingresos del hogar.

- b) Los programas SUMAR y REMEDIAR, que garantizan el acceso gratuito y regular a los servicios de salud proveyendo el cuidado indispensable a madres y niños y niñas desde el embarazo y el parto, y en toda la etapa escolar, así como la provisión de medicamentos necesarios entre la población vulnerable. Ambos son fundamentales para la prevención de enfermedades y erradicación de las muertes infantiles y maternas evitables.
- c) El programa Conectar Igualdad, que a partir de abril de 2010 se propone recuperar y valorizar la escuela pública y reducir las brechas digitales, educativas y sociales en el país, a partir de la entrega de computadoras portátiles a la totalidad de los alumnos y docentes de las escuelas secundarias, de educación especial y de los institutos de formación docente de gestión estatal.

Conectar Igualdad se ha impuesto como meta trabajar para lograr una sociedad alfabetizada en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), ampliando las posibilidades de acceso democrático a recursos tecnológicos e información que de otro modo quedan constreñidas a sectores minoritarios. Adicionalmente, encaró el desarrollo de contenidos digitales utilizables en distintas propuestas didácticas y trabaja en los procesos de formación docente, con la intención de transformar modelos, procesos y paradigmas de aprendizaje y enseñanza, sirviéndose de las nuevas tecnologías digitales.

#### 4.5. Roles de género

En general estos programas –y también la AUH– han incorporado en su diseño la perspectiva de género, designando como titular de la prestación a la mujer, sea la jefa del hogar o la cónyuge del jefe. De este modo, al posicionar a la mujer como proveedora de ingresos, se busca promover la equidad de género, brindando a las receptoras la posibilidad de contar con un ingreso propio, sobre el que tienen poder de decisión, fortaleciendo su autonomía, su autoestima y su posición al interior del hogar. Esto procura dar solución a un problema que frecuentemente se presenta con las asignaciones familiares de carácter contributivo: como habitualmente eran percibidas por el padre, muchas veces no llegaban a sus destinatarios legítimos (los niños) por ausencia o simplemente por una cuestión de administración.

No obstante, contrariando esta perspectiva, han surgido críticas que afirman que los programas de transferencia de ingresos contribuyen al reforzamiento de las pautas y de los roles tradicionales de género, “maternizando” a las mujeres al inducir las a abandonar las búsquedas laborales, abocarse al cuidado de los hijos y ocuparse de la reproducción doméstica en desmedro de

la búsqueda de independencia económica a través del trabajo y el desarrollo personal (CEPAL, 2012).

Los trámites relacionados con la admisión a estos programas o con el cumplimiento de las condicionalidades que ellos establecen, que generalmente deben llevar a cabo las mujeres, también las recargarían de responsabilidades que reducirían su capacidad de desempeño laboral. En estos sentidos, los programas reforzarían las pautas de género que ubican al varón como proveedor de ingresos y a la mujer como encargada de la reproducción familiar.

Es decir que en lugar de empoderar a las perceptoras, al designarlas como responsables por el cumplimiento de las corresponsabilidades, refuerzan el rol tradicional de la mujer, tanto en el hogar como en la comunidad (López, 2004; Daeren, 2004; Adato *et al.*, 2000; González de la Rocha, 2005; Arriagada y Mathivet, 2007). En la misma línea, Molyneux (2006) señala que “incluso si las mujeres pueden ser marginalmente «empoderadas» en esta estructura, los programas tienen un efecto de refuerzo de las divisiones sociales, donde las asimetrías de género son reproducidas”. Se señala que la responsabilidad por el cumplimiento de las condicionalidades podría, en ciertos casos, generar un aumento en la carga de trabajo reproductivo que ellas realizan. En cambio, Jones, Vargas y Villar (2007) encuentran situaciones en las cuales se ha incrementado la participación de los hombres en el cuidado de los niños y en las actividades domésticas.

Sin embargo, en contra de estas posiciones, se ha señalado que las tareas que muchas mujeres desarrollan en el mercado de trabajo como trabajadoras domésticas son, en sí mismas, una extensión de la reproducción de la vida familiar, contribuyen poco al desarrollo de otro tipo de potencialidades y en muchos casos se observan situaciones de explotación. En este contexto, un ingreso que permita prescindir de ellas o reducir el tiempo que se dedica a estas actividades resultaría entonces liberador de la “doble jornada femenina” que supone asumir, simultáneamente, el “trabajo afuera” y las tareas de reproducción del propio hogar, que de todas formas recaen generalmente sobre ellas (Arcidiácono, Carmona Barrenechea y Straschnoy, 2011).

Respecto de si realmente los programas de transferencias promueven o desalientan la participación laboral de las mujeres, las evaluaciones arrojan resultados contradictorios. La evaluación de Bolsa Familia (MDS, 2007) ha indicado que las mujeres beneficiarias tienen más probabilidades de participar en el mercado de trabajo que otras. También existe evidencia de que Bolsa Familia ha contribuido a reducir sus horas de trabajo (Teixeira, 2010; Tavares, 2008). Familias en Acción ha incrementado el número de mujeres trabajando en áreas urbanas y no afectó el número de horas de aquellas que ya se encontraban trabajando (IFS, 2006). Chile Solidario también parece haber tenido un impacto positivo en la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, especialmente aquellas que habitan en hogares de jefatura masculina y las que viven en zonas rurales (Galaso, Carneiro y Ginja, 2009).

En el caso de Progresía, no se encontraron impactos sobre el mercado de

trabajo (Parker y Skoufias, 2000, citados por Groisman, Bossert y Sconfienza, 2011; Skoufias y Di Maro, 2008; Angelucci y Di Giorgi, 2009, citados por Alzúa, Cruces y Ripani, 2010). Por su parte, Alzúa, Cruces y Ripani (2010) analizan el efecto de Oportunidades, RPS y PRAF II en el mercado de trabajo, y los resultados empíricos señalan que ninguno de los tres programas introduce un cambio significativo en la participación laboral de los adultos.

Para el caso de Argentina, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2010) plantea que las medidas de protección contra el desempleo y la pobreza tienden a reproducir las desigualdades sociales entre los sexos, y que al hacer recaer el cumplimiento de las contraprestaciones laborales, en el caso del Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, y/o condicionalidades, en el caso de los programas Familias por la Inclusión Social y Asignación Universal por Hijo, sólo sobre las mujeres en situación de pobreza, se aumenta la carga de trabajo no remunerado de las titulares y merma su disponibilidad de tiempo para dedicarse a actividades remuneradas. Por lo tanto, en las recomendaciones propone avanzar en el diseño e implementación de políticas que garanticen el cuidado y la atención de niños, niñas, adultos mayores y otras personas dependientes.

Otros estudios (Molyneux, 2006, 2009; Staab y Gerhard, 2009; Tabbush, 2010; Gammage, 2010; Pautassi y Zibecchi, 2010) señalan que algunos programas de transferencias condicionadas imponen una sobrecarga adicional de trabajo a las mujeres sin contemplar estrategias de conciliación entre el trabajo remunerado y el reproductivo. En estos estudios no se hace referencia a investigaciones o evaluaciones de resultados e impactos para la caracterización de la sobrecarga que deben enfrentar las mujeres.

Como se ha mencionado, uno de los objetivos usuales de los programas de transferencias –que también está presente en la AUH– es la promoción de la autonomía económica de las mujeres, ya que al disponer de recursos propios obtienen un mayor control de la economía familiar y un mayor poder de decisión frente a su pareja (CEPAL, 2012).

Escobar y González de la Rocha (2009) informan, a partir de evaluaciones cualitativas, que las mujeres beneficiarias de Progresá-Oportunidades, de México, han incrementado su autoestima y su posición dentro de la comunidad. Veras Soares y Silva (2010a, 2010b, citados por Cecchini y Madariaga, 2011) reportan hallazgos similares para el caso de las titulares de Bolsa Familia, de Brasil, y Chile Solidario, quienes incluso manifiestan haber incrementado su poder de negociación al interior del hogar y su autonomía. No obstante, no se ha encontrado evidencia sobre un impacto positivo en la autonomía de las mujeres que reciben el programa Familias en Acción, de Colombia (Veras Soares y Silva, 2010a, 2010b, citados por Cecchini y Madariaga, 2011).

Para otros autores (Armas, 2004; Adato *et al.*, 2000; Maluccio *et al.*, 2005), el incremento del poder de negociación y de la capacidad de toma de decisiones de las mujeres al interior de sus hogares aparece como un tema más debatible. Estudios cualitativos, realizados en el marco del Programa Bono Solidario

de Ecuador, sugieren que la transferencia recibida no es percibida como un ingreso propio, ni un derecho (Armas, 2004). Además, la misma autora señala que, lejos de fortalecer la autonomía de las mujeres, refuerza su dependencia económica: las mujeres que antes eran dependientes del “varón proveedor”, ahora pasan a serlo también del Estado. Por otra parte, se ha detectado como efecto no esperado que en algunos casos los hombres dejan de aportar al percibir que hay disponibilidad de recursos adicionales en el hogar (Armas, 2004; Adato *et al.*, 2000; González de la Rocha, 2003).

Incluso, se ha dicho, el ingreso provisto por el programa podría ser utilizado como pretexto para reducir el aporte monetario al hogar por parte de los varones, a modo de “represalia” por los grados de autonomía ganados (Adato *et al.*, 2000; González de la Rocha, 2003).

También se ha postulado que la designación de la mujer como titular podría generar un aumento de la violencia doméstica al interior de los hogares bajo intervención. Sin embargo, estudios en México sobre el Programa Oportunidades no detectan conflictos al interior del hogar como resultado de la participación de las mujeres en estos programas (Rivera, Hernández y Castro, 2006; Maldonado, Nájera y Segovia, 2006). La evaluación de la RPS de Nicaragua tampoco encontró evidencia de un incremento en la violencia doméstica como resultado de la participación de las mujeres en el programa, e incluso se registró una mejora en la calidad de las relaciones familiares (Maluccio *et al.*, 2005).

La literatura presenta, pues, hallazgos contradictorios y no concluyentes. Esta evaluación contempla entre sus objetivos el abordaje empírico de estas cuestiones.

#### **4.6. El incentivo a la fecundidad**

¿Tienen los programas de transferencia de ingresos destinados a los niños un efecto sobre la fecundidad? Se ha dicho que estos programas, en la medida en que sus prestaciones crezcan con el número de niños presentes en el hogar, podrían inducir un aumento del tamaño de las familias destinatarias provocado por una fecundidad incrementada. Y ello, una vez más, por vía de la mayor “carga demográfica”, podría aumentar la probabilidad de ser pobres.

Incluso, se ha afirmado, la extensión de la prestación al embarazo –tal es el caso de la AE– podría inducir el embarazo adolescente, con sus conocidas secuelas de abandono escolar, pérdida de capital educativo y dificultad para insertarse en el mundo del trabajo. Nuevamente, por esta vía se reforzaría la “trampa de la pobreza”.

En contrario, se ha afirmado que estos supuestos no se basan en evidencia empírica, ya que la tasa global de fecundidad de la Argentina se ha mostrado tendencialmente declinante y, entre los dos últimos censos, la caída resultó más pronunciada en las provincias con mayor incidencia de la AUH (Asiain

y Putero, 2013). No obstante, se espera que la presente evaluación permita indagar con mayor cuidado este punto.

#### **4.7. Universalidad y ciudadanía**

Por último, otro aspecto que ha sido objeto de crítica en el caso particular de la AUH es que no sea en rigor universal. En efecto, al concebírsela como la extensión del derecho a la Seguridad Social de sectores que estaban privados de ella –los hijos de los trabajadores registrados ya percibían la asignación propia del sistema contributivo–, está exclusivamente destinada a hijos de trabajadores no registrados o desempleados.

Con ello, como también se ha señalado, se estaría apelando a la focalización mediante criterios tales como la informalidad o la desocupación de los padres, pero con la finalidad de universalizar un derecho, el de acceder al ingreso provisto por la asignación familiar, antes limitado a los hijos de trabajadores registrados en la Seguridad Social. Se trataría de una estrategia de “universalismo a través de la selectividad” (Mazzola, 2012).

Respecto de la contradicción entre universalidad y focalización, también ha sido dicho que, en última instancia, todos los programas son universales para la población para la que están focalizados y, a la inversa, todos los programas están focalizados hacia alguna parte de la población, lo que acabaría por tornar ociosa la discusión entre focalización y universalidad (Rofman, 2010). De hecho, la asignación contributiva solamente era “universal” para trabajadores formales –asalariados registrados en la Seguridad Social–, en tanto que la AUH generaliza el acceso a la asignación al hacerlo extensivo a los hijos de los informales y desempleados.

Restan, sin embargo, situaciones de exclusión tales como las que derivan de aquellos trabajadores monotributistas con ingresos inferiores a un salario mínimo, sin desconocer las dificultades en la corroboración de la información. Asimismo, es debatible la limitación de la prestación hasta el número de cinco receptores en el hogar. Pues en los hogares con seis hijos menores de 18 años, el sexto carecería de esa cobertura (cuando hay siete, en cambio, la madre recibe una pensión no contributiva).



## **5. Características de la evaluación**

### **5.1. Objetivos que sustentan la evaluación**

La presente evaluación se ha fijado los siguientes objetivos:

- Verificar el cumplimiento de los objetivos que se propusieron al momento del lanzamiento de la AUH.
- Estimar los resultados e impactos atribuibles al desarrollo de la AUH.
- Medir los cambios en el nivel de bienestar de los hogares receptores de resultados de la implementación de la AUH.
- Identificar los eventuales efectos no esperados, positivos y negativos, que puedan haber resultado de la puesta en práctica de la AUH.
- Identificar fortalezas, debilidades, amenazas, oportunidades resultantes de la implementación de la AUH.
- Identificar, explicitar y aprovechar lecciones aprendidas a partir del diseño, implementación y evaluación de la AUH.
- Señalar los elementos y las medidas necesarias para mejorar el diseño y la implementación de la AUH.
- Contribuir al debate y a la capacitación interna y externa sobre las políticas en materia de ampliación del sistema de seguridad y protección social.
- Enunciar recomendaciones para nuevas acciones en materia de política social.

### **5.2. Diseño metodológico de la evaluación. Abordaje cuantitativo**

#### *5.2.1. Los diseños cuasiexperimentales*

En las mediciones de impacto de programas y políticas públicas, la situación ideal consiste en contar con un grupo de control seleccionado aleatoriamente

de la misma población de la cual provienen los destinatarios de la política a evaluar. Ello permite emplear un diseño experimental.

En cambio, los diseños cuasiexperimentales “son aquellas situaciones sociales en que el investigador no puede presentar los valores de la variable independiente a voluntad ni puede crear los grupos experimentales por aleatorización, pero sí puede, en cambio, introducir algo similar al diseño experimental en su programación de procedimientos para la recogida de datos” (Campbell y Stanley, 1973).

Esta metodología de diseño de evaluación ofrece mayor flexibilidad que los diseños experimentales, en tanto permite abordar el estudio de ciertos fenómenos no aptos de ser abordados por procedimientos experimentales. Efectivamente, en los casos en que se trata de evaluar el impacto de una política pública que apunta a posibilitar el ejercicio de un derecho, no resulta posible excluir de su acceso a una parte de los sujetos de derecho, seleccionándolos en forma aleatoria para conformar un grupo de control. Pero sí resulta posible aproximarse a esta situación mediante la construcción estadística de un grupo de comparación, con características asimilables a las del grupo de tratamiento.

En algunas ocasiones en que no es posible garantizar la igualdad inicial por procedimientos de azar, también es posible acudir a una medición previa de las variables sobre las que se esperan impactos en ambos grupos. Esta primera medición permite tener la certeza de que ellos no difieren significativamente en dichas variables.<sup>1</sup> Ello permite, a la vez, contar con una línea de base, con relación a la cual medir los efectos de la intervención.

Luego de transcurrir cierto tiempo de encontrarse el grupo de tratamiento bajo las acciones del programa, se realiza una segunda medición de las variables de impacto. Aun cuando no hubiese habido efecto alguno de la política evaluada, no sería preciso que cada grupo mantuviera los valores de la medición inicial, pues podría haber un efecto maduración, consistente en cambios operados debido a la influencia de otros factores o al simple transcurso del tiempo: por ejemplo –si se tratara de un programa de capacitación para el empleo–, cierta cantidad de desocupados podrían haber tenido éxito en sus búsquedas laborales, tal vez porque mejoró la actividad económica. Pero este efecto no debiera ser distinto de un grupo a otro si la variable independiente o estímulo no produjera las diferencias.

En estos casos en que se cuenta con dos mediciones (antes/después) se emplea el método denominado “diferencia de diferencias”: siguiendo con el ejemplo anterior, se establece la diferencia entre las tasas de empleo registradas entre la medición inicial y la final en cada uno de los grupos. Tal vez ambos mejoraron su inserción laboral a lo largo de un año, pero si la capacitación resultó eficaz, el grupo que recibió tratamiento debiera haberla mejorado más: mostraría, pues,

1. La no existencia de diferencias significativas puede ser constatada mediante el uso de test estadísticos.

una diferencia mayor entre ambos momentos de medición. Y esta “diferencia de diferencias” se atribuiría a la acción de la intervención.

Sin embargo, en el caso de la AUH, las características de la intervención y la modalidad de su implementación hicieron imposible contar con una línea de base proveniente de mediciones realizadas al grupo de tratamiento y al grupo de control en el momento previo al comienzo de las prestaciones.

Como alternativa metodológica a ello, en esta evaluación se utilizó un modelo cuasiexperimental *ex post facto*. Dicha alternativa requiere asumir que en el momento inicial ( $T_0$ ; previo a la implementación de la AUH) los hogares del grupo de tratamiento y del grupo de control no diferían significativamente en ningún aspecto sustancial. Se trata de un modelo menos robusto que los que cuentan con medición inicial, pero que está justificado en la literatura (Campbell y Stanley, 1973).

Para ello, se ha contemplado seleccionar del total de los hogares encuestados (provenientes del padrón de no receptores) un subconjunto con perfiles semejantes a los receptores de AUH en características que no formen parte de los indicadores sobre los que se medirán los impactos. La selección se realizó mediante un modelo estadístico de regresión.

El procedimiento de selección estadística ha permitido presumir la igualdad inicial de ambos grupos en forma sustitutiva a la medición inicial.

En un momento posterior se realizó la medición de la diferencia entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en  $T_1$ . Asumiendo el supuesto de la igualdad inicial, esta última resulta equivalente a la doble diferencia en los modelos clásicos con doble medición.

### 5.2.2. Muestra de hogares destinados a la selección del grupo de control

La preselección de la muestra de hogares a los que se relevará con la finalidad de seleccionar un grupo de control se hace sobre el listado de demandantes y reclamos de ANSES, excluidos de la AUH por motivos administrativos (inconsistencia en la carga de datos, trámite incompleto, falta de documentación) y suspensión por impago.

La muestra comparte los mismos criterios de diseño que la muestra de tratamiento. Ésta se confeccionó a nivel nacional, teniendo en cuenta la estratificación por estrato poblacional.

No existe ninguna garantía a priori acerca de la similitud existente entre los hogares así seleccionados y los que efectivamente reciben la AUH. Esta semejanza, sin embargo, debiera poder garantizarse de algún modo para que efectivamente, en ausencia de una medición inicial o línea de base, puedan ser imputadas las eventuales diferencias halladas en los indicadores de impacto a la percepción de la AUH.

Por ello, sobre esta muestra inicial se llevó a cabo una segunda selección,

esta vez basada en un modelo estadístico capaz de garantizar con cierta probabilidad esta similitud inicial.

### 5.2.3. La propensión a participar

Para la construcción del grupo de comparación,<sup>2</sup> se apeló a un procedimiento de “apareamiento o *matching*” en un conjunto de variables consideradas cruciales (y que son diferentes de aquellas que estarán sujetas a medición, como impactos esperados, con el expreso propósito de evitar confusión en la atribución de impacto). El procedimiento empleado fue el de “vecino más próximo”, estableciendo probabilísticamente la “propensión a participar” o *propensity score* (Rosenbaum y Rubin, 1985) en la intervención: los *no receptores* que resultan con una probabilidad incluida en igual rango que la de los receptores son seleccionados como grupo de comparación.

Puesto que ambos grupos de hogares –receptores de AUH y no receptores– fueron relevados con un cuestionario análogo, se preserva el recaudo recomendado en la literatura de aplicar el mismo instrumento de medición a ambos grupos con la finalidad de minimizar los posibles sesgos originados en el relevamiento de la información.

Para establecer la “propensión a participar”, se utilizó un modelo de regresión logística binaria con el acceso o no a la prestación (ser receptor de AUH y no serlo) como variable dependiente y con un conjunto de características sociodemográficas de los hogares como variables independientes o predictoras. En este último caso, se incluyeron variables de carácter estructural y sobre las que no era dable esperar impactos del programa.

A los efectos de seleccionar definitivamente al grupo de control, se tuvo en cuenta que la diferencia entre las probabilidades de participar estimadas por el modelo entre los “vecinos más próximos” de uno y otro grupo, elevada al cuadrado, no fuera superior a 0,01, según lo sugerido por Lazo y Philipp (2003).

### 5.2.5. Los usos del grupo de tratamiento y el grupo de control

Los hogares receptores de AUH seleccionados mediante este procedimiento estadístico (el grupo de tratamiento: GT) conforman una submuestra del total de hogares relevados en la encuesta: aquellos para los cuales pudo ser seleccionado al menos un hogar “gemelo” en el grupo de control en función de la distancia entre probabilidades de participar estimada por el modelo: *propensity score* (Rosenbaum y Rubin, 1985). A la inversa, del conjunto de hogares no receptores que fueron encuestados, solamente pasaron a integrar el grupo de control (GC) los que contaban con al menos un hogar “gemelo” en el grupo

2. Se utiliza grupo de control o de comparación como sinónimos.

de tratamiento con igual criterio. Estos procedimientos han sido justificados por la literatura (Jalan y Ravallion, 1998). El análisis de los impactos esperados de la AUH, apelando a la comparación entre las submuestras que conforman el GT y el GC, así como el testeo estadístico de la significación de las diferencias halladas, no se presentará en un capítulo separado de este informe, sino que se incluirá en cada uno de los capítulos correspondientes a las diferentes temáticas, a modo de un apartado especial.

Para evaluar la significación estadística de las diferencias se emplea, en todos los casos, el test t de Student para la diferencia de medias de muestras independientes y su extensión al caso de las proporciones muestrales, para una prueba bilateral.

### 5.2.6. Control de efectos

*La atribución y el control de efectos confusión.* Las eventuales diferencias entre receptores y no receptores imputables a propensiones previas y no a las acciones de la prestación, así como los posibles cambios producidos ajenos a la intervención (tales como los efectos de maduración o cambios en el contexto) fueron controlados mediante la modelación estadística para el cálculo de la propensión a participar.

*El sesgo de selección.* Asimismo, la modelación estadística del GC empleando *propensity score matching* permite controlar eficazmente el sesgo de selección. En forma adicional, se procedió a una comparación sistemática entre el GT y el GC en variables ajenas a las acciones de la intervención, empleando pruebas de significación estadística.<sup>3</sup>

*Contaminación del grupo de comparación.* Los eventuales riesgos de contaminación fueron controlados mediante la identificación en la encuesta a través de preguntas específicas y la utilización de fuentes secundarias tales como bases de datos nacionales.

*Efectos de derrame.* Los eventuales efectos de derrame del programa fueron explorados con técnicas cualitativas.

*Heterogeneidad y diversidad del impacto a través de subgrupos de la población.* Dadas las corresponsabilidades diferenciales por edad (educación y salud) y la prioridad para la titularidad femenina, se espera que el impacto presente variaciones por género y entre grupos etarios.

Asimismo, se analizó si los impactos son diferenciales según tamaños de

3. El test t de Student para la diferencia de medias y proporciones de muestras independientes.

estratos poblacionales. El diseño de investigación ha sido construido con el fin de captar estos impactos diferenciales.

### 5.2.7. Características del relevamiento

A comienzos de octubre de 2013 se realizó una prueba piloto a los fines de poner a punto el cuestionario, estimar las tasas de no respuesta por ausencia y valorar el rendimiento promedio diario por encuestador.

El período de aplicación de la encuesta fue de noviembre de 2013 a febrero de 2014. El formulario fue diseñado para que sea administrado por un encuestador a la respondente del hogar; en el caso del grupo de tratamiento, la respondente fue la titular de la AUH y, en el caso del grupo control, fueron las mujeres identificadas en el listado de reclamos de ANSES (véase “Diseño muestral”).

#### **Herramienta de relevamiento:**

El formulario permitió recabar información sobre todos los integrantes del hogar. Los bloques temáticos incluidos fueron los siguientes:

- Identificación del hogar
- Demográficas
- Educación
- Salud
- Mercado de trabajo
- Ingresos
- Acceso a TIC<sup>4</sup>
- Vivienda
- Equipamiento del hogar
- Hábitos de consumo y alimentación
- Tareas hogareñas y tiempo libre
- Salud sexual y reproductiva
- Roles de género
- Acceso y percepciones de la AUH
- Retrospectiva de sus condiciones de vida

### 5.2.8. Diseño muestral

*Grupo de tratamiento.* El estudio cuantitativo está basado en la implementación de una encuesta domiciliaria de alcance nacional de acuerdo con un diseño

4. Esta temática se analiza en un documento independiente, en el marco de la evaluación del Programa Conectar Igualdad.

muestral probabilístico y estratificado, sobre la base de un listado completo de receptores de la Asignación Universal por Hijo de todo el país.

Acorde con los objetivos del estudio, se diseñó una muestra probabilística, bietápica, representativa del universo nacional, integrado por hogares particulares con al menos un receptor de la AUH.

A continuación se detalla brevemente un conjunto de características de la muestra obtenida:

- *Probabilística*: Cada hogar seleccionado del universo estudiado y las personas de las edades consideradas que fueron finalmente elegidas tienen una probabilidad de selección conocida y superior a cero. Este tipo de muestra permite establecer anticipadamente la precisión deseada en los resultados principales, y calcular la precisión observada en todos los resultados obtenidos. El conocimiento de la probabilidad de selección de los encuestados y la información de no respuesta y rechazos permiten el cómputo de los ponderadores necesarios para el posterior análisis de la información reunida.
- *Estratificada*: Se consideraron localidades de todo el país, correspondientes a tres estratos poblacionales diferenciados (Área Metropolitana, localidades mayores a 100.000 habitantes y localidades menores a 100.000 habitantes) a los fines de obtener resultados significativos para el total nacional y para cada una de estas poblaciones.
- *Bietápica*: Al interior de cada estrato se seleccionaron localidades a los fines de hacer representativa la muestra (unidad primaria de muestro, UPM). Dentro de las localidades elegidas se seleccionaron receptores de manera aleatoria simple sobre listados de titulares provistos por ANSES (unidad secundaria de muestreo, USM). La distribución se hizo de manera proporcional de acuerdo con la cantidad de receptores en cada una de las localidades que componen el estrato.

La muestra final abarcó 1.755 hogares, distribuida en tres estratos, tal como lo muestra el cuadro 5.1.

*Grupo de control*. La muestra correspondiente al grupo de control comparte los mismos criterios de diseño que la muestra de tratamiento. Ésta se confeccionó a nivel nacional, teniendo en cuenta la estratificación por estrato poblacional. La selección se hizo sobre el listado de reclamos de ANSES, excluidos de la AUH por motivos administrativos (inconsistencia en la carga de datos, trámite incompleto, falta de documentación) y suspensión por impago.

El total de casos abarcó 1.313 hogares, distribuidos en los tres estratos geográficos (cuadro 5.2).

*Ponderación y expansión de la muestra*. Dado que se trabajó con un diseño muestral de afijación no proporcional, se elaboraron ponderadores para ajustar al peso real en el universo, de acuerdo con las probabilidades de selección

de cada unidad de análisis en cada una de las etapas de muestreo. Para el caso del grupo de tratamiento, la expansión de la muestra se hizo de acuerdo con el universo obtenido en las bases de registro de ANSES. En el caso del grupo de control, sólo se elaboró un ponderador de acuerdo con las probabilidades de selección sin factor de expansión.

**Cuadro 5.1.** Hogares relevados en GT según estrato poblacional

Estrato	Hogares relevados
Estrato 1. Área Metropolitana*	573
Estrato 2. Localidades de más de 100.000 habitantes**	663
Estrato 3. Localidades de hasta 100.000 habitantes***	519
<b>Total</b>	<b>1.755</b>

\* Integrado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 24 partidos del primer y segundo cordón del Conurbano Bonaerense.

\*\* Integrado por los aglomerados urbanos de Gran Mendoza, Gran San Juan, Gran Córdoba, Gran Rosario, Gran Paraná, Gran Resistencia, Gran Corrientes, Formosa, Gran San Miguel de Tucumán, Gran Salta, Santiago del Estero –La Banda–, Neuquén –Plottier–, Comodoro Rivadavia y San Carlos de Bariloche.

\*\*\* Integrado por las localidades de San Martín-La Colonia, Rafaela, Goya, Orán, San Pedro de Jujuy, General Roca, Ushuaia, Rivadavia de Mendoza, Caucete, Cañuelas, Las Toscas, Charata, Las Lomitas, Quimilí y Villa Regina.

**Cuadro 5.2.** Hogares relevados en GC según estrato poblacional

Estrato	Hogares relevados
Estrato 1. Área Metropolitana	780
Estrato 2. Localidades de más de 100.000 habitantes	462
Estrato 3. Localidades de hasta 100.000 habitantes	71
Total	1.313

### 5.3. Criterios de selección de grupos focales y las entrevistas a informantes clave. Abordaje cualitativo

En el abordaje cualitativo se emplearon dos técnicas de recolección de información:

- *Técnica I: Grupos focales o de discusión operativa de larga duración*  
 Universo: Receptoras de AUH y AE, con hijos pequeños e hijos adolescentes  
 Cantidad de grupos: 12

- *Técnica II: Entrevistas personalizadas*  
Universo: Referentes del área de salud, área educativa y área política  
Cantidad de entrevistas: 21

### 5.3.1. Grupos focales

En cuanto al reclutamiento de las participantes en los grupos focales, se requirieron datos previamente de cada una de ellas, a los efectos de verificarlos en la base de ANSES.

Los grupos fueron grabados digitalmente y luego desgrabados textualmente para el posterior análisis de la información. La cantidad de participantes fue de ocho a diez personas, procurando diversidad en los perfiles.

Se estableció dos grupos de mujeres participantes:

- Grupo 1: 50% de mujeres receptoras de AUH con sólo hijos chicos de 1 a 13 años y 50% de embarazadas receptoras de la Asignación por Embarazo (AE).
- Grupo 2: mujeres receptoras de AUH con al menos un hijo adolescente (más de 13 años), aunque podían tener otros hijos menores.

Se llevaron a cabo dos grupos en cada una de las grandes regiones nacionales, domiciliados en grandes conglomerados urbanos.

*Segmentación.* En cada región: a) un grupo de mujeres jóvenes sólo con hijos chicos y embarazadas (al menos la mitad de las integrantes de estos grupos tenían que estar embarazadas), y b) un grupo de mujeres con al menos un hijo adolescente (cuadro 5.3).

**Cuadro 5.3.** Distribución de los grupos focales según perfil por localidad

Grupos	Receptoras AUH y AE con hijos pequeños	Receptoras AUH con hijos adolescentes
CABA y Conurbano	1	1
Rosario	1	1
Resistencia	1	1
Tucumán	1	1
Mendoza	1	1
Trelew	1	1
Total 12 grupos	6	6

### 5.3.2. Entrevistas

Se llevaron a cabo 21 entrevistas a informantes clave en las mismas áreas en que se realizaron los grupos focales.

Los entrevistados apuntados fueron representantes de tres sectores de la comunidad:

- El gobierno local (preferentemente el intendente o el responsable del área social: ministerio o secretaría de desarrollo social o afines).
- El área de salud (algún representante de una sala de atención primaria, centro de salud, hospital, etcétera).
- El área de educación (director/a de escuela, maestros, etcétera).

Se reservó una cantidad mayor de entrevistas (tres más) para ser realizadas en CABA y GBA para abarcar diferentes zonas del Conurbano (cuadro 5.4).

**Cuadro 5.4.** Distribución de las entrevistas a informantes clave según tema por localidad

Entrevistas	Salud	Educación	Gobierno local
CABA y Conurbano	2	2	2
Rosario	1	1	1
Resistencia	1	1	1
Tucumán	1	1	1
Mendoza	1	1	1
Trelew	1	1	1
Total 21 entrevistas	7	7	7

### 5.4. Triangulación metodológica

El material proveniente de la recolección cualitativa se incorpora en este informe, apelando a la triangulación metodológica, con la finalidad de detectar convergencias que fortalezcan los hallazgos provenientes del análisis del material cuantitativo como también divergencias que puedan sugerir conclusiones alternativas.

SEGUNDA PARTE  
PRINCIPALES RESULTADOS



# **1. Características sociodemográficas de los hogares receptores de la AUH**

## **1.1. Características de los hogares**

En las últimas décadas, nuestro país ha crecido a un ritmo cada vez más lento. Sin embargo, los resultados promedio tienden a ocultar diferencias importantes entre la población de los estratos más bajos respecto de los estratos medios y altos.

Mientras que la población de los hogares de ingresos más bajos se expande, por una tasa de natalidad más elevada, el segmento de la sociedad de más altos ingresos se achica y envejece. Es así como esta diferencia de comportamientos demográficos de los distintos sectores deviene concentración de la población infantil en los hogares de menos recursos.

Al interior de los hogares con menores de 18 años podemos observar en el cuadro 1.1 las diferencias sociodemográficas, colocando el énfasis en la composición de los hogares en ambos extremos de la distribución de ingreso per cápita familiar (IPCF). Como puede apreciarse, los datos para el total urbano dan cuenta de una estructura mixta, a mitad de camino entre las de los países centrales y los países periféricos, con un volumen considerable de población menor a 18 años (42,5%) y un significativo peso de adultos mayores (4,1%). Esta composición, con equilibrio entre extremos, encuentra su explicación en la existencia de dos ciclos de vida superpuestos. La franja de menores ingresos, con menor acceso al control de la natalidad y una esperanza de vida más acotada, se contrapone con el segmento de mayores recursos, en la cual la proporción de población envejecida es superior al porcentaje de niños de hasta 2 años.

Entre los hogares receptores de AUH, la composición resulta similar a la que manifiesta el primer cuartil de ingresos nacional, con una proporción más elevada de niños de hasta 2 años y algo menor entre los niños y adolescentes de 6 a 17 años.

Otro dato que revela diferencias sustanciales entre las situaciones familiares por segmentos de ingresos proviene de la comparación de la media de edad de los jefes de hogar. Los jóvenes de los hogares más empobrecidos acceden a la

**Cuadro 1.1.** Población por grupos de edad. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y población en hogares receptores de la AUH. En porcentajes

Edad	Total urbano*	1 <sup>er</sup> cuartil total urbano*	4 <sup>o</sup> cuartil total urbano*	Hogares receptores AUH
0 a 2 años	5,1	5,1	4,4	8,8
3 a 5 años	7,4	9,1	6,3	10,0
6 a 12 años	16,9	19,8	13,7	18,8
13 a 17 años	13,1	14,3	12,7	11,1
18 a 59 años	53,4	48,7	58,0	47,7
60 y más	4,1	3,0	4,9	3,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Sólo se consideraron hogares con presencia de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años.

Fuente: Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU)-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

vida conyugal –y a la paternidad/maternidad– mucho más temprano que los hijos de los sectores de mayores ingresos. Esta situación deviene en una diferencia cercana a los 5 años en la media de edad del jefe de ambos sectores y, en definitiva, habla de realidades opuestas en lo que hace a su capital educativo y su trayectoria laboral.

En los hogares receptores de AUH la media de edad de los jefes es aún menor; se sitúa por debajo de los 40 años (cuadro 1.2).

El resultado de la maternidad precoz y de la escasez de recursos se cristaliza en una mayor cantidad de miembros por hogar, lo que completa el cuadro de situación que revela puntos de partida claramente diferenciados para ambos extremos de la estructura social.

Los hogares receptores de AUH están conformados en promedio por 4,7 personas. Estos valores son superiores a los valores medios poblacionales y se asemejan a la media del primer cuartil de IPCF. Por su parte, representan 25% más que la media del cuarto cuartil. Resulta levemente superior en las localidades más pequeñas (4,9) y menor en el Área Metropolitana (4,5). Como se observa, casi tres cuartas partes de los hogares están conformados por 4 integrantes o más, y se incrementa esta tendencia en las localidades más pequeñas (cuadro 1.3).

En lo que refiere a la cantidad de hijos de los sectores más vulnerables, existe evidencia que demuestra (CEPAL, 2003) que no es el deseo de tener familias numerosas lo que explica este comportamiento, sino la falta de métodos anti-conceptivos o su uso irregular, y se encuentra una correlación entre los años de escolaridad formal obtenidos y el uso de métodos anticonceptivos.

En promedio, casi la mitad de los integrantes de los hogares receptores de AUH son menores de 18 años; es 2,3 la media de niños, niñas o adolescentes por hogar. Como podemos observar en el cuadro 1.3, el 65% de los hogares tiene hasta 2 menores en el hogar. Nuevamente, se destaca una leve sobrerre-

**Cuadro 1.2.** Media de edad de los jefes de hogar. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y población en hogares receptores de la AUH. En años

Edad del jefe	Total urbano*	1 <sup>er</sup> cuartil total urbano*	4 <sup>o</sup> cuartil total urbano*	Hogares receptores AUH
Media edad	43,2	41,2	45,7	39,9

\* Sólo se consideraron hogares con presencia de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años.

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

presentación en los hogares de las localidades más pequeñas donde se aprecia una mayor cantidad en comparación con las áreas más densamente pobladas (cuadro 1.4).

Nacer en un hogar con carencias de ingresos significa depender de adultos con capacidad limitada para hacer frente a las necesidades de niños y niñas, lo que se traduce en menores posibilidades de supervivencia durante los primeros años de vida, mayores probabilidades de sufrir privaciones de alimentación y acceso más restringido o discontinuo a los servicios de salud. En la etapa de asistencia escolar significará una mayor probabilidad de recorrer un camino sinuoso, signado por la repitencia, el retraso y el abandono de los estudios. Predice mayores chances de tener que alternar estudio con trabajo a edades tempranas y un futuro de precariedad laboral. En este contexto, la AUH debe reconocerse como una política pública medular, ya que se trata de una intervención directa del Estado en el origen y centro mismo de la problemática.

La población receptora de AUH alcanza a 3.327.826 niños, niñas y adolescentes que residen en 1.715.599 hogares. La estructura por edad de dicha población permite dar cuenta del mayor peso entre los receptores AUH de quienes transitan los primeros años de vida: casi el 40% son niños y niñas menores de 5 años. En segundo lugar, se posicionan los niños y las niñas en edad escolar primaria, que representan el 38,8% y, por último, los adolescentes en edad de asistir al nivel medio que comprenden al 21,3% (gráfico 1.1).

La distribución poblacional según estrato muestra una concentración de dos terceras partes de los receptores en localidades de más de cien mil habitantes, mientras que el 27% reside en el Área Metropolitana y sólo el 7,4% vive en localidades pequeñas (gráfico 1.2).

La incidencia de la población extranjera es prácticamente marginal, representa el 4,6% de las titulares de AUH y se ubica por debajo del 10% en el Área Metropolitana, lo cual se corresponde con el comportamiento que presenta la población migrante en nuestro país.<sup>1</sup> En el caso de niños, niñas y adolescen-

1. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (CNPV) 2010, la población total nacida en el extranjero representa el 4,5%; esta incidencia es mayor en la CABA (12,3%) y partidos del GBA (7,4%).

**Cuadro 1.3.** Tamaño medio de hogares y cantidad de personas por hogar con menores de 18 años. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y población en hogares receptores de la AUH por estrato poblacional. En personas y en porcentaje

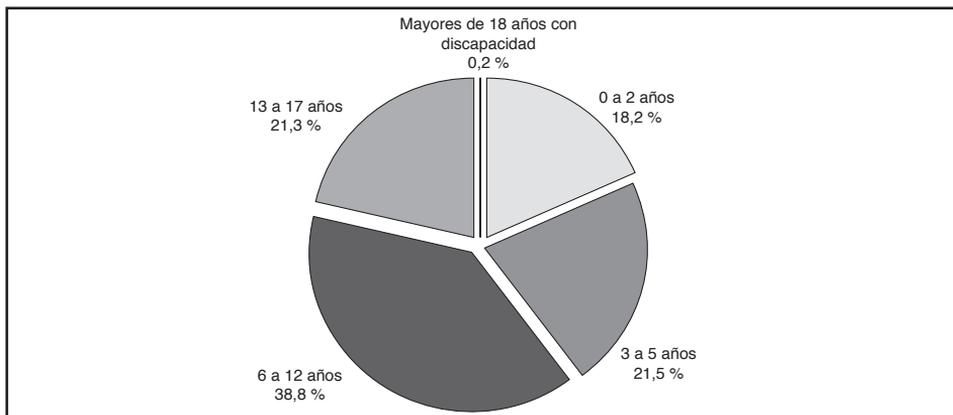
Hogares con menores de 18 años	Total urbano	1 <sup>er</sup> cuartil total urbano	4 <sup>o</sup> cuartil total urbano	Hogares receptores AUH			
				Total	Estrato poblacional		
					Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Tamaño medio del hogar	4,5	4,9	3,8	4,7	4,5	4,7	4,9
Cantidad de personas en el hogar							
2 personas	4,2	3,5	7,2	8,6	7,1	9,7	3,9
3 personas	25,5	18,6	36,2	18,2	21,9	16,6	18,5
4 personas	31,5	27,2	34,2	25,0	30,2	22,9	24,9
5 personas	18,7	20,4	15,1	21,3	20,1	21,6	23,2
6 o más personas	20,1	30,3	7,3	26,9	20,7	29,1	29,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

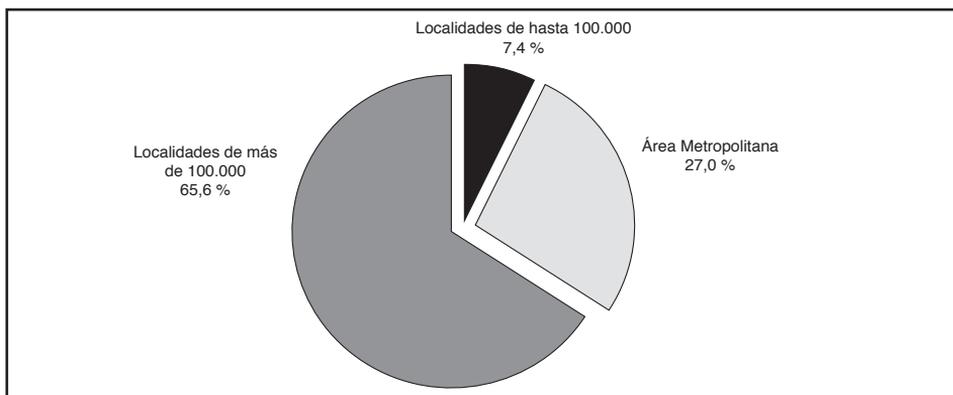
**Cuadro 1.4.** Promedio de niños, niñas y adolescentes por hogar y cantidad de niños por hogar con menores de 18 años. Total urbano, primer cuartil de IPCF y población en hogares receptores de la AUH por estrato poblacional. En personas y en porcentaje

Hogares con menores de 18 años	Total urbano	1 <sup>er</sup> cuartil total urbano	Hogares receptores AUH			
			Total	Estrato poblacional		
				Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Promedio de menores de 18 años	2,0	2,4	2,3	2,3	2,2	2,5
Cantidad de menores de 18 años						
1 menor	42,2	29,1	30,3	30,3	30,8	25,6
2 menores	34,3	32,0	34,1	34,1	33,4	33,6
3 menores	14,2	20,4	21,4	21,4	22,3	21,1
4 menores	5,6	10,5	8,9	8,9	8,5	13,9
5 menores o más	3,6	8,0	5,4	5,4	5,0	5,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Gráfico 1.1.** Población receptora de la AUH según grupos de edad. En porcentaje

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Gráfico 1.2.** Población receptora de la AUH según estrato poblacional. En porcentaje

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

tes receptores de AUH, la incidencia no alcanza el 1% en el total del país y se posiciona en 2% para el Área Metropolitana.

No obstante, el tiempo de residencia pone de manifiesto que se trata de migrantes antiguos, cuya residencia en el país excede los diez años en la mayor parte de los casos (cuadro 1.5).

CEPAL (2010) reconoce como signo de los nuevos tiempos la expansión de los hogares monoparentales con jefatura femenina. El llamado “proceso de segunda transición demográfica” se caracteriza por el paso de la familia nuclear o “moderna” hacia nuevas formas de convivencia o “familias posmodernas” donde

**Cuadro 1.5.** Titulares y receptores de la AUH según lugar de nacimiento y tiempo de residencia en el país por estrato poblacional. En porcentaje

Edades	Titulares AUH			Receptores AUH				
	Total	Estrato poblacional		Total	Estrato poblacional			
		Área Metro-politana	Localidades de más de 100.000 habitantes		Localidades de hasta 100.000 habitantes	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	
Población extranjera	4,6	9,9	2,8	1,7	0,7	2,0	0,2	0,2
Tiempo de residencia								
Menos de 10 años	29,8	36,1	22,2	14,0	79,8*	74,0*	100,0*	100,0*
Más de 10 años	70,2	64,0	77,8	86,0	20,3	26,1	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Presenta un coeficiente de variación superior al 15%.

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

predomina la monoparentalidad, la no cohabitación y las familias ensambladas y extendidas. En los hogares más pobres esto presenta una implicancia negativa, derivada de la conjunción del cambio de las estructuras familiares con el proceso histórico de deterioro de los salarios (que coincide con la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo), proceso que coloca a las jefas mujeres sin compañero en un sitio de extrema vulnerabilidad.

Ciertamente, los hogares más vulnerables son aquellos encabezados por la mujer –con ausencia de su cónyuge y otros adultos en el hogar– por presentar mayores niveles de dependencia económica, ya que la jefa de hogar suele ser el único sostén económico. A ello se suma un menor número de adultos en las tareas domésticas del hogar.

Los receptores de AUH dan cuenta de esta realidad. Como se observa en el cuadro 1.6, la proporción de hogares monoparentales con hijos alcanza valores superiores al total urbano –11 puntos por encima–, y representa el 23,8% del total de hogares receptores de la AUH. Cabe señalar que este dato puede estar sobrestimado por subdeclaración de la presencia del cónyuge.

En tanto, la presencia de hogares extendidos<sup>2</sup> o compuestos<sup>3</sup> adquiere un peso relevante (35,5%) en comparación con la media (cuadro 1.6).

A modo de aproximarnos al capital cultural de los hogares de procedencia de niños, niñas y adolescentes receptores de AUH, podemos observar su clima educativo. Este indicador, que tiene en cuenta el promedio de los años de escolaridad alcanzados por las personas de 20 años y más que viven en el hogar, según CEPAL, puede considerarse un importante predictor de la transmisión intergeneracional de activos que facilitan los logros ocupacionales y de bienestar.

Los hogares receptores presentan un clima educativo medio-bajo: el 77,4% de los hogares no alcanza 12 años de escolaridad, estos porcentajes aumentan en el Área Metropolitana (79,8%) y más aún en las localidades de menos de 100.000 habitantes (83%). En estas últimas, el porcentaje de hogares con clima educativo bajo (hasta seis años de educación) alcanza el 15,5% (cuadro 1.7).

Resulta crucial mejorar los niveles educativos de las nuevas generaciones y así romper con la transmisión intergeneracional de la pobreza.

2. La presencia del núcleo conyugal está acompañada de otros familiares que no pertenecen a la familia primaria determinada por el jefe.

3. En caso de que a la presencia del núcleo conyugal se sume un integrante no familiar, se trata de un hogar compuesto.

**Cuadro 1.6.** Hogares con menores de 18 años según tipo de hogar. Total urbano, primer cuartil de IPCF y hogares receptores de la AUH por estrato poblacional. En porcentaje

Hogares con menores de 18 años	Total urbano	1 <sup>er</sup> cuartil total urbano	Hogares receptores AUH			
			Total	Estrato poblacional		
				Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Nuclear	61,9	55,9	40,7	45,5	39,4	35,0
Nuclear extendido o compuesto	14,9	14,7	19,7	17,2	20,3	24,5
Monoparental con hijos	12,7	15,9	23,8	23,4	24,0	23,0
Monoparental extendido o compuesto	9,1	11,7	15,7	13,9	16,3	17,6
No familiar	1,5	1,7	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: EAHU-INDEC 2013. Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 1.7.** Hogares con menores de 18 años según clima educativo del hogar. Total urbano, primer cuartil de IPCF y hogares receptores de la AUH por estrato poblacional. En años y en porcentaje

Hogares con menores de 18 años	Total urbano	1 <sup>er</sup> cuartil total urbano	Hogares receptores AUH			
			Total	Estrato poblacional		
				Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Clima educativo medio (años)	11,6	10,3	9,4	9,1	9,6	8,8
Tramos de clima educativo del hogar (%)						
Hasta 6 años	7,7	13,1	11,4	10,0	11,5	15,5
De 7 a 11 años	49,6	60,9	66,0	69,8	64,3	67,5
12 años y más	42,7	26,0	22,6	20,2	24,2	17,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* El clima educativo del hogar es la sumatoria de los años de escolaridad de las personas de 20 años y más en el hogar dividida la cantidad de personas de 20 años y más.  
Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 1.2. Características de las titulares<sup>4</sup>

Las titulares receptoras de la AUH se caracterizan por transitar la maternidad en edades más tempranas. El 44% de las mujeres son madres jóvenes –menores de 29 años–, y se intensifica esta tendencia en las localidades más pequeñas (48,9%) (cuadro 1.8).

**Cuadro 1.8.** Titulares de la AUH según grupos de edad por estrato poblacional. En porcentaje

Edades	Titular AUH			
	Total	Estrato poblacional		
		Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Hasta 24 años	22,0	18,6	23,2	23,3
25 a 29	22,0	23,3	21,1	25,6
30 a 34	18,0	16,0	18,8	17,0
35 a 39	15,0	18,0	13,8	15,2
40 a 49	18,5	19,0	18,6	15,3
50 años y más	4,6	5,1	4,5	3,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

En relación con la posición en el hogar, casi el 40% de las titulares se declara jefa de hogar, porcentaje que aumenta al considerar el Área Metropolitana. El 37%, en tanto, son cónyuges y casi el 19% son hijas del jefe, relación de parentesco que corresponde generalmente a las titulares más jóvenes (cuadro 1.9).

El 92% de las titulares vive con todos sus hijos en el hogar, mientras que el 7,7% tiene al menos un hijo que ya no reside con ella, lo cual responde a los propios ciclos de independencia, migración y/o armado familiar, característicos de las poblaciones vulnerables. Los datos por estrato poblacional no muestran grandes diferencias, aunque se puede resaltar que es en las localidades chicas y en el Área Metropolitana donde aumenta el porcentaje de mujeres con hijos fuera del hogar materno (cuadro 1.10).

En línea con los valores observados en el clima educativo, los niveles de instrucción alcanzados por las titulares son bajos. El 67,2% no alcanzó a completar el nivel medio de educación formal (cuadro 1.11).

4. Según la resolución 393/09, “cuando la tenencia del niño, adolescente o persona discapacitada sea compartida por ambos padres, la madre tendrá prelación sobre el padre en la titularidad de la prestación”. La titularidad femenina en la actualidad es cercana al 98%.

**Cuadro 1.9.** Titulares de la AUH según relación de parentesco con el jefe de hogar por estrato poblacional. En porcentaje

Titulares AUH	Total	Localidades		
		Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Jefa	39,3	45,1	37,2	38,0
Cónyuge	37,2	38,6	36,9	34,2
Hija-hijastra	18,7	13,3	20,4	21,5
Otro familiar	4,8	3,0	5,4	6,0
Otro no familiar	-	-	-	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 1.10.** Titulares de la AUH según residencia con sus hijos en el hogar por estrato poblacional. En porcentaje

	Total	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Todos con la madre	92,3	91,3	92,8	91,0
Algunos con la madre	7,7	8,7	7,2	9,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 1.11.** Titulares de la AUH según nivel educativo formal alcanzado por estrato poblacional. En porcentaje

Titulares AUH	Total	Localidades		
		Metropolitana	Más de 100.000 habitantes	Hasta 100.000 habitantes
Sin instrucción formal	0,3	0,4	0,2	0,3
Primaria incompleta	9,0	9,5	8,6	11,2
Primaria completa	21,1	23,5	19,8	24,5
Secundaria incompleta	36,8	35,2	37,7	34,2
Secundaria completa	24,8	25,6	24,8	21,3
Universitaria/terciaria incompleta	5,3	4,5	5,6	6,0
Universitaria/terciaria completa	2,5	1,1	3,1	2,4
Educación especial	0,2	0,2	0,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

A pesar de que se ha constatado empíricamente, en innumerable cantidad de oportunidades, que los niveles educativos alcanzados por la madre suelen estar altamente correlacionados con el desempeño escolar de sus hijos, se observa cómo la AUH contribuye a romper este patrón. Al establecer la corresponsabilidad de la asistencia escolar, contribuye a instalar la importancia de la educación y aumenta su valoración por parte de las titulares. En efecto, entre ellas, el lugar que ocupa la educación como valor para garantizar un futuro mejor para sus hijos es trascendental. Las declaraciones en los grupos focales así lo ponen de manifiesto:

*No quiero que trabajen, quiero que estudien. Que trabajen en una oficina, no quiero que vayan a limpiar nada. Mientras yo esté, no. Mi hija quiere ser abogada, la otra quiere ser boxeadora.*

*Mis hijos van a la secundaria porque quieren estudiar una carrera.*

*Yo trabajo limpiando casas, mi marido trabaja en negro. Yo le enseñé siempre a hacer otra cosa. El padre tiene que agachar la cabeza en su trabajo porque no lo quieren anotar pero tiene miedo que lo echen.*

*Vos no tenés que hacer lo mismo. Vos tenés que luchar por tus derechos.*

*“Yo voy a terminar quinto año y a estar sentado en un escritorio.” O sea que va a llegar a lo más. Y mi hija de 17 también. Tiene una mentalidad de 20. Cuando me voy a trabajar me cuida a mi hijo. Yo le digo: “No quiero que termines limpiando el piso de los demás. Quiero que tengas un título”. Yo no lo tuve y su padre tampoco.*

*Mi hijo dice que no quiere la vida que tengo yo, porque es muy sacrificada. No le gusta. Él quiere un título.*

*Siempre va a haber gente así. Arrastran hace años la misma crianza que le han dado a ellos. La única forma de cambiar eso es con educación. Y los hijos de ellos por lo menos van a la escuela. Ahí van a cambiar las cosas en el futuro. Antes no iban a la escuela, tenían hambre y debilidad.*

*Mejora el nivel cultural del niño, de la siguiente generación.*

*Yo terminé la primaria de grande. Mi hijo me dice: “Tengo que estudiar química hoy”. La puta madre, yo no sé lo que es química. Él me dice: “Es esto, esto, esto”. Yo aunque sea le digo: “Vos podés lograrlo”. Me trajo una libreta espectacular.*

*Yo a mis hijos siempre les exigí que estudien. Cuando les va mal... yo siempre les digo que en mi vida yo no tuve estudios y que quiero cosas mejores para ellos, que tengan trabajo. Me cuesta con uno que tuvo una enfermedad y por ahí no quería ir a la escuela y lo dejábamos descansar. El otro chico quería dejar la escuela para trabajar. Yo le decía que no.*

*Eso quiero para él. Que sea alguien. No te digo un abogado pero que tenga un título, un trabajo seguro, un sueldo seguro.*

Las titulares más jóvenes, en cambio, no sólo aprecian las mejoras educativas para sus hijos, sino también para ellas. Muchas de las entrevistadas están asistiendo al secundario (cuadro 1.12).

**Cuadro 1.12.** Tasa de asistencia a instituciones educativas de titulares y jóvenes titulares de la AUH por estrato poblacional. En porcentaje

Tasas de asistencia	Total	Localidades		
		Metropolitana	Más de 100.000 habitantes	Hasta 100.000 habitantes
Total titulares	8,3	12,3	6,9	6,9
Titulares jóvenes (hasta 24 años)	12,0	17,3	10,3	12,7

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Asimismo, consideran la necesidad de seguir estudiando, sea para terminar el secundario o en el nivel terciario:

*Lo que hace falta es un trabajo que se pague bien, que una esté en blanco. Por eso está bueno lo de la educación. Un secundario completo no alcanza para un trabajo en blanco. Tenés que tener terciario o algo así. Por eso quiero terminar.*

*Yo exijo que pongan guarderías en los colegios.*

*Yo no tuve oportunidad para seguir. Tuve que salir a trabajar embarazada. Yo quería estudiar.*

*Yo iba con mi hijo al colegio. Porque mi profesora era una masa. Terminé gracias a ella.*

*Ahora hay posibilidades. Las chicas jóvenes van a la noche con los bebés.*

*Yo espero ser abogada, mi hijo contador y la otra estudiando veterinaria.*

*Con estudios, me encantaría terminar los estudios. Con un estudio te cambia la vida a vos también.*

*Yo siempre quise ser veterinaria. Ahora me falta un año para terminar la secundaria. Si alguien me da la ayuda que necesito para la criatura, voy a seguir estudiando. Este año termino, mi bebé nace en enero. Con hija y todo.*

*Algunas dicen: "Ya con una hija dejo todo". Yo no. Y mi novio me dice eso: "No quiero que dejes".*



## 2. Características del hábitat y de la vivienda

Las características del hábitat y de la vivienda en las que residen los hogares ejercen una fuerte influencia sobre sus condiciones de vida. La salubridad del entorno, el acceso a los servicios básicos, los materiales y el equipamiento del hogar hacen a la calidad de vida de las personas y pueden convertirse en factores que favorezca u obstaculicen su desarrollo.

Las necesidades habitacionales constituyen un aspecto imprescindible para entender el hábitat como un derecho. Un hábitat digno es un elemento clave para garantizar la supervivencia de los seres humanos en condiciones de vida segura, independiente y autónoma. (Giraldo *et al.*, 2006)

Se analizan en este capítulo las condiciones del hábitat y de la vivienda de los hogares receptores de AUH como información de contexto que permita caracterizar la situación en que viven. Hay que tener en cuenta que no se esperan impactos en estas dimensiones, ya que exceden ampliamente los objetivos y las posibilidades de la AUH.

A continuación, se presentan datos desagregados por lugar de residencia, según se trata del Área Metropolitana (CABA y partidos del GBA), localidades de más de 100.000 habitantes o localidades de hasta 100.000 habitantes.

### 2.1. Hábitat

El hábitat comprende las condiciones del entorno en el que las personas desarrollan su vida.

Podemos presentar al hábitat como un conjunto complejo de articulaciones entre los atributos y dimensiones que tienen lugar en los territorios. Los atributos son: suelo, servicios públicos, vivienda, equipamiento urbano, transporte, espacio público físico y patrimonio arquitectónico. Por su parte, las dimensiones se encuentran constituidas por: política, económica, social, ambiental y estético-cultural. (Giraldo *et al.*, 2006)

En este punto se abordará información referida a estas dimensiones para los hogares que reciben la AUH en todo el país.

En lo que concierne a los servicios municipales con los que cuentan los hogares, se observa que la gran mayoría tiene alumbrado público y recolección de basura en su barrio (94,9% y 95,8%, respectivamente), sin advertirse grandes diferencias según lugar de residencia (cuadros 2.1 y 2.2).

**Cuadro 2.1.** Hogares receptores de la AUH según servicio municipal de alumbrado público por estrato poblacional. En porcentaje

Alumbrado público	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	94,5	94,8	96,8	94,9
No	5,5	5,2	3,2	5,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 2.2.** Hogares receptores de la AUH según servicio municipal de recolección de basura por estrato poblacional. En porcentaje

Recolección de basura	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	94,2	96,3	96,8	95,8
No	5,8	3,7	3,2	4,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Los datos sobre factores que afectan la salubridad del hábitat incluyen la presencia de fábricas contaminantes, basurales, zonas inundables, quema de basura y cursos de agua contaminados en el área de residencia.

Jordán y Martínez (2009) agrupan estas condiciones dentro del concepto de “informalidad urbana”, la cual comprende las “ocupaciones de tierras que no poseen las condiciones urbano-ambientales adecuadas para un uso residencial [...] Se trata de sectores inundables por cursos de agua; terrenos contaminados por la cercanía de basurales o sitios de evacuación de desechos; lotes que no poseen infraestructura y/o que son difíciles o costosos de urbanizar o que poseen mala accesibilidad al transporte público, centros de empleo, servicios urbanos”.

De acuerdo con la información recolectada, el 54% de los hogares vive en áreas con algún problema ambiental, de los cuales el 14,5% declara vivir en una zona con dos problemas y el 15,4%, con tres o más problemas ambientales (cuadro 2.3).

Si observamos los datos en forma desagregada, se aprecia que el principal

**Cuadro 2.3.** Hogares receptores de la AUH según problemas de hábitat por estrato poblacional. En porcentaje

Problemas del hábitat	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sin problemas	40,0	47,0	58,4	46,0
Con 1 problema	23,2	24,5	24,0	24,1
Con 2 problemas	17,7	13,7	10,4	14,5
Con 3 o más problemas	19,1	14,7	7,2	15,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

problema lo constituyen las zonas inundables: el 35,7% de los hogares reside en áreas con esta problemática (cuadro 2.4.a).

Esta situación se agrava si tenemos en cuenta que el “régimen de precipitaciones se ha alterado en la región, con un aumento de las lluvias en algunas zonas” (ONU-Hábitat, 2012). La población vulnerable está más expuesta a este fenómeno y, en general, a los riesgos del ambiente.

La vulnerabilidad aumenta cuando se combinan varios de esos factores, entre los que se cuentan la ubicación de las viviendas, la mala gestión de cuencas hidrográficas o la naturaleza del suelo. (ONU-Hábitat, 2012)

La presencia de basurales y la quema de basura en la zona de residencia encarnan un problema para casi una quinta parte de los hogares receptores; afectan al 23,7% y al 22,2%, respectivamente (cuadros 2.4.b y 2.4.c). Es preciso tener en cuenta que la “gestión de los residuos sólidos es uno de los temas más importantes que enfrentan las áreas urbanas por sus efectos adversos para la calidad de vida, la salud humana, los recursos naturales y las actividades económicas” (ONU-Hábitat, 2012).

En tanto, el 14% de los hogares tiene fábricas contaminantes cercanas a su vivienda y el 10,9% identifica cursos de agua contaminados en el área de residencia (cuadros 2.4.d y 2.4.e). Este último problema se debe principalmente al “vertimiento de aguas residuales, que [...] reciben poco tratamiento. Muchos de los ríos urbanos se han convertido en alcantarillado a cielo abierto” (ONU-Hábitat, 2012).

La distancia de la vivienda con efectores públicos de salud y educación puede condicionar el acceso de la población a estos servicios.

Analizando la cercanía o lejanía de estos establecimientos con respecto a la vivienda de los hogares receptores, encontramos que la gran mayoría cuenta con una escuela primaria, una escuela secundaria y un centro o dispensario de salud a menos de 1 kilómetro de su vivienda (90,7%, 74% y 73,1%, respectivamente).

**Cuadro 2.4.** Hogares receptores de la AUH según tipo de problema del hábitat por estrato poblacional. En porcentaje

**Cuadro 2.4.a.** Hogares receptores de la AUH según ubicación de la vivienda en zona inundable por estrato poblacional. En porcentaje

Zona inundable	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	41,1	34,8	23,4	35,7
No	58,9	65,2	76,6	64,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

**Cuadro 2.4.b.** Hogares receptores de la AUH según ubicación de la vivienda en zona de basurales por estrato poblacional. En porcentaje

Basurales	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	23,4	24,9	12,9	23,7
No	76,6	75,1	87,1	76,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

**Cuadro 2.4.c.** Hogares receptores de la AUH según ubicación de la vivienda en zona de quema de basura por estrato poblacional. En porcentaje

Quema de basura	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	25,4	21,9	12,9	22,2
No	74,6	78,1	87,1	77,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

**Cuadro 2.4.d.** Hogares receptores de la AUH según ubicación de la vivienda en zona de fábricas contaminantes por estrato poblacional. En porcentaje

Fábricas contaminantes	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	16,6	13,3	11,3	14,0
No	83,4	86,7	88,7	86,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

**Cuadro 2.4.e.** Hogares receptores de la AUH según ubicación de la vivienda en zona de cursos de agua contaminados por estrato poblacional. En porcentaje

Cursos de agua contaminados	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	18,9	8,2	5,6	10,9
No	81,1	91,8	94,4	89,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Además, alrededor del 20% de los hogares tiene una escuela secundaria y un centro de salud a una distancia de 10 a 20 cuadras de su vivienda.

Hay una mayor distancia desde las viviendas hasta el hospital público más cercano, como es de esperar. El 17,4% cuenta con un hospital dentro de un radio de 10 cuadras de su vivienda, mientras que la mitad de los hogares destinatarios debe trasladarse entre 1 y 3 kilómetros para acceder a este tipo de efectores. El 26,9% de los hogares receptores, en tanto, se encuentra a una distancia de 3 a 10 kilómetros de este servicio. Finalmente, el 6,1% tiene un hospital público a más de 10 kilómetros de su vivienda.

Los resultados dan cuenta de la amplia cobertura geográfica que tienen los servicios de salud y educación en el país (cuadro 2.5.d).

**Cuadro 2.5.** Hogares receptores de la AUH según distancia de la vivienda a establecimientos de salud y educación. En porcentaje

**Cuadro 2.5.a.** Distancia del hogar a una escuela primaria por estrato poblacional. En porcentaje

Distancia escuela primaria	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Menos de 1 km	87,2	92,4	87,9	90,7
De 1 km y hasta 2 km	10,9	6,4	10,5	7,9
Más de 2 km y hasta 3 km	1,3	1,0	-	1,0
Más de 3 km	0,6	0,2	0,8	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

**Cuadro 2.5.b.** Distancia del hogar a una escuela secundaria por estrato poblacional. En porcentaje

Distancia escuela secundaria	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Menos de 1 km	73,4	75,3	63,7	74,0
De 1 km y hasta 2 km	20,2	19,9	28,2	20,6
Más de 2 km y hasta 3 km	4,3	3,8	6,5	4,1
Más de 3 km	2,1	1,1	2,4	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

**Cuadro 2.5.c.** Distancia del hogar a un centro de salud/dispensario por estrato poblacional. En porcentaje

Distancia salita/dispensario	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Menos de 1 km	61,6	78,3	67,7	73,1
De 1 km y hasta 2 km	25,4	14,6	19,4	17,8
Más de 2 km y hasta 3 km	7,9	4,2	5,6	5,3
Más de 3 km	5,1	3,0	7,3	3,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

**Cuadro 2.5.d.** Distancia del hogar a un hospital público por estrato poblacional. En porcentaje

Distancia hospital público	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Menos de 1 km	11,3	18,5	30,6	17,4
De 1 km y hasta 2 km	19,1	27,9	24,2	25,3
Más de 2 km y hasta 3 km	24,5	23,8	29,0	24,3
Más de 3 km y hasta 5 km	23,4	16,3	9,7	17,7
Más de 5 km y hasta 10 km	12,3	8,4	4,0	9,2
Más de 10 km	9,4	5,1	2,4	6,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 2.2. Vivienda

Una vivienda digna implica “disponer de un lugar con privacidad, espacio suficiente, accesibilidad física, seguridad adecuada, seguridad de tenencia, estabilidad y durabilidad estructurales, iluminación, calefacción y ventilación dignas, una infraestructura básica que incluya abastecimientos de agua, saneamiento y eliminación de desechos, factores apropiados de calidad de medio ambiente y de salud, y un emplazamiento adecuado y con acceso a fuentes de trabajo y a los servicios básicos, todo ello a un costo razonable” (Giraldo *et al.*, 2006).

Iniciando el análisis según el tipo de vivienda, se observa que la mayor parte de los hogares destinatarios reside en casas (84,2%), mientras que sólo el 8,7% habita un departamento. El 6,7% de los hogares reside en un tipo de vivienda inadecuada, categoría que agrupa: piezas en inquilinato, conventillo, hotel o pensión, casilla o rancho, y construcción no destinada a vivienda (cuadro 2.6).<sup>1</sup>

Las formas que asume la relación de tenencia de la vivienda “ofrecen niveles

1. La vivienda en piezas de inquilinatos, conventillos, hoteles y pensiones es un fenómeno de

**Cuadro 2.6.** Hogares receptores de la AUH según tipo de vivienda por estrato poblacional. En porcentaje

Tipo de vivienda	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Casa	89,5	81,8	87,1	84,2
Departamento	4,9	10,7	3,2	8,7
Pieza en inquilinato/ conventillo	1,9	2,2	3,2	2,2
Casilla/rancho	3,0	4,6	6,5	4,3
Construcción no destinada a vivienda	0,2	-	-	0,1
Pieza en hotel o pensión	-	0,1	-	0,1
Otro	0,4	0,5	-	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 2.7.** Hogares receptores de la AUH según relación de tenencia por estrato poblacional. En porcentaje

Relación de tenencia de la vivienda	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Propietario de la vivienda y el terreno	40,4	45,4	49,6	44,4
Propietario sólo de la vivienda	14,0	7,2	4,1	8,8
Inquilino	10,9	10,4	6,5	10,3
Ocupante por préstamos de un familiar	27,9	27,1	30,1	27,5
Ocupante por préstamos de un no familiar	4,0	4,9	5,7	4,7
Ocupante de hecho	1,9	2,0	3,3	2,1
Ocupante por relación de dependencia	-	0,3	-	0,2
En situación de desalojo (oficial)	-	0,4	-	0,3
Otra	0,9	2,2	0,8	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

diferenciados de seguridad de permanencia a sus habitantes” (Jordán y Martínez, 2009). Entre los hogares receptores se observa que el 44,4% es propietario de la vivienda y el terreno, y el 27,5% es ocupante de la vivienda por préstamo

grandes urbes y se relaciona también con políticas de financiamiento desde los gobiernos locales para paliar el déficit de vivienda.

o cesión gratuita de un familiar. La preeminencia de estas formas de dominio coincide con los datos de las ciudades latinoamericanas, que muestran que “la vivienda en propiedad es la principal forma jurídica de tenencia en la región, independientemente del tamaño de la ciudad” (ONU-Hábitat, 2012).

La relación de tenencia irregular es muy baja, alcanza al 2,4% de los hogares receptores, si consideramos a los ocupantes de hecho y a quienes están en situación de desalojo (cuadro 2.7).

Los hogares que alquilan la vivienda en la que residen (10,3%) pagan en promedio 1.356 pesos de alquiler mensual.<sup>2</sup> El monto promedio de alquiler es superior en el Área Metropolitana y disminuye con el tamaño de la localidad (cuadro 2.8).

**Cuadro 2.8.** Gasto promedio mensual en alquiler de hogares receptores de la AUH inquilinos por estrato poblacional. En pesos corrientes

Tipo de vivienda	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Promedio (\$)	1.518	1.312	986	1.356

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La condición de hacinamiento es un indicador que calcula la relación entre la cantidad de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones (incluyendo todos los ambientes de la vivienda menos baño, cocina, garaje y pasillos) y permite tener un panorama de las condiciones de vida de ese hogar.

El hacinamiento moderado incluye a aquellos hogares con más de 2 y hasta 3 personas por habitación y el hacinamiento crítico, a los hogares con más de 3 personas por habitación.

Un cuarto de los hogares receptores vive en condición de hacinamiento moderado, circunstancia que no presenta diferencias significativas por lugar de residencia. El 18% de los hogares se encuentra con hacinamiento crítico en la vivienda. Esta situación es levemente superior en las localidades de hasta 100.000 habitantes (20%) (cuadro 2.9).

Los materiales con los que está construida la vivienda permiten identificar aquellas que cumplen con el objetivo de protección de los miembros del hogar de las condiciones climáticas exteriores (calor, frío, lluvia, viento, etc.) y que les brindan un refugio saludable.

Para que una vivienda cumpla con un nivel mínimo de habitabilidad debe ofrecer a las personas protección contra diversos factores ambien-

2. Valores de diciembre de 2013.

**Cuadro 2.9.** Hogares receptores de la AUH según condición de hacinamiento por estrato poblacional. En porcentaje

Condición de hacinamiento	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sin hacinamiento	57,6	56,4	54,2	56,5
Hacinamiento moderado	24,1	26,0	25,8	25,5
Hacinamiento crítico	18,3	17,6	20,0	18,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

tales, como aislamiento del medio natural, privacidad y comodidad para llevar a cabo ciertas actividades biológicas y sociales –aislamiento del medio social– y no generar sentimientos de privación relativa en sus habitantes. (Jordán y Martínez, 2009)

En las viviendas de los hogares receptores predomina el piso de mosaico o baldosas (58,7%) y en segundo lugar, el de cemento o ladrillos fijos (38,5%). Una pequeña porción de estos hogares (2,5%) tiene un piso no adecuado (ladrillos sueltos o tierra), situación que se agrava en las localidades más chicas (5,8%) (cuadro 2.10).

**Cuadro 2.10.** Hogares receptores de la AUH según material principal de los pisos de la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje

Material principal de los pisos	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Mosaico, baldosa, madera o cerámica	53,8	61,2	53,7	58,7
Cemento o ladrillos fijos	44,2	36,0	40,5	38,5
Ladrillos sueltos o tierra	1,7	2,4	5,8	2,5
Otro	0,2	0,3	-	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

En cuanto a la cubierta exterior del techo (cuadro 2.11), los materiales varían entre:

- Chapa de metal sin cubierta (38,9%), con mayor peso en el Área Metropolitana y en las localidades de hasta 100.000 habitantes.

**Cuadro 2.11.** Hogares receptores de la AUH según materiales de la cubierta exterior del techo de la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje

Cubierta exterior del techo	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Chapa de metal sin cubierta	41,5	36,6	50,4	38,9
Baldosa o losa sin cubierta	30,2	26,6	15,7	26,8
Membrana o cubierta plástica	18,0	25,4	20,7	23,1
Pizarra o teja	4,3	3,6	2,5	3,7
Edificio de departamentos	0,7	1,0	-	0,8
Otra*	5,2	6,9	10,7	6,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Chapa de fibrocemento o plástico, chapa de cartón, cañas, tablas o paja con o sin barro.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

- Baldosa o losa sin cubierta (26,8%), principalmente en el Área Metropolitana y en las localidades de más de 100.000 habitantes.
- Membrana o cubierta plástica (23,1%), en mayor medida en las localidades más grandes.
- El resto de los casos (6,7%) agrupa materiales menos resistentes y con menor capacidad de protección del medio natural, como chapa de fibrocemento o plástico, chapa de cartón, cañas, tablas o paja con o sin barro. Este tipo de materiales tienen una presencia mayor en las viviendas de las localidades más chicas.
- Un pequeño porcentaje de hogares reside en viviendas con techo de teja o pizarra o en edificios de departamentos (4,5%).

En cuanto al acceso a servicios básicos (agua de red, eliminación de excretas y redes de electricidad y gas), se observa que casi 3 de cada 4 hogares que reciben la Asignación carecen al menos de uno de estos servicios. Esta situación se agrava para el Área Metropolitana y tiende a ser algo menor para el resto de las localidades (cuadro 2.12).

Los datos arrojan una situación muy variable de acuerdo con el servicio considerado. En el caso del agua corriente y la red eléctrica, la amplia mayoría de los hogares receptores cuenta con estos servicios (90,9% y 97,8%) (cuadros 2.13 y 2.14).<sup>3</sup>

Sin embargo, el acceso a la red pública de agua presenta disparidades

3. El acceso al agua potable se define como “abastecimiento permanente de agua de buena calidad en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades de alimentación e higiene” (Jordán y Martínez, 2009).

**Cuadro 2.12.** Hogares receptores de la AUH según acceso a servicios básicos por estrato poblacional. En porcentaje

Acceso a servicios básicos	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Acceso a todos los servicios	22,0	29,2	26,6	27,1
Sin acceso a 1 servicio	28,8	35,8	33,1	33,7
Sin acceso a 2 o más servicios	49,3	35,0	40,3	39,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 2.13.** Hogares receptores de la AUH según acceso al servicio de agua corriente en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje

Agua corriente	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	74,0	98,2	85,5	90,9
No	26,0	1,9	14,5	9,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 2.14.** Hogares receptores de la AUH según acceso a servicio de red eléctrica en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje

Red eléctrica	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	98,6	97,6	97,6	97,8
No	1,4	2,5	2,4	2,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

según la zona de residencia: en las localidades de hasta 100.000 habitantes, el 14,5% de los hogares no posee este servicio y en el Área Metropolitana esta proporción se eleva al 26%.

En el caso del servicio de electricidad, existe una amplia penetración de la red eléctrica en las ciudades latinoamericanas, aunque “en muchos países

**Cuadro 2.15.** Hogares receptores de la AUH según acceso a servicio de red de cloacas en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje

Red de cloacas	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	39,1	60,2	58,9	54,5
No	60,9	39,9	41,1	45,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 2.16.** Hogares receptores de la AUH según tenencia de inodoro en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje

Tenencia de inodoro	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Inodoro o retrete con descarga de agua a red cloacal	43,6	73,1	63,4	64,6
Inodoro o retrete con descarga de agua a pozo ciego	47,4	22,3	29,3	29,5
Inodoro o retrete sin descarga de agua (letrina)	9,0	4,6	7,3	6,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 2.17.** Hogares receptores de la AUH según tenencia de baño de uso exclusivo en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje

Baño de uso exclusivo	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	93,8	89,8	90,1	90,9
No	6,3	10,2	9,9	9,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

una proporción significativa de los hogares accede al servicio eléctrico en condiciones de precariedad, con conexiones ilegales a la red pública” (Jordán y Martínez, 2009).

El acceso a servicios de saneamiento (cloacas), en cambio, es significativamente menor: el 54,5% de los hogares receptores cuenta con este servicio (cuadro 2.15).

La infraestructura de tratamiento de residuos de los hogares, en tanto, presenta diversos niveles de déficit: el 29,5% de los hogares posee inodoro o retrete con descarga de agua a pozo ciego o cámara séptica; mientras que el 6% de los hogares cuenta con inodoro o retrete sin descarga de agua (letrina) o directamente no tiene instalación sanitaria en la vivienda. Esta situación es más crítica en el Área Metropolitana. Además, el 9,1% de los hogares receptores comparte el baño con otro hogar (cuadros 2.16 y 2.17).

Es importante tener en cuenta que “la ausencia de instalaciones básicas de saneamiento crea las condiciones propicias para la propagación de enfermedades diarreicas e infecciosas, entre cuyas consecuencias están la alta morbilidad y mortalidad” (ONU-Hábitat, 2012).

La falta de acceso a la red de gas (sólo el 37,1% de los hogares posee este servicio), en tanto, presenta un fuerte impacto en la economía del hogar, ya que se debe recurrir a otro tipo de combustible que sirva, principalmente, para cocinar los alimentos que se consumen en el hogar. Poco más de una tercera parte de los hogares receptores utiliza el gas de red para cocinar. La mayoría declara cocinar con gas de garrafa (60,4%), proporción que aumenta en las localidades con hasta 100.000 habitantes (68,5%). Finalmente, el 2,5% cocina con gas de tubo u otros combustibles (cuadros 2.18 y 2.19).

### **2.3. Privación habitacional**

En este apartado se presenta un indicador sintético, que incluye varias de las dimensiones vistas, para analizar las condiciones del hábitat y de la vivienda donde residen los hogares receptores.

Se utilizará el concepto de tugurio, según la definición que formula ONU-Hábitat, la cual contempla la carencia de una o más de las siguientes condiciones:

- Indicador 1: Una vivienda durable de naturaleza permanente que proteja contra condiciones climáticas adversas.
- Indicador 2: Un espacio vital suficiente, lo que significa que no más de tres personas comparten una habitación.
- Indicador 3: Acceso fácil al agua potable en cantidad suficiente y a un precio razonable.
- Indicador 4: Acceso a saneamiento adecuado (letrina privada o pública compartida con una cantidad razonable de personas).
- Indicador 5: Tenencia segura para evitar los desalojos forzados.

**Cuadro 2.18.** Hogares receptores de la AUH según acceso a servicio de red de gas en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje

Gas natural	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	43,7	35,2	29,8	37,1
No	56,3	64,8	70,2	62,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 2.19.** Hogares receptores de la AUH según combustible empleado para cocinar por estrato poblacional. En porcentaje

Combustible para cocinar	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Gas de red	43,7	35,2	29,8	37,1
Gas de tubo	1,5	2,6	0,8	2,2
Gas de garrafa	54,6	61,9	68,5	60,4
Kerosene/alcohol/ electricidad/leña/carbón	0,2	0,3	0,9	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Se elaboró, asimismo, un indicador resumen para estimar el “grado de intensidad de las privaciones habitacionales en los tugurios” con tres categorías (ONU-Hábitat-CAF, 2014):

- Privación habitacional moderada: hogares con una deficiencia habitacional.
- Privación habitacional severa: hogares con dos deficiencias.
- Privación habitacional extrema: hogares con tres o más deficiencias.

Los resultados muestran que casi un cuarto de los hogares que reciben la AUH no posee privaciones habitacionales. El 39,6% de estos hogares sufre una privación habitacional moderada, con algunas diferencias según la zona de residencia (esta categoría aumenta en las localidades de más de 100.000 habitantes y disminuye en el Área Metropolitana). Tres de cada diez hogares padece de privación severa, es decir que reúne dos indicadores de déficit habitacional. Finalmente, la privación habitacional extrema (tres o más indicadores de privación habitacional) comprende al 6,6% de los hogares receptores, y se agrava notoriamente entre los hogares que residen en el Área Metropolitana (16,4%) (cuadro 2.20).

**Cuadro 2.20.** Hogares receptores de la AUH según nivel de privación habitacional por estrato poblacional. En porcentaje

Grado de intensidad de la privación habitacional	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sin privación habitacional	21,1	24,1	31,2	23,8
Privación habitacional moderada	33,8	42,3	36,0	39,6
Privación habitacional severa	28,7	31,5	20,8	30,0
Privación habitacional extrema	16,4	2,1	12,0	6,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: para calcular el grado de intensidad se consideraron los siguientes indicadores de privación habitacional:

1. Vivienda en villa o asentamiento; Pieza en inquilinato, conventillo hotel o pensión; Casilla o rancho; Construcción no destinada a vivienda; Pisos interiores de ladrillos sueltos o tierra; Cubierta del techo de chapa de fibrocemento o plástica, chapa de cartón, caña, tablas o paja con o sin barro; Techo sin cielorraso.

2. Hacinamiento crítico (más de 3 personas por cuarto).

3. Vivienda sin acceso a agua de red.

4. Vivienda sin acceso a red de cloacas; Vivienda con inodoro o retrete sin descarga de agua (letrina) o sin inodoro o retrete.

5. Ocupante de hecho de la vivienda; En situación de desalojo oficial.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Cabe señalar que las condiciones habitacionales presentan serias deficiencias para casi 4 de cada 10 de los hogares receptores de AUH. Una política integral debería incorporar esta problemática articulando la AUH con los planes de vivienda.

## 2.4. Equipamiento del hogar

En la encuesta se indagó acerca de los bienes y servicios con los que estaba equipado el hogar y el año de su adquisición.

Como se puede observar en el cuadro 2.21, más de 9 de cada 10 hogares poseen cocina con horno y más de 8 de cada 10 cuentan con lavarropas, lo cual es fundamental para aliviar el trabajo doméstico. Más de tres cuartas partes, en tanto, tienen una heladera con freezer o un freezer independiente que permite planificar las compras del hogar.

Cuando se consideran electrodomésticos, artículos de electrónica y bienes o servicios de menor necesidad, los porcentajes tienden a bajar, como es esperable. Los hogares receptores con equipamiento y servicios vinculados al acceso a la información se ubican entre el 30% y el 45%: los que poseen reproductor de DVD y computadora superan el 40% y aquellos con acceso a internet, TV plasma/LCD rondan el 30%.

**Cuadro 2.21.** Hogares receptores de la AUH según equipamiento por estrato poblacional. En porcentaje

Equipamiento	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Cocina con horno	89,2	91,0	87,6	91,9
Lavarropas	75,0	81,5	79,5	81,0
Heladera con freezer o freezer independiente	78,0	75,5	76,6	77,6
Reproductor de DVD	53,2	42,8	42,4	46,3
Computadora	39,7	42,6	34,4	42,0
Acceso a internet	31,6	29,4	20,3	29,8
TV plasma/LCD	26,8	28,7	30,5	28,8
Auto o moto de uso particular	11,3	32,4	43,7	28,1
Decodificador de TV digital	17,3	10,9	9,1	12,7
Receptor de televisión digital abierta (TDA)	11,2	9,9	5,9	10,2
Home theater	2,1	2,2	3,0	2,3

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 2.22.** Hogares receptores de la AUH según año de adquisición de los bienes por estrato poblacional. En porcentaje

Año de adquisición del equipamiento	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Antes de 2009	48,1	49,7	46,8	49,1
De 2009 en adelante	51,9	50,3	53,2	50,9

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

En cuanto a bienes para movilidad, el 28% de los hogares declaró contar con auto o moto.

Con excepción de la tenencia de auto o moto, que es superior en las localidades de hasta 100.000 habitantes (donde aumenta el uso de motos) y en las localidades de más de 100.000 habitantes, y del menor acceso a internet en las localidades más chicas, no se observan grandes diferencias en la posesión de equipamiento según lugar de residencia (cuadro 2.21).

El año en que los hogares adquirieron estos equipamientos puede orientar acerca de los cambios que experimentó su situación económica en los últimos años. Como se puede observar, algo más de la mitad de los equipamientos con

**Cuadro 2.23.** Hogares receptores de la AUH según tenencia de bienes y servicios por estrato poblacional. En porcentaje

Bienes y servicios del hogar	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Colchones para todos los miembros	92,1	89,2	85,6	89,7
Libros infantiles	70,2	58,7	56,5	61,6
Bicicletas/patines	58,1	60,6	67,9	60,5
Televisión por cable o antena	43,0	55,0	65,5	52,6
Calefacción por instalación fija	51,6	35,3	30,4	39,3
Microondas	22,8	19,5	18,5	20,3
Biblioteca familiar	26,5	16,8	16,7	19,4
Aire acondicionado	9,0	22,8	21,4	19,0
Consola de juegos	14,2	11,2	10,0	11,9

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

los que cuentan los hogares receptores fue adquirida entre 2009 y 2013, a partir de la aparición de la AUH (cuadro 2.22).

Hay otros bienes y servicios que se asocian al confort y al disfrute de los miembros del hogar. La no tenencia de colchones para todos los miembros del hogar es un indicador que distingue situaciones de equipamiento inadecuado.

Entre los hogares perceptores, el 89,7% cuenta con colchones para todos los miembros del hogar. Seis de cada diez hogares poseen libros infantiles y bicicletas o patines, lo cual se asocia con el esparcimiento de los niños y las niñas del hogar. Más de la mitad de los hogares receptores cuenta con conexión a TV por cable o antena.

Hay que destacar que servicios y bienes como calefacción por instalación fija y aire acondicionado, que hacen al confort del hogar, no están muy extendidos entre los hogares receptores (alcanzan al 39,3% y 19%, respectivamente) (cuadro 2.23).

Por último, en cuanto al equipamiento del hogar para las telecomunicaciones, se advierte que es notablemente superior la tenencia de telefonía móvil en comparación con la telefonía fija (cuadros 2.24-2.26):

- Cuatro de cada diez hogares cuentan con teléfono de línea (proporción que baja marcadamente en las localidades de hasta 100.000 habitantes).
- Más de 9 de cada 10 hogares poseen teléfono celular. Cada hogar tiene, en promedio, dos equipos de telefonía celular.

**Cuadro 2.24.** Hogares receptores de la AUH según acceso a servicio de telefonía fija por estrato poblacional. En porcentaje

Teléfono fijo	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	46,6	40,2	20,2	40,5
No	53,4	59,8	79,8	59,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 2.25.** Hogares receptores de la AUH según acceso a servicio de telefonía móvil por estrato poblacional. En porcentaje

Teléfono celular	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	90,4	95,0	93,5	93,7
No	9,6	5,0	6,5	6,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 2.26.** Promedio de equipos de telefonía móvil en el hogar por estrato poblacional. En número de equipos

Teléfono celular	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Cantidad promedio	2,1	2,3	2,2	2,2

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

### **3. El impacto de la AUH en los ingresos<sup>1</sup>**

Una de las dimensiones clave de análisis de esta evaluación es la contribución de la AUH al ingreso familiar. Se pretende identificar la situación de ingresos de los hogares receptores y el impacto que se produjo en ésta a partir del cobro de la prestación.

#### **3.1. Ingresos de los hogares receptores**

El ingreso total familiar medio de los hogares receptores de AUH se muestra sensiblemente menor al del conjunto de los hogares urbanos con presencia de niños y adolescentes: equivale al 52%. La diferencia se acentúa aún más cuando se considera el ingreso disponible por cada miembro (apenas 46%), influenciado por una mayor cantidad promedio de niños, niñas y adolescentes residentes en los hogares receptores (2,3 frente a 2 en promedio).

Sin embargo, si se consideran los hogares con presencia de menores de 18 años que se sitúan en el cuartil más bajo, el ingreso total familiar de los que reciben la AUH es algo mayor (9%), y el ingreso per cápita resulta 15% superior.

Pero si se simulan los ingresos de los hogares receptores de AUH descontando el importe de ésta, toda la ventaja desaparece: en este caso, los hogares receptores de la AUH tendrían un ingreso total 8% inferior y un ingreso per cápita 3% más bajo que el correspondiente al de los hogares del primer cuartil del total urbano que albergan niños y adolescentes (cuadro 3.1).

1. Para realizar un análisis de contraste de los datos obtenidos, se utiliza como fuente de información la EAHU-INDEC, correspondiente a 2013. El alcance de esta encuesta permite comparar el comportamiento de la población receptora de AUH con el promedio urbano. Asimismo, se incorpora la comparación con la población u hogares pertenecientes al primer cuartil de ingreso per cápita familiar, dado que se asemejan en términos de ingreso a los hogares AUH, que también se ubican en el primer cuartil. De esta manera es posible contar con un punto de referencia, en términos descriptivos, si bien no son estrictamente comparables. Cuando se trata de poner a prueba impactos, se emplea estrictamente la comparación entre el grupo de tratamiento y el de control.

**Cuadro 3.1.** Ingreso medio total familiar y per cápita familiar. Tamaño medio de hogares y promedio de cantidad de niños, niñas y adolescentes. Total hogares receptores de la AUH, total hogares urbanos, total hogares urbanos con menores de 18 años y primer cuartil de IPCF. En pesos corrientes y en personas

En pesos corrientes	Ingreso total familiar medio (\$ corrientes)	Ingreso per cápita familiar medio (\$ corrientes)	Tamaño medio	Cantidad media de menores de hasta 17 años
Hogares que reciben AUH	4.679	1.010	4,7	2,3
Hogares que reciben AUH (sin ingreso de la AUH)	3.945	846	4,6	2,3
Total de hogares urbanos	8.645	3.374	3,2	1,0
Total de hogares urbanos con menores de 18 años	9.085	2.195	4,5	2,0
Total de hogares urbanos con menores de 18 años (1 <sup>er</sup> cuartil)	4.288	875	4,9	2,4

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Si se analiza la participación que el ingreso proveniente de la AUH tiene en los ingresos totales del hogar, se advierte que una cuarta parte del ingreso total familiar (ITF) corresponde a esta prestación.

Es decir que el dinero que aporta la AUH a la economía de los hogares receptores tiene un peso sustantivo, que aumenta entre los hogares que residen en localidades de hasta 100.000 habitantes y disminuye entre los que se ubican en el Área Metropolitana.

Asimismo, cuando se consideran distintos estratos de tamaño poblacional, se advierten diferencias entre los hogares receptores de AUH. El ingreso medio es algo más elevado en el Área Metropolitana que en el resto del país, brecha que se agudiza en el caso del ingreso disponible por cada miembro del hogar (debido al menor tamaño medio de los hogares en el Área Metropolitana). Por ello, la AUH representa un porcentaje algo mayor del ingreso total de los hogares que la reciben en los estratos poblacionales más pequeños (cuadro 3.2).

Este ligero efecto redistributivo de la AUH en términos geográficos se aprecia más cabalmente en el cuadro 3.3. En el Área Metropolitana el ingreso de AUH no sobrepasa la cuarta parte del ingreso total familiar en el 71% de los hogares que lo reciben. En cambio, en el estrato poblacional compuesto por ciudades de hasta 100.000 habitantes, la AUH representa más de un cuarto del ingreso total para el 37% de los hogares. Y para casi 15% de ellos equivale a no menos de la mitad de sus ingresos totales.

**Cuadro 3.2.** Ingreso medio total familiar y per cápita familiar. Participación media del ingreso de la AUH en el ITF por estrato poblacional. En pesos corrientes y en porcentaje

Estrato	ITF (\$ corrientes)	IPCF (\$ corrientes)	Participación de AUH en ITF (%)
Área Metropolitana	4.837	1.101	22,8
Localidades de más de 100.000 habitantes	4.623	979	25,2
Localidades de hasta 100.000 habitantes	4.611	954	26,4
Total	4.679	1.010	24,6

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 3.3.** Hogares receptores de la AUH según tramos de participación media del ingreso de la AUH en el ITF por estrato poblacional. En porcentaje

Tramos de participación de la AUH en ITF	Área Metropolitana	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Localidades de más de 100.000 habitantes	Total
Hasta 25%	71,1	67,9	62,9	68,4
26% a 49%	20,6	20,5	23,4	20,8
50% a 74%	3,5	5,0	6,9	4,8
75% y más	4,9	6,5	6,7	6,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

### 3.2. Ubicación de los hogares receptores por deciles de ingresos

Los hogares receptores de la AUH tienden a concentrarse en los deciles más bajos de la distribución de ingresos del total nacional de hogares urbanos. Todos los hogares receptores se sitúan en los deciles de ingreso per cápita familiar primero a quinto, pero con una concentración de 42% de ellos en el estrato más bajo, y casi tres cuartas partes entre los dos inferiores.<sup>2</sup>

El grado de concentración en los deciles más bajos se acentúa en las áreas urbanas de menor tamaño (aglomerados que no superan los 100.000 habitantes) y se reduce en el Área Metropolitana (cuadro 3.4).

2. Los hogares receptores de AUH fueron ubicados –de acuerdo con los ingresos que declararon– dentro de los límites de los deciles de ingreso per cápita familiar de la Encuesta Anual de Hogares Urbanos del INDEC. La encuesta es representativa del total urbano nacional, por lo que el ámbito geográfico resulta análogo al de esta evaluación. El relevamiento de la EAHU tuvo lugar en el tercer trimestre de 2013, por lo que también es próximo en el tiempo.

**Cuadro 3.4.** Hogares receptores de la AUH según posición en la escala decílica de ingreso per cápita familiar del total urbano por estrato poblacional. En porcentaje

Deciles IPCF del total urbano nacional (EAHU 2013)	Área Metropolitana	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Localidades de más de 100.000 habitantes	Total
1°	37,3	43,5	52,4	42,5
2°	27,5	31,2	22,2	29,6
3°	27,0	20,8	20,2	22,4
4°	5,4	3,0	2,7	3,6
5°	2,7	1,4	2,5	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: EAHU-INDEC 2013y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

### 3.3. Composición del ingreso por fuentes

El principal componente de los ingresos de los hogares receptores de AUH es el de proveniencia laboral, que equivale en promedio a casi 62% del total y cuyo peso aumenta ligeramente en el Área Metropolitana. La AUH equivale a casi la cuarta parte del ingreso total de estos hogares (también en promedio), con un peso ligeramente mayor –como ya se vio– en el estrato poblacional más pequeño.

El ingreso de origen previsional representa en promedio el 6% del total, pero casi duplica ese peso en las áreas más pequeñas. Esto se relaciona con la fuerte expansión de la cobertura previsional ocurrida en los últimos años (cuadro 3.5).

**Cuadro 3.5.** Hogares receptores de la AUH según origen del ingreso total familiar por estrato poblacional. En porcentaje

Estrato	Área Metropolitana	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Localidades de más de 100.000 habitantes	Total
Laboral	63,6	61,7	54,3	61,7
Previsional	4,9	5,5	11,5	5,8
Programas sociales (sin AUH)	2,7	1,2	0,5	1,6
AUH	22,8	25,2	26,4	24,6
Otra fuente	6,0	6,4	7,3	6,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Así, a través de sus múltiples sistemas de transferencias, el Estado contribuye con alrededor de un tercio de los ingresos totales de esta franja de hogares.

### 3.4. Ingreso laboral de los ocupados

Acorde con el tipo de inserciones laborales de los miembros del hogar (por lo general, informales), los ingresos medios que obtienen los trabajadores pertenecientes a los hogares que reciben AUH se sitúan sensiblemente por debajo del promedio urbano nacional.

En el caso de los varones de los hogares AUH, su ingreso laboral equivale a poco más de la mitad del promedio urbano nacional, mientras que en el caso de las mujeres alcanza apenas a superar el 40%. Se trata de ingresos medios muy próximos a los de los ocupados que habitan en hogares del primer cuartil del total urbano nacional (algo mayores en el caso de las mujeres, hipotéticamente por el más alto salario de reserva que posibilita la AUH) (cuadro 3.6).

**Cuadro 3.6.** Ingreso laboral medio mensual según sexo. Ocupados receptores de la AUH, total urbano, primer cuartil del IPCF y brecha media. En pesos corrientes y en porcentaje

Ingreso laboral medio mensual (en pesos corrientes)	Ocupados en los hogares AUH (1) (\$ corrientes)	Promedio urbano nacional (2) (\$ corrientes)	Promedio urbano nacional (1 <sup>er</sup> cuartil) (\$ corrientes)	Brecha media (%) (1) / (2)
Varón	2.748	5.187	2.768	52,9
Mujer	1.612	3.716	1.565	43,4
Total	2.239	4.588	2.343	48,8

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y 2013, y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Los jefes de los hogares receptores de AUH ganan, en promedio, la mitad que los jefes de hogar del conjunto urbano nacional y apenas 5% más que los pertenecientes a hogares del cuartil inferior. Si la comparación se restringe a los hogares que incluyen menores de 18 años, la desventaja se mantiene prácticamente invariable en comparación con el total urbano, pero los receptores de AUH pierden su ligera ventaja con respecto a los jefes de hogares del primer cuartil: en este caso quedan situados apenas por debajo, con un ingreso laboral 1% inferior (cuadro 3.7).

Las titulares de AUH, por su parte, perciben un ingreso laboral mensual (\$ 1.450) que equivale al promedio del correspondiente a las mujeres del primer cuartil (cuadro 3.7) y que representa apenas el 40% del ingreso femenino correspondiente al conjunto urbano nacional (\$ 3.716).

**Cuadro 3.7.** Ingreso laboral medio mensual según posición en el hogar. Población receptora de la AUH, total urbano y primer cuartil de IPCF. En pesos corrientes

Posición en el hogar	Ingreso laboral medio mensual (en pesos corrientes)
Jefes de hogares con AUH	2.562
Titulares AUH	1.450
Padres de niños receptores de AUH	2.644
Jefes de hogar (promedio urbano nacional)	5.303
Jefes de hogar promedio urbano nacional (1 <sup>er</sup> cuartil)	2.442
Jefes de hogar promedio urbano nacional (hogares con menores de 18 años)	5.227
Jefes de hogar promedio urbano nacional (hogares con menores de 18 años 1 <sup>er</sup> cuartil)	2.587

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

### 3.5. El peso de la AUH en el ingreso total

Como fue mencionado anteriormente, la AUH equivale, en el promedio de los hogares que la reciben, aproximadamente a la cuarta parte de sus ingresos totales.

Sin embargo, su peso es diferencial entre distintos segmentos de estos hogares; desde algunos donde es residual o al menos poco gravitante (no más del 10% del total de los ingresos) hasta otros en los que representa la mayor parte de los recursos monetarios de que disponen.

En casi 6 de cada 10 hogares receptores, la AUH no excede el 20% de los ingresos totales. Y en tres cuartas partes no supera el 30%. Pero en el otro extremo, hay una proporción reducida de hogares para los que es un recurso esencial y en casi el 5% de los casos resulta el único ingreso disponible (cuadro 3.8).

El cuadro 3.9 presenta algunos atributos de los hogares según el peso de la AUH en sus ingresos totales. Cuando la AUH equivale a más del 50% del ingreso disponible, hay un promedio cercano a 3 niños, niñas o adolescentes que la reciben en el hogar, y el monto recibido ronda los 1.000 pesos. Pero paradójicamente, en el 5% de los hogares donde es el único ingreso, ese monto se sitúa en torno a los 700 pesos, y hay un promedio aproximado de 2 receptores.

Así como sucede con los hogares de escasos recursos y baja cantidad de niños, en los hogares monoparentales la capacidad para obtener ingresos está menguada por una menor disponibilidad de fuerza de trabajo.

En promedio, el ingreso provisto por la AUH equivale al 32% (casi un tercio) del ingreso total del que disponen los hogares monoparentales. Pero ese porcentaje asciende a casi 44% del ingreso total cuando se trata de los hogares que, si no contaran con la AUH, se situarían en el decil más bajo del total urbano nacional. En este tramo inferior se ubican casi dos terceras partes de

**Cuadro 3.8.** Hogares receptores de la AUH según participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

Participación de la AUH en el ITF	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hasta 10%	27,2	27,2
Más de 10 hasta 20%	31,5	58,6
Más de 20 hasta 30%	16,5	75,1
Más de 30 hasta 40%	9,5	84,6
Más de 40 hasta 50%	4,6	89,1
Más de 50 hasta 60%	3,5	92,7
Más de 60 hasta 70%	0,7	93,4
Más de 70 hasta 80%	0,8	94,2
Más de 80 hasta 96%	1,2	95,4
La AUH es el único ingreso	4,6	100,0
Total	100,0	

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 3.9.** ITF medio, monto de la AUH medio y cantidad promedio de receptores en el hogar según la participación del ingreso AUH en el ingreso total familiar. En pesos corrientes y en personas

Porcentaje de AUH en el ITF	ITF (\$ corrientes)	Monto AUH (\$ corrientes)	Cantidad de receptores en el hogar
Hasta 10%	7.641	470	1,3
Más de 10 hasta 20%	4.744	702	1,9
Más de 20 hasta 30%	3.575	877	2,3
Más de 30 hasta 40%	3.013	1.036	2,7
Más de 40 hasta 50%	2.106	937	2,3
Más de 50 hasta 60%	1.943	1.079	2,7
Más de 60 hasta 70%	1.479	967	2,6
Más de 70 hasta 80%	1.409	1.052	2,9
Más de 80 hasta 96%	1.408	1.194	3,2
La AUH es el único ingreso	704	704	1,8
Total	4.679	734	1,9

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

los hogares monoparentales, para los cuales la AUH resulta crucial puesto que equivale a casi la mitad de sus ingresos (cuadro 3.10).

Si se apela a un ordenamiento de los hogares monoparentales según tramos de la proporción del ingreso total que representa la AUH, se advierte que para el 44% equivale a más de una cuarta parte y para el 20% de ellos representa la mitad o más (cuadro 3.11).

Eventualmente, debiera analizarse la posibilidad de fijar un piso mínimo

**Cuadro 3.10.** Hogares monoparentales receptores de la AUH según deciles de IPCF del total urbano y participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

Deciles de IPCF sin AUH (de la EAHU 2013)*	% de hogares	Participación de AUH en ingreso total familiar (%)
1°	64,1	43,8
2°	20,1	13,4
3°	13,1	8,5
4°	2,2	5,9
5°	0,7	4,6
Total	100,0	32,0

\* Ningún hogar receptor de AUH de los que fueron relevados en la encuesta pertenece a los deciles 6 a 10 del total urbano.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 3.11.** Hogares monoparentales receptores de la AUH según tramos de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

Tramos de participación	%	% acumulado
Hasta 25%	56,2	56,2
26% a 49%	24,4	80,5
50% a 74%	6,8	87,3
75% y más	12,7	100,0
Total	100,0	

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

para la transferencia de la AUH, como una manera de garantizar un ingreso mayor en aquellos hogares donde no existen otros recursos disponibles y sólo se cobra la prestación por 1 o 2 niños, o que poseen menor capacidad de generación de ingresos (por ejemplo, duplicar el valor de la AUH).

### 3.6. El impacto distributivo de la AUH

En el aspecto distributivo, la AUH muestra un significativo impacto. Éste se manifiesta tanto en el conjunto total de los hogares urbanos como, más particularmente, entre los hogares receptores. Asimismo, se advierte una importante contribución a la equidad distributiva entre la población de niños, niñas y adolescentes.

Con la finalidad de mostrar estos efectos, se apela a diferentes procedimientos de simulación.

En el primer caso, se lleva a cabo una simulación realizada con la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) del INDEC correspondiente a 2013 y los

datos de ingresos de la Encuesta de Evaluación de AUH. Se procede a restar en los deciles correspondientes<sup>3</sup> la masa de ingresos provenientes de las transferencias de la AUH, que fueron estimados con la encuesta realizada a hogares receptores como parte de esta evaluación, y se analiza la desigualdad antes y después de esta sustracción.

En segundo término, también para el caso del conjunto de los hogares urbanos –y mediante el mismo procedimiento de restar los ingresos provistos por la AUH– se evalúa el impacto sobre la desigualdad entre niños, niñas y adolescentes de hasta 17 años.

Finalmente, se simula la distribución entre hogares receptores restando de sus ingresos totales los que provienen de la AUH y se aprecian tanto los cambios en los indicadores de desigualdad como la movilidad ascendente.

El impacto en la desigualdad se midió, en todos los casos, alternativamente con el coeficiente de Gini y con la brecha de ingresos entre los deciles de ingreso per cápita familiar extremos.

### *3.6.1. El impacto igualador en el conjunto de los hogares urbanos*

La primera simulación consistió en restar al conjunto de los hogares urbanos de la muestra de la EAHU del INDEC que se ubican en los deciles primero a quinto –los que albergan a los hogares receptores– la masa de ingresos que declaran recibir por concepto de AUH los hogares relevados en la encuesta de esta evaluación. El cuadro 3.12 muestra la distribución decílica de los hogares urbanos y el ingreso total capturado por cada estrato antes y después de realizar esa sustracción.<sup>4</sup> Se puede apreciar que, como resultado de la simulación, los hogares pertenecientes a los dos deciles inferiores (donde se ubica el grueso de los que reciben la AUH) reducen su participación en el ingreso total disponible

Asimismo, al restar los ingresos provenientes de la AUH a los hogares el coeficiente de Gini asciende de 0,423 a 0,435 (incremento de la desigualdad, así medida, del orden del 3%), y la brecha en el ingreso total de los deciles extremos pasa de 7 a 9 veces (gráficos 3.1 y 3.2).

La AUH añade, pues, a su capacidad de extender un derecho preexistente a quienes estaban privados de él, un efecto nivelador de ingresos que es, por sí mismo, virtuoso como contribución a la igualdad, si se entiende que ella es valiosa por mérito propio (Klikhsberg, 2005; Dubet, 2011).

3. Es decir, aquellos deciles donde se ubican los hogares relevados por la encuesta de evaluación AUH según los ingresos totales que declaran y conforme a los límites de cada decil en la EAHU del INDEC.

4. El procedimiento empleado no permite reordenar a los hogares por deciles luego de realizada la sustracción del ingreso de AUH, pues dicho ingreso se imputa a los estratos y no a los hogares individuales.

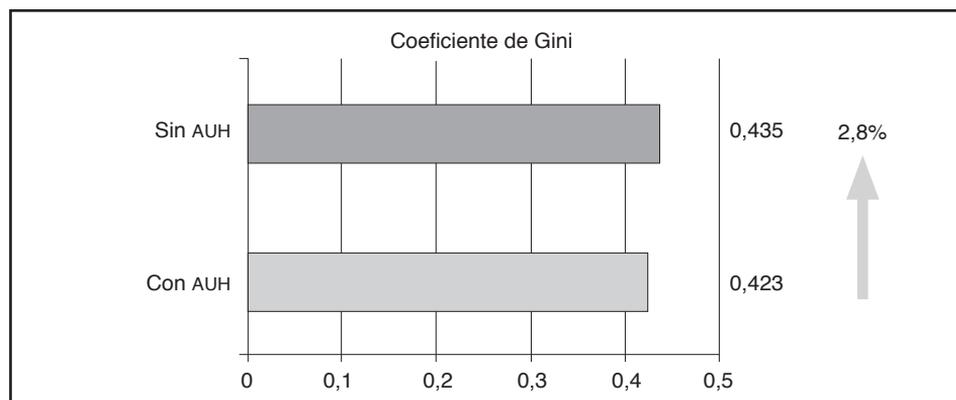
**Cuadro 3.12.** Monto de ingresos totales percibidos con y sin la AUH de los hogares urbanos según deciles de IPCF. Medidas de distribución del ingreso. En porcentaje y en pesos corrientes

Deciles de IPCF de la EAHU	Monto total de ingresos en cada decil con AUH (miles de pesos corrientes)	Monto total de ingresos en cada decil con AUH (%)	Monto total de ingresos en cada decil sin AUH (en miles de pesos corrientes)	Monto total de ingresos en cada decil sin AUH (%)
1	3.133.733	3,0	2.576.434	2,5
2	5.347.697	5,2	4.951.679	4,8
3	6.833.886	6,6	6.833.886	6,7
4	7.809.223	7,5	7.565.974	7,4
5	8.016.112	7,7	7.985.561	7,8
6	9.720.632	9,4	9.701.851	9,5
7	11.935.123	11,5	11.935.123	11,7
8	12.490.013	12,1	12.490.013	12,2
9	15.181.912	14,7	15.181.912	14,9
10	22.976.464	22,2	22.976.464	22,5
Total	103.444.796	100,0	102.198.897	100,0
Gini D10/D1	Con AUH		Sin AUH	
	0,423 7,0		0,435 8,9	

\* Ningún hogar receptor de AUH de los que fueron relevados en la encuesta pertenece a los deciles 6 a 10 del total urbano.

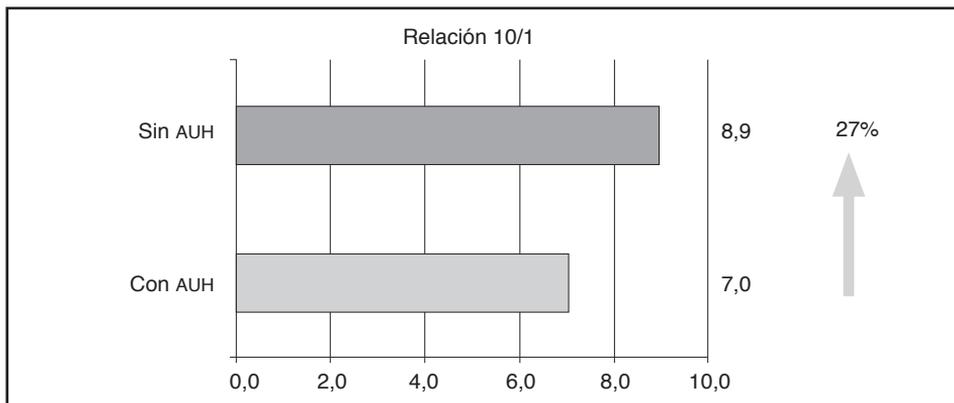
Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Gráfico 3.1.** Impacto de la AUH en el coeficiente de Gini del total de hogares urbanos



Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Gráfico 3.2.** Impacto de la AUH en la relación de ingresos del décimo y el primer decil de IPCF del total de hogares urbanos



Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

### 3.6.2. El impacto sobre la desigualdad entre niños, niñas y adolescentes

Para estimar el impacto de la percepción de la AUH sobre la desigualdad en el acceso a los ingresos por parte de niños, niñas y adolescentes, se procedió de un modo similar al detallado en el punto anterior, pero limitando el análisis a los hogares del conjunto urbano que albergan niños, niñas y adolescentes menores de 18 años. Se atribuyó a cada uno de estos niños, niñas y adolescentes un ingreso en función del ingreso total del hogar donde habitaban y luego se estableció la distribución decílica de estos hogares en función, exclusivamente, del ingreso de estos integrantes. Después se procedió a ubicar a los hogares relevados en la encuesta de evaluación en tales deciles. Como tercer paso, se restó a los hogares urbanos con niños, niñas y adolescentes de cada estrato la masa de ingresos provenientes de la AUH y se volvieron a estimar los ingresos de niños, niñas y adolescentes. Por último se calcularon las medidas de desigualdad en ellos antes y después de la sustracción (cuadro 3.13).

Si se resta el ingreso proveniente de la AUH, aumenta la desigualdad entre niños, niñas y jóvenes de hasta 17 años que habitan en los hogares urbanos del total del país. El coeficiente de Gini que la refleja se incrementa de 0,403 a 0,452, y la ratio entre los deciles extremos (deciles de ingreso infantil) pasa de 7,5 a 14,2 veces (gráficos 3.3 y 3.4).

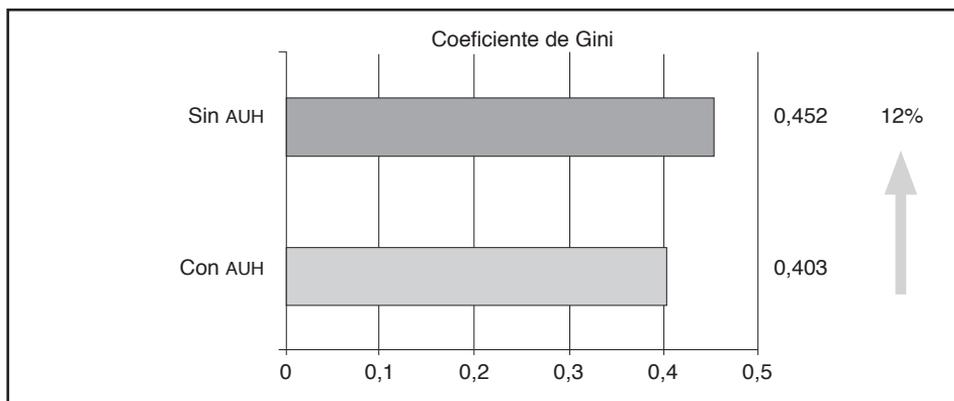
Es decir que, en un escenario sin AUH, el coeficiente de Gini de niños, niñas y adolescentes aumentaría un 12%. Pero debe tenerse en cuenta que este coeficiente es más sensible a las transferencias de ingresos que se producen en la parte media de la distribución. Si se apunta a la desigualdad extrema (la

**Cuadro 3.13.** Monto de ingresos totales percibidos con y sin la AUH e ingresos de la AUH de niños, niñas y adolescentes del total urbano según deciles de ingreso individual. Medidas de distribución del ingreso con y sin la AUH. En pesos corrientes

Deciles de ingreso individual de los niños, niñas y adolescentes (EAHU 2013)	Ingreso total de los niños, niñas y adolescentes en el hogar (miles de pesos corrientes)	Monto AUH (miles de pesos corrientes)	Ingreso total de los niños, niñas y adolescentes en el hogar sin AUH (miles de pesos corrientes)
1	662.120	314.549	347.571
2	1.141.924	279.116	862.807
3	1.355.510	280.542	1.074.968
4	1.545.644	160.264	1.385.381
5	1.782.347	108.328	1.674.019
6	1.975.374	45.813	1.929.561
7	2.294.630	37.011	2.257.619
8	2.779.236	8.964	2.770.272
9	3.180.173	0	3.180.173
10	4.952.612	0	4.952.612
Total	21.669.571	1.234.587	20.434.984
Gini D10/D1	Con AUH 0,403 7,5		Sin AUH 0,452 14,2

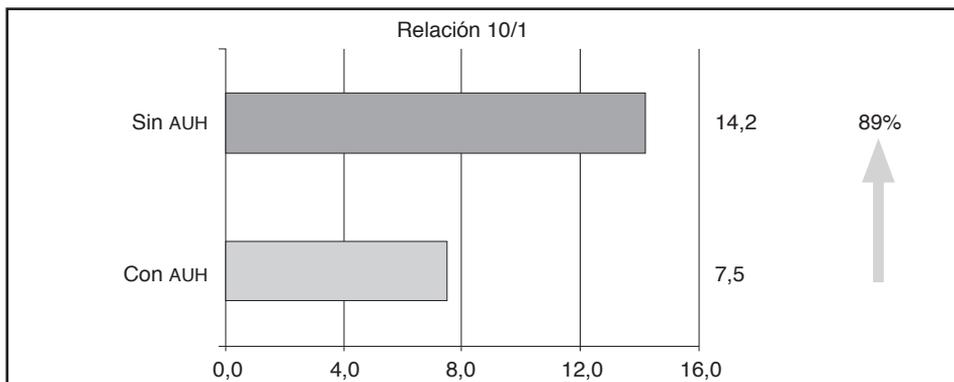
Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Gráfico 3.3.** Impacto de la AUH en el coeficiente de Gini en niños, niñas y adolescentes del total urbano



Fuente: EAHU - INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Gráfico 3.4.** Impacto de la AUH en la relación de ingresos del décimo y el primer decil en niños, niñas y adolescentes del total urbano



Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

existente entre los deciles 1° y 10°), la ausencia de AUH implicaría un aumento del 89% en esta brecha.

Así, se evidencia que la AUH coadyuva a reducir la desigualdad en las etapas iniciales de las trayectorias vitales y, por lo tanto, hace una contribución a la equidad en el punto de partida antes de que las diferencias en las oportunidades se tornen por entero irreversibles.

### 3.6.3. El efecto igualador entre los hogares que reciben AUH

Los hogares receptores de la AUH relevados en esta evaluación, previsiblemente, tienden a agruparse en los estratos de ingresos más bajos. Si se los ubica en la escala decílica de ingreso per cápita familiar correspondiente al total de hogares urbanos que releva la EAHU-INDEC (2013), se sitúan entre el decil 1° y el 5°, y casi tres cuartas partes se sitúan en los deciles 1° y 2°, tal como se ha visto anteriormente.

Se llevó a cabo el ejercicio de establecer deciles de ingresos al interior del conjunto de los hogares receptores, para luego calcular el coeficiente de Gini del ingreso per cápita familiar correspondiente a éstos, así como la brecha de dicho ingreso medio calculada entre los deciles extremos (1° y 10°).

El cuadro 3.14 muestra el resultado de dicho ejercicio.

El coeficiente de Gini refleja, previsiblemente, un grado relativamente bajo de desigualdad entre los hogares que reciben transferencias de la AUH (0,29). Y el ingreso per cápita medio de los que se ubican en el 10% más “rico” (decil superior) equivale a 9 veces el correspondiente al 10% más “pobre”.

A continuación se calcularon los mismos indicadores pero restando de los

**Cuadro 3.14.** Población receptora de la AUH e ingresos totales por deciles de IPCF de los hogares receptores de la AUH. Medidas de distribución del ingreso. En porcentaje y en pesos corrientes

Deciles de IPCF hogares receptores	Población total por decil (%)	Ingreso total por decil (miles de pesos corrientes)	Ingreso total por decil (%)	Ingreso acumulado por decil (%)
1	9,0	177.625	2,2	2,2
2	9,9	355.894	4,5	6,7
3	10,8	521.277	6,6	13,3
4	10,5	605.938	7,6	20,9
5	9,2	628.249	7,9	28,8
6	10,5	814.300	10,3	39,1
7	10,2	907.752	11,4	50,5
8	10,4	1.083.041	13,6	64,1
9	9,9	1.228.018	15,5	79,6
10	9,5	1.620.417	20,4	100,0
Total	100,0	7.942.514	100,0	
Coeficiente de Gini D10/D1	0,29 9,1			

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 3.15.** Población receptora de la AUH e ingresos sin monto de la AUH por deciles de IPCF de los hogares receptores de la AUH. Medidas de distribución del ingreso. En porcentaje y en pesos corrientes

Deciles de IPCF sin AUH hogares receptores	Población total por decil (%)	Ingreso total por decil (miles de pesos corrientes) sin el ingreso de la AUH	Ingreso total por decil (%)	Ingreso acumulado por decil (%)
1	8,6	43.046	0,6	0,6
2	10,2	217.683	3,3	3,9
3	12,0	418.799	6,3	10,1
4	8,6	389.677	5,8	16,0
5	8,5	457.761	6,8	22,8
6	11,9	755.625	11,3	34,1
7	10,1	779.290	11,6	45,7
8	10,1	930.098	13,9	59,6
9	10,4	1.166.014	17,4	77,0
10	9,6	1.538.623	23,0	100,0
Total	100,0	6.696.615	100,0	
Coeficiente de Gini D10/D1	0,36 35,7			

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

ingresos de los hogares receptores el importe transferido por la AUH. La distribución decílica resultante es la que muestra el cuadro 3.15.

Este ejercicio permite apreciar que en la distribución acumulada del cuadro 3.14 (con los ingresos provistos por AUH) los cinco estratos más bajos (la mitad “más pobre”) de los hogares receptores obtenían el 29% del ingreso familiar total, mientras que en el cuadro 3.15, esta participación se reduce al 23%.

Como se aprecia, el coeficiente de Gini aumenta a 0,36, lo que supone un incremento del orden del 24% en la desigualdad así medida (gráfico 3.5).

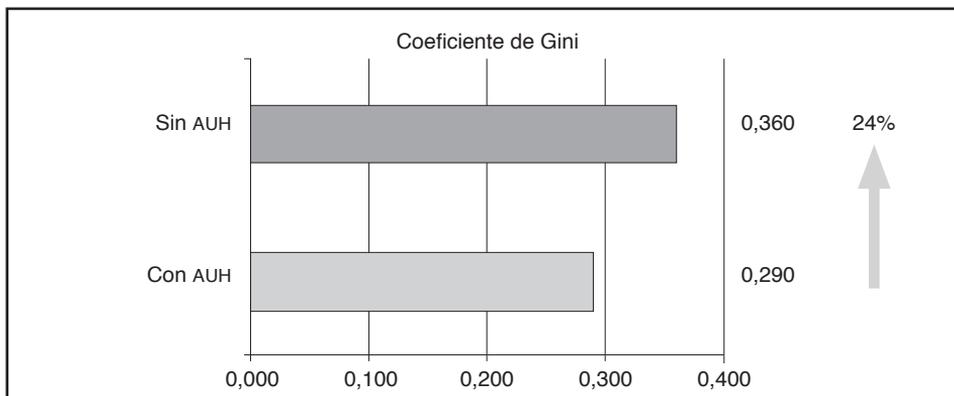
En cuanto a la brecha entre deciles (10/1), pasa de 9 a casi 36 veces. Esta medida de la “desigualdad entre extremos” aumenta, pues, espectacularmente hasta multiplicarse por cuatro (gráfico 3.6).

Hay, pues, una importante contribución de la AUH a atenuar la desigualdad dentro de los hogares de menores ingresos. Y ello ocurre “virtuosamente”, elevando más en términos relativos y absolutos los ingresos de los más pobres: igualando “hacia arriba”. Esto sucede porque los hogares que –privados del ingreso proveniente de la AUH– se situarían en el decil inferior de la EAHU-INDEC reciben una transferencia que, en promedio, equivale a casi 36% de su ingreso, mientras que en los deciles 4º y 5º esa transferencia es apenas del orden del 4,5% del ingreso total (cuadro 3.16).

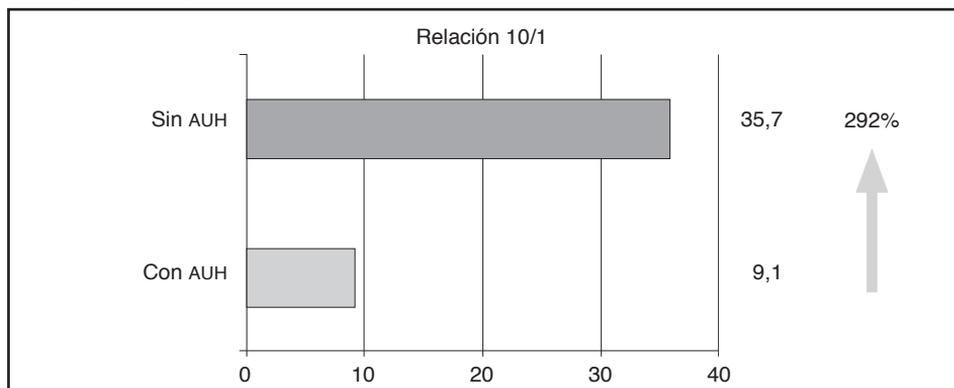
A los más “pobres”, entonces, la AUH les incrementa el ingreso en más de un tercio, mientras que a los menos necesitados, en apenas 4%. Ello obedece a que la prestación es una suma fija y proporcional al número de niños, niñas y adolescentes residentes en el hogar, y hay más receptores de AUH entre los más pobres.

En el estrato inferior hay, en promedio, 2,1 receptores de AUH, mientras que en el quinto hay 1,3. Por otra parte, el 62% de los receptores se sitúa en el estrato más bajo. En este contexto, el efecto de la prestación es adicionalmente

**Gráfico 3.5.** Impacto de la AUH en el coeficiente de Gini de los hogares receptores de la AUH



**Gráfico 3.6.** Impacto de la AUH en la relación de ingresos del décimo y el primer decil de los hogares receptores de la AUH



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 3.16.** Participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar medio de los hogares receptores de la AUH según deciles de IPCF del total urbano. En porcentaje

Deciles de IPCF sin AUH (de la EAHU 2013)*	Participación de AUH en ingreso total familiar (%)
1°	35,8
2°	12,9
3°	7,7
4°	4,6
5°	4,2
Total	24,6

\* Ningún hogar receptor de AUH de los que fueron relevados en la encuesta pertenece a los deciles 6° a 10° del total urbano.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 3.17.** Número medio de niños, niñas y adolescentes por deciles de IPCF del total urbano nacional

Deciles de IPCF sin AUH (de la EAHU 2013)*	Cantidad media de receptores en el hogar	% de receptores en cada decil
1°	2,1	62,2
2°	1,9	22,1
3°	1,5	13,2
4°	1,4	2,0
5°	1,3	0,6
Total	1,9	100,0

\* Ningún hogar receptor de AUH de los que fueron relevados en la encuesta pertenece a los deciles 6° a 10° del total urbano.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

virtuoso, al ser nivelador. Resulta residual en los escasos hogares de ingresos medios y, en cambio, tiene un impacto muy sensible en los hogares más pobres (cuadro 3.17).

### 3.6.4. El efecto “movilidad ascendente” de la AUH

Un segundo ejercicio destinado a poner en evidencia los efectos de la AUH sobre los ingresos de los hogares receptores consistió en cruzar la distribución decílica de estos hogares (en los estratos e ingresos correspondientes al total urbano nacional) con la que resultaría si no contaran con el ingreso proveniente de la AUH (cuadro 3.18).

**Cuadro 3.18.** Hogares receptores de la AUH según deciles del IPCF del total urbano y escenario con y sin ingreso de la AUH. En porcentaje

Distribución por deciles de IPCF del total urbano sin la AUH*	Distribución por deciles de IPCF del total urbano					Total
	1°	2°	3°	4°	5°	
1°	42,5	13,8	0	0	0	56,3
2°	0	15,8	7,3	0	0	23,1
3°	0	0	15,1	1,8	0,1	17,0
4°	0	0	0	1,9	0,9	2,7
5°	0	0	0	0	0,8	0,8
Total	42,5	29,6	22,4	3,6	1,8	100

\* Ningún hogar receptor de AUH de los que fueron relevados en la encuesta pertenece a los deciles 6° a 10° del total urbano.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

El cuadro 3.18 muestra que el 24% de los hogares receptores experimenta movilidad ascendente en la escala decílica, especialmente en los estratos más bajos. El 14% de los que sin la AUH se situarían en el decil inferior de la distribución de ingresos del total urbano nacional pasa al segundo merced al ingreso provisto por AUH, el 7% de los que sin ese ingreso se ubicarían en el segundo decil transitan al tercero y casi el 2% de los que se situarían en el tercero asciende al cuarto.

La AUH habilita, pues, un proceso de movilidad ascendente para los hogares que la reciben.<sup>5</sup>

5. Este ejercicio de simulación, como los precedentes, resta el ingreso de AUH del ingreso total familiar para realizar los ejercicios de impacto.

### 3.7. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto de la AUH en los ingresos<sup>6</sup>

A continuación, se presentan las reflexiones acerca del impacto de la AUH en los ingresos familiares y en las economías locales que estos actores perciben.

Con respecto al monto de la prestación y su incidencia en los ingresos de las familias receptoras, los referentes manifiestan distintas impresiones. En general consideran que el monto está “bien” y refieren que ha ido aumentando a lo largo del tiempo:

*Está bien. En los medios se pasa la fecha para que cobren. Han aumentado, creo que eran 160 al principio, ahora ya están en 400 y pico por hijo.*

*Está en 480, creo, por hijo. Sigue siendo poco pero es una buena cantidad. No podés decir: “No le puedo comprar zapatillas”. Y con más de un hijo es más... [...] Los chicos venían descalzos. Hoy fijate y vas a ver que están todos calzados.*

Algunos consideran que es un monto “bajo”, que sirve de complemento:

*Está en 400, 420 creo. Es bajo. Pero ayuda mucho. La economía en estos sectores. Habría que aprender cómo hacen porque se defienden bastante. Con algunas changuitas... Llegan.*

Hay actores que sostienen que se ha ido perdiendo el poder adquisitivo que tenía el monto de la asignación:

*Vi el impacto al principio, yo vi que esto se diluyó con el tiempo, yo no sé si tiene que ver con que también el poder adquisitivo se fue achicando y hoy ya no tienen esa posibilidad que tenían con ese dinero. Ese dinero antes servía, hoy ya no. Hay mamás que tienen que llevar a los nenes a tratamiento, no les alcanza para el boleto.*

En cuanto al efecto que estos ingresos produjeron en la economía de las comunidades, la mayoría observa un impacto positivo en los comercios barriales:

6. Durante la evaluación, se entrevistó a referentes de las áreas de educación, salud y gestión pública de diferentes ciudades del país. Se procuró contactar a informantes que se desempeñaran en zonas de alta vulnerabilidad, generalmente centros de salud, hospitales, escuelas primarias y secundarias de barrios humildes o de vivienda social o asentamientos, en donde hubiese contacto con la población receptora. En el caso de los referentes políticos, se trabajó con funcionarios de secretarías de desarrollo social o de niñez y adolescencia del ámbito provincial o municipal, que representarían a todo el arco político.

Sus opiniones reflejan la mirada que existe de la Asignación Universal por Hijo desde los efectores y los decisores de política a nivel local y complementan la visión de los receptores.

*Sí, dio más trabajo y dio más ganancias, se reinvierte en el distrito, no es como en otros años la compra comunitaria en el Mercado Central, se compra acá.*

*Es universal, hay redistribución de riqueza, queda en el espacio local. La mujer que recibe en el barrio gasta en el barrio, no vienen al centro.*

*La Asignación ha cambiado totalmente la situación económica de la zona.*

*El consumo en los barrios ha mejorado. Uno habla con las economías barriales (kiosquitos, etc.). Han tenido un repunte, digamos. Ya está estabilizado porque ya está generalizado. Pero al principio fue un impacto importante.*

Incluso señalan que se evidencia un efecto derrame sobre las condiciones del hábitat:

*Se nota la edificación de las casitas. Esto era un asentamiento, chapas, cartón... todavía queda un grupo grande en la parte de atrás, pero ha mejorado. El asentamiento crece. Con el tiempo van haciendo casitas de material.*

No obstante estas apreciaciones generales, hay algunos que tienen sus reparos frente a estas afirmaciones:

*Tengo mis dudas con respecto del crecimiento de los barrios con este plan. Las dudas que tengo tienen que ver con lo que se dice de que al obtener este plan se aumenta el desarrollo del barrio debido al mayor ingreso. Se dice [...] La verdad que no lo llego a apreciar. Por eso mis dudas. Tampoco puedo decir que no sea así.*

### **3.8. El impacto macroeconómico de la AUH**

Este apartado procura arribar a alguna estimación referida a los posibles efectos de “segunda vuelta” de la AUH, derivados del impacto del gasto adicional de los hogares receptores sobre el ingreso y el empleo.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que, según se ha visto (punto 3.2), los hogares que reciben AUH se ubican, prácticamente todos ellos, en la mitad inferior de la distribución de ingresos, y su propensión al gasto es por lo tanto elevada.<sup>7</sup> Vale decir que cada unidad monetaria adicional que reciben se destina al consumo cotidiano, principalmente de bienes, atendiendo en general necesi-

7. Según la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012-2013 del INDEC, la propensión al consumo en los dos quintiles inferiores es, en promedio, superior a la unidad.

dades básicas: alimentos, artículos de limpieza e higiene personal, indumentaria, bienes de la canasta escolar, etc., tal como se verá en el próximo capítulo.

Por lo tanto, es de presumir que el impacto de la AUH en el consumo interno y en la generación de empleo deberá ser considerable.

Sin embargo, no hay total consenso en la literatura acerca de la magnitud del efecto multiplicador del gasto del Estado ni del gasto de consumo de los hogares.

La inefectividad de la política monetaria tradicional en economías avanzadas durante la Gran Depresión motivó rápidos paquetes de estímulo fiscal, que recibieron justificaciones desde posiciones keynesianas y críticas por parte de visiones más ortodoxas. Esta brecha ideológica se manifestó, principalmente, en discrepancias en cuanto a la magnitud del multiplicador fiscal. Sólo para Estados Unidos, las estimaciones del multiplicador varían entre 0 y 2,53.<sup>8</sup> Conocer los efectos de la política fiscal es importante para el diseño, la implementación y la evaluación de una política económica consistente y racional. El bajo crecimiento de la Unión Europea (que incluye recesiones en varios de los países miembros), abocada a un proceso de consolidación fiscal, muestra con claridad las fallas de no contar con esta información (Calabria y Carugati, 2013).

Analizando por qué las predicciones de crecimiento en economías avanzadas erraban sistemáticamente, Blanchard y Leigh (2013) argumentan que los procesos de consolidación fiscal presentaron un mayor impacto al esperado debido a que el multiplicador fiscal era superior al implícito en los modelos de predicción. Diversos estudios (Spilimbergo, Symansky y Schindler, 2009; Ramey, 2011; Chinn, 2013) concuerdan en que no hay un consenso teórico ni empírico respecto del impacto de la política fiscal. A nivel teórico, la elección del modelo (keynesiano, de ciclo real, nekeynesiano, etc.) implica adoptar una visión particular respecto del multiplicador. A nivel empírico, el problema principal para su estimación consiste en aislar los cambios en resultados económicos ocasionados por la política fiscal de cualquier otro tipo de influencia, con lo cual la metodología utilizada incide de manera fundamental en los valores estimados.

Al margen de lo anterior, estas cuestiones no restan ni importancia ni valor informativo al multiplicador local, particularmente, teniendo en cuenta la escasez de estudios dedicados al análisis de la política fiscal en Argentina. Como antecedentes cercanos, podemos considerar el trabajo de Anós-Casero, Cerdeiro y Trezzi (2010), quienes, mediante un modelo de vectores autorregresivos (VAR), estiman que cada peso gastado por el Gobierno aumenta el producto en 0,39 peso, mientras que variaciones impositivas no tienen ningún tipo de efecto. Más recientemente, Puig (2014) estima el multiplicador del gasto del Sector Público Nacional de Argentina, utilizando una metodología de vectores autorregresivos estructurales (SVAR), y encuentra que es de 0,18 luego de 8 trimestres.

8. Ver, entre otros, Blanchard y Perotti (2002), Cogan *et al.* (2009), Hall (2009), Romer y Bernstein (2009), Barro y Redlick (2011), Ramey (2011) y Auerbach y Gorodnichenko (2012).

Por otro lado, Calabria y Carugati (2013) analizan el multiplicador fiscal de empleos y encuentran, a través de una estimación de mínimos cuadrados ordinarios (MCO), que un aumento del 1% en la cantidad de prestaciones AUH per cápita se asocia con un incremento de entre 0,036%-0,044% en el empleo, lo cual implicaría que el programa habría generado/mantenido 206.629 empleos desde su puesta en marcha. Ello implica una relación de 17 titulares de derecho por puesto de trabajo, con un costo promedio anual de 48.600 pesos por empleo. Para tener una idea de magnitudes, la cantidad de ocupados aumentó, entre 2010 y 2012, un promedio anual de 252.737 personas. Entonces, la incidencia de la AUH fue de 27% del empleo generado en ese período.

### **3.9. Incidencia de la AUH en el gasto social de la infancia**

En los últimos años, las políticas públicas implementadas en Argentina representaron un incremento significativo del gasto público total, así como una reorientación funcional y un redireccionamiento respecto de sus destinatarios.

Estas políticas implicaron un marcado sesgo redistributivo, pues al tiempo que se incrementaba la carga tributaria sobre las empresas y sobre los sectores de ingresos más elevados, se extendía la protección social a través de transferencias del Estado hacia sectores antes privados de ella.

La reorientación del gasto se vinculó asimismo muy estrechamente con la concepción del déficit del ciclo de vida, que tiene en cuenta que en ciertas etapas del ciclo vital (típicamente la infancia y adolescencia, y la vejez) las personas carecen de la capacidad de generar ingresos suficientes para su sustento, mientras que en la adultez son capaces de producir un superávit.

Ello conlleva la necesidad de hallar la forma de financiar el consumo en las etapas deficitarias y ahorrar en las etapas superavitarias. Desde la perspectiva de la sociedad en su conjunto, presume la existencia, en cada momento, de grupos de la población con necesidades de financiar su consumo y otros con excedentes. (Banco Mundial, 2014a)

Estas transferencias no pueden quedar exclusivamente a cargo de los hogares, pues muchos de ellos no están en condiciones de generar los excedentes necesarios. Por ello, cabe a las políticas públicas un papel fundamental en esta tarea.

En el caso de los niños, las transferencias no solamente permiten sustentar su consumo presente, sino que también suponen una inversión en el capital humano de las futuras generaciones de trabajadores, por lo que extienden sus beneficios hacia el futuro y hacia grupos más vastos de población en tanto influyen en la generación de riqueza a partir del incremento de la productividad (Banco Mundial, 2014a).

En el curso de la última década, Argentina reforzó significativamente sus

políticas tendientes a las transferencias intergeneracionales, tanto hacia la niñez, a través de la implementación de la AUH y la AE, como hacia los adultos mayores, a través de las moratorias previsionales y los mecanismos de actualización de los haberes jubilatorios. Tal como lo señala un documento del Banco Mundial (2014b):

Mientras que en 1997, la Argentina no se destacaba entre el grupo de países seleccionados por la importancia de las transferencias públicas, el contexto cambió significativamente en 2010, aumentando la relevancia de las transferencias públicas tanto para la niñez como para la vejez. En efecto, en 2010 las transferencias públicas dirigidas a los adultos mayores llegaron a financiar aproximadamente un 90% del déficit del grupo, en tanto que para los niños éstas llegaron a un 40% [...] tanto las transferencias públicas a la niñez como las realizadas a la vejez colocan al país en el tope del ranking [...] De este modo, a diferencia del caso de Brasil, donde es conocida la generosidad de su sistema de transferencias para la vejez [...] el caso argentino en 2010 sobresale por la mayor importancia relativa de las transferencias públicas en ambos extremos del ciclo de vida. (Gráfico 3.7)

En esta nueva composición del gasto, combinada con la variación en su volumen, incidió muy significativamente la implementación de la AUH. También lo hizo el programa Conectar Igualdad, cuyo presupuesto se computa dentro del gasto educativo –que es parte del gasto social– y está dirigido a los adolescentes.

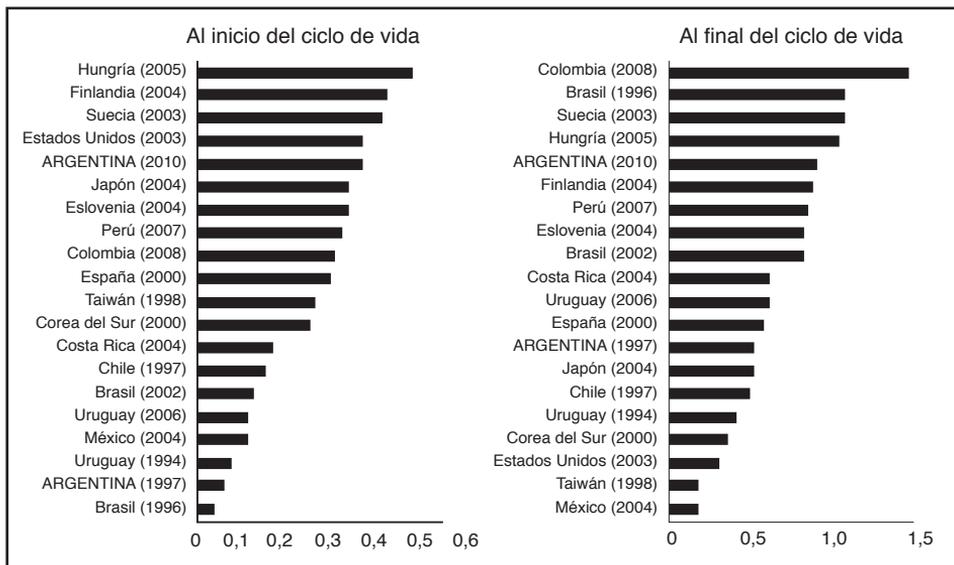
El gasto público total de la Administración Nacional pasó del 12% al 22% del PBI entre 2002 y 2013. Alrededor de 55% del gasto público total es gasto social.

El gasto social en niños y adolescentes pasó de 1,4% a 2,4% del PBI entre 2008 y 2013. Mientras que el conjunto del gasto social creció, en porcentaje del PBI, 55% en el lapso indicado, el destinado a niños, niñas y adolescentes lo hizo en 71%. Casi la mitad de ese incremento puede atribuirse a la implementación de la AUH que, en 2013, equivalía a 0,41% del PBI.

Visto de otro modo, el gasto en niños, niñas y adolescentes como porcentaje del gasto público total de la Administración Pública Nacional pasó de menos de 16% a más de 18%.

Al interior del gasto total destinado a niños, niñas y adolescentes, las prestaciones de asignaciones familiares (AUH y contributivas) triplicaron su peso en términos de porcentaje del PBI.

**Gráfico 3.7.** Proporción del déficit del ciclo de vida financiado mediante transferencias públicas



Fuente: Banco Mundial (2014).



## **4. El impacto de la AUH en el consumo de los hogares receptores**

Los ingresos de los hogares constituyen el principal determinante en sus pautas de consumo. Por lo tanto, al verse incrementados como consecuencia de la recepción de la AUH, se puede esperar una transformación en la forma en que estos hogares gastan su dinero. La menor restricción presupuestaria puede influir en el aumento del consumo y en la capacidad de elección de los hogares.

A su vez, la mayor capacidad de consumo puede generar externalidades positivas, aumentando el dinamismo del ámbito comercial local.

La información sobre los hábitos de consumo es de suma utilidad para conocer las preferencias de los hogares receptores así como sus patrones alimentarios.

En este capítulo se revisarán datos sobre los hábitos de consumo y los cambios experimentados a partir de la recepción de la AUH.

El impacto de la AUH en los hábitos de consumo de los hogares –y por lo tanto en una dimensión estrechamente vinculada al bienestar– es un aspecto esencial que, sin embargo, no puede indagarse sino con preguntas retrospectivas, en ausencia de una línea de base. Es cierto que este tipo de preguntas, que apelan a la recordación, puede tener algunos problemas de fiabilidad. Sin embargo, los cambios reportados en el consumo por los hogares que reciben la AUH se comparan con los que refieren –respecto de la situación experimentada un año atrás– los integrantes del grupo de control. Ello, bajo la presunción de que si existen problemas de fiabilidad en las respuestas, éstas no debieran presentar un sesgo diferencial en ninguno de los grupos.

Se trata, por lo demás, de una metodología ampliamente empleada en evaluaciones de impacto.

### **4.1. Hábitos de consumo**

Se indagó acerca de la frecuencia con la que el hogar consume distintos productos, entre los que se incluyen alimentos, productos de higiene y artículos escolares.

Se debe resaltar que aquellos alimentos que mayor aporte nutricional proveen a la dieta de niños y adultos son los que más se consumen en los hogares receptores.

La leche es el alimento que se consume con mayor frecuencia en los hogares receptores. El 70,3% consume todos los días y el 18% lo hace entre 2 y 4 veces por semana. Esto se explica por la presencia de niños y adolescentes dentro de estos hogares.

Las verduras y las frutas y el resto de los lácteos se consumen con asiduidad:

- El 54% de los hogares consume verduras a diario; y el 32%, entre 2 y 4 veces a la semana.
- El 42,5% declara consumir frutas todos los días; y el 34%, de 2 a 4 veces por semana.
- El 42,4% consume yogures, quesos, crema o manteca diariamente; y el 33,5%, de 2 a 4 veces por semana.

La carne se consume con una frecuencia algo menor. El 35,8% de los hogares consume carne en forma diaria, mientras que el 46,2% lo hace entre 2 y 4 veces a la semana.

Más del 60% de los hogares dice consumir galletitas dulces de 2 a todos los días de la semana. Poco más del 40%, en tanto, consume postres para niños y golosinas con la misma frecuencia.

En cuanto a los productos no alimentarios, tres cuartas partes de los hogares utilizan productos para el cuidado del cabello diariamente. Por último, el consumo de útiles escolares varía entre la frecuencia diaria (41,4%) y la mensual (28,7%) (cuadro 4.1).

En general, se puede concluir que los patrones de consumo de los hogares receptores evidencian la importancia que se le otorga a gastar el dinero en favor del interés de los niños del hogar.

Desde la vivencia manifestada por las titulares, el impacto de la AUH en el consumo y en el bienestar de los hogares aparece como algo muy significativo. En los hogares más pobres permite satisfacer necesidades muy prioritarias, vinculadas a la alimentación:

*Yo apenas cobro compro yogures y leche.*

*Yo [antes] quería comprarle fruta y verdura. En casa se come mucho guiso, tallarines... comida que rinde. El gusto de comprarles fruta y verdura lo valoro mucho.*

*Yo cuando estoy por cobrar, la nena quiere milanesas con arroz.*

Mientras que en los hogares relativamente menos carenciados, actúa como un complemento del ingreso que permite acceder a consumos más característicos

**Cuadro 4.1.** Hogares receptores de la AUH según frecuencia de consumo de productos seleccionados. En porcentaje

Producto	Frecuencia de consumo					Total
	Una vez cada 15 días o menos	Una vez por semana	Dos a 4 veces por semana	Todos los días	No consume	
Carnes (vaca, cerdo, pescado y pollo)	5,2	12,4	46,2	35,8	0,4	100,0
Leche	2,9	5,0	18,0	70,3	3,7	100,0
Frutas	6,2	15,0	34,0	42,5	2,2	100,0
Verduras	2,8	10,2	32,0	54,0	1,0	100,0
Lácteos (yogures, quesos, cremas, etc.)	6,0	14,3	33,5	42,4	3,9	100,0
Postres para niños	13,0	19,5	24,5	18,8	24,3	100,0
Galletitas dulces	9,4	17,2	32,2	30,8	10,4	100,0
Golosinas	12,7	21,0	20,1	21,5	24,7	100,0
Útiles escolares	28,7	7,0	7,9	41,4	15,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

de sectores medios y altos, y que por ende significan el acceso a un mejor nivel de vida y una mayor dignidad para los hogares de los estratos bajos:

*Yo les doy si se portan bien para que vayan a comprarse golosinas.*

*Yo compro día a día. Compro más cosas pero siempre día a día. Por ahí los chicos van y eligen si quieren alguna galletita.*

*La mía quiere helado. En todos lados venden. Yo compro una bolsita de helado y la pongo en el freezer y le voy dando.*

*La felicidad que tenés de comprarle un pancho.*

*Comprar queso rallado.*

Este fenómeno se observa también en el caso de la indumentaria, cuya compra resultaba imposible anteriormente, así como en elementos para la escuela, ropa de cama e incluso la posibilidad de solventar gastos en salud dental:

*Podés comprarle al chico una zapatilla que no tenía antes. El sueldo no alcanzaba antes, y con una zapatilla fea era para que vinieran llorando.*

*Antes no compraba cosas [...] ahora le puedo comprar una zapatilla al nene...*

*En el hecho de que puedan estudiar y asistir con sus útiles. Yo antes no le podía comprar el Rivadavia, yo se los cosía. El Rivadavia casero. El mayor cuando arrancó el chiquito me dijo: “¡Mamá! Le has comprado el cuaderno”.*

*Con el bebé estoy comprando cosas que voy a necesitar para cuando nazca. El otro tiene 6 años ya, muy pocas cosas me sirven para él. El mes que viene con esa plata compro las sábanas para la cuna. Me la llegan a sacar y me muero.*

*Es lindo poder darle a los chicos pequeños gustos para la escuela. Lápices de colores.*

*Mi hija está pagando la ortodoncia con la asignación universal. Tenía los dientes horribles. Cuando empezó a cobrar fuimos a la odontóloga que le puede pagar en cuotas. Ella dice orgullosa: “Le pudo pagar con mi salario”.*

Si se revisan los cambios en los consumos entre el momento actual y el momento anterior a la percepción de la AUH, se obtienen datos muy relevantes para evaluar el efecto de la asignación en los hábitos de consumo de los hogares receptores.

El ingreso de la AUH muestra tener un impacto apreciable en la mejoría de las condiciones materiales de vida. El consumo de los hogares receptores en rubros esenciales mejoró sensiblemente desde que reciben la prestación, según lo reportan las entrevistadas (cuadro 4.2):

- Alrededor de una cuarta parte de los hogares declaró haber aumentado la frecuencia de consumo de los productos considerados.
- Casi el 60%, en tanto, no identificó cambios en sus hábitos de consumo.
- Por último, sólo el 10% consume menos en la actualidad que en el momento previo a recibir la AUH.

Si bien la categoría modal corresponde casi invariablemente a la ausencia de cambios en el consumo, los porcentajes de hogares que reportan mejoras superan en todos los casos a los que declaran caídas en el consumo. Y reviste especial importancia que las mejorías más destacables ocurran en rubros especialmente sensibles y prioritarios, relacionados todos ellos con la alimentación: la ingesta de proteínas, lácteos, frutas y verduras, todos ellos elementos indispensables para una nutrición equilibrada.

La AUH se muestra así como fuertemente coadyuvante a la mejoría de la salud infantil y la reducción del riesgo alimentario, rubro en que el país ha logrado un significativo progreso en los últimos años, según lo ha señalado un informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en 2013.

Una segunda manera de abordar el cambio en la situación de los hogares es a través de la pregunta acerca de si cuentan con recursos suficientes para

**Cuadro 4.2.** Hogares receptores de la AUH según cambios en el consumo antes y después de recibir la prestación. En porcentaje

Producto	Cambios en el consumo				Total
	Consumo más que antes	Consumo igual que antes	Consumo menos que antes	No consume	
Carnes (vaca, cerdo, pescado y pollo)	23,7	60,2	15,8	0,4	100,0
Leche	26,0	61,6	9,6	2,7	100,0
Frutas	24,2	62,9	10,8	2,1	100,0
Verduras	24,0	65,4	9,6	1,0	100,0
Lácteos (yogures, quesos, cremas, etc.)	24,6	60,1	12,5	2,8	100,0
Postres para niños	19,9	49,2	13,0	18,0	100,0
Galletitas dulces	20,9	59,1	12,2	7,8	100,0
Golosinas	16,1	51,5	13,2	19,2	100,0
Pañales descartables	17,5	27,1	5,4	50,1	100,0
Shampoo y crema de enjuague	17,6	76,8	5,3	0,3	100,0
Útiles escolares	21,3	58,5	7,1	13,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

afrontar gastos esenciales y si contaban con ellos antes de percibir la AUH. Se consultó a los hogares acerca de la disponibilidad de dinero para destinar a diversos productos y servicios, que se presentan en el cuadro 4.3 rankeados según la disponibilidad actual de dinero para ese gasto.

Como ya se dijo, el nivel de ingresos es el principal predictor de los hábitos de consumo de los hogares, dado que restringe o habilita el gasto en determinados productos y servicios.

Como se puede advertir, casi 9 de cada 10 hogares receptores cuentan actualmente con dinero para destinar a la compra de productos de limpieza e higiene personal.

El gasto en medicamentos está cubierto para unas tres cuartas partes de los hogares. Es preciso recordar que niños, niñas y adolescentes, así como las mujeres receptoras de la AUH que se atienden en centros de salud públicos a través de las prestaciones del Plan NACER/Programa SUMAR, tienen acceso a la cobertura de medicamentos comprendidos dentro del Programa REMEDIAR.

Dos terceras partes de los hogares cuentan con el dinero suficiente para la compra de útiles y libros escolares. La disponibilidad de dinero para la compra de calzado y ropa de abrigo ronda el 50% y el 40%, respectivamente.

El festejo de cumpleaños de los chicos es valorado por los hogares, sin embargo es un gasto que no puede ser cubierto por más de la mitad de los hogares receptores. El gasto en visitas al dentista es cubierto por el 43,9% de

**Cuadro 4.3.** Hogares receptores de la AUH que declaran disponer de dinero para realizar gastos antes y después de recibir la prestación según rubro de gasto. En porcentaje

Porcentaje de hogares receptores de AUH que manifiestan contar con dinero suficiente para...	Actualmente	Antes de recibir AUH	Variación (puntos porcentuales)
Compra de elementos de higiene personal	89,0	77,7	11,3
Compra de productos para la limpieza del hogar	85,2	76,3	8,9
Compra de medicamentos	74,9	60,7	14,2
Compra de útiles escolares	66,8	51,5	15,3
Compra de calzado	47,3	41,2	6,1
Festejar el cumpleaños de los hijos	45,5	38,2	7,3
Visitas al dentista	43,9	37,1	6,8
Compra de ropa de abrigo	38,7	36,8	1,9
Ponerse al día con deudas	36,9	29,0	7,9
Reparación o mejoras de la vivienda	14,8	13,9	0,9
Gastos de ocio y esparcimiento	12,3	11,5	0,8
Gastos de vacaciones	4,2	6,6	-2,4

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

los hogares receptores. El pago de deudas es un gasto que puede afrontar en promedio el 36,9% de los hogares receptores.

La baja disponibilidad de dinero para gastos como reparación o mejora de la vivienda, ocio y vacaciones denota que, ante restricciones presupuestarias, los hogares eligen aquellos productos y servicios que se consideran más esenciales. Asimismo, estas categorías tienen generalmente un alto costo, lo cual incide en la postergación del gasto en dichos rubros:

- Sólo el 14,8% de los hogares sostiene que cuenta con el dinero disponible para efectuar reparaciones o mejoras en la vivienda.
- El gasto en ocio y esparcimiento es solventado por apenas el 12,3% de los hogares.
- Un escaso 4,2% declara contar en la actualidad con el dinero suficiente para gastos en vacaciones.

Si se pone el foco en los cambios reportados en la disponibilidad de dinero para estos gastos entre el momento previo a percibir la AUH y la actualidad, se observa que los hogares receptores declaran mayor disponibilidad de recursos para destinar a rubros esenciales del consumo. Las principales mejoras, medidas en la diferencia en puntos porcentuales, aparecen en la compra de útiles escolares (+15,3 puntos), medicamentos (+14,2) y artículos destinados a la higiene personal (+11,3).

Se trata de evidencia que pone de manifiesto que la AUH viene a atenuar carencias muy sensibles y que la mayor parte de los hogares que la reciben afronta necesidades básicas.

#### 4.1.1. El impacto de la AUH (GT versus GC)<sup>1</sup>

La comparación entre los hogares receptores (GT) y el grupo de control (GC) arroja diferencias favorables al primero en gran parte de las variables indagadas.<sup>2</sup>

En la mayor parte de los rubros de consumo indagados, el porcentaje de hogares que lo incrementaron es significativamente mayor en el grupo de tratamiento que en el grupo de control.<sup>3</sup> Las variaciones oscilan entre 4,7 y 8,4 puntos porcentuales de impacto en el incremento del consumo (cuadro 4.4).

**Cuadro 4.4.** Impacto de la AUH en el consumo según alimentos y útiles escolares

Consumen más desde que recibe AUH...	GT-GC (%)	Sign.
Carne pescado o pollo	7,6	0,01
Leche	7,9	0,01
Frutas	5,8	0,01
Verduras	8,4	0,01
Lácteos (yogur, quesos, etc.)	7,1	0,01
Postres para niños	4,9	0,01
Golosinas	4,7	0,01
Galletitas dulces	5,9	0,01

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Asimismo, el porcentaje de hogares que aseguran tener siempre lo suficiente para la alimentación es significativamente más elevado en el GT (6,5 puntos) (cuadro 4.5).

En lo referente a otros rubros diferentes de la alimentación, como calzado y útiles escolares, aparecen asimismo diferencias a favor de los hogares receptores. También es mayor el porcentaje de los que realizan sus compras en supermercados, lo que puede verse facilitado por la disposición de la tarjeta y por una mayor disponibilidad de recursos.

En cambio, los recursos suficientes para la compra de productos para la

1. Para realizar el análisis de los impactos de la AUH, se utiliza la comparación de cada indicador seleccionado entre el GT y el GC. El procedimiento utilizado permite aplicar la diferencia T1 (GT)-T1 (GC), así como el testeo estadístico de la significación de las diferencias halladas.

Para evaluar la significación estadística de las diferencias, se emplea, en todos los casos, el test t de Student para la diferencia de medias de muestras independientes y su extensión al caso de las proporciones muestrales, para una prueba bilateral.

2. Sólo se muestran las diferencias que arrojan significación estadística.

3. Se indagó por cambios en el consumo antes y después de recibir la AUH para los hogares receptores y entre la actualidad, y dos años atrás para los hogares del grupo de control.

**Cuadro 4.5.** Impacto de la AUH en el nivel de satisfacción en el consumo de alimentos

	GT-GC (%)	Sign.
Tenemos siempre lo suficiente	6,5	0,01

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

limpieza del hogar aparecen más frecuentemente en el grupo de control, al igual que los que pueden destinarse a gastos de vacaciones. El resto de los rubros no muestra diferencias estadísticamente significativas (cuadro 4.6).

**Cuadro 4.6.** Impacto de la AUH en la disponibilidad de dinero según bienes y servicios

Cuentan con el dinero suficiente para...	GT-GC (%)	Sign.
Compra de calzado	4,1	0,15
Compra de productos para la limpieza del hogar	-4,0	0,05
Visitas al dentista	7,9	0,01
Útiles o libros escolares	13,5	0,01
Gastos de vacaciones	-2,5	0,05
Realizan la mayor parte de las compras en supermercados	6,0	0,05

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 4.2. Gasto del dinero de la AUH

Se indagó, de manera más específica, por el destino que los hogares receptores les dan a los ingresos provenientes de la AUH. En el cuadro 4.7 se presenta el ranking de los productos y servicios para los cuales se utilizan principalmente estos ingresos.

Los productos prioritarios en los cuales se invierte son: alimentos (80,4%); ropa y calzado (60%); y útiles escolares, guardapolvo, mochila y libros (40,3%). En menor medida aparecen los pañales descartables, en los cuales gastan el dinero de la AUH el 18,8% de los hogares; “darles un gusto a los chicos” (15,2%); medicamentos (14,4%); y el pago de servicios (11,6%). Esta última categoría presenta una importante variación según el lugar de residencia: en el Área Metropolitana el 16% de los hogares receptores destina el dinero de la AUH a este fin, mientras que en las localidades de hasta 100.000 habitantes sólo el 8,7% usa el ingreso de AUH para el pago de servicios.

Sobre este rubro, vale citar lo declarado por las titulares:

*Yo lo que gano día a día es para la comida. La asignación va parte*

*para luz, agua, parte para ellos para colegio y ropa cuando se puede. Pido alguna tarjeta prestada y pago la cuota con la asignación.*

*Mi hija quería videocable y no tenía. Ahora ya he puesto.*

Los rubros como productos de limpieza, transporte, productos de tocador y combustible para cocinar o calefaccionar aparecen como residuales.

**Cuadro 4.7.** Hogares receptores de la AUH según principales destinos que se le otorga al dinero de la AUH. En porcentaje

Destino del dinero de AUH	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Alimentos	82,7	79,9	76,6	80,4
Ropa o calzado	50,3	63,1	67,1	60,0
Útiles escolares, guardapolvo, mochila, libros	35,0	42,4	40,3	40,3
Pañales descartables	19,9	18,7	16,0	18,8
“Darles un gusto a los chicos”	8,7	17,7	15,6	15,2
Medicamentos	9,7	16,9	9,0	14,4
Pago de servicios	16,0	10,1	8,7	11,6
Productos de limpieza	5,2	5,1	3,5	5,0
Transporte	5,9	4,4	1,7	4,6
Productos de tocador	3,9	3,5	3,7	3,6
Otros	2,7	1,4	1,0	1,7
Combustible para cocinar o calefaccionar	0,8	1,0	1,8	1,0

\* Se consideraron los rubros a los que mayor dinero se destina (hasta un máximo de 3 rubros).

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La prestación de la AUH brinda la seguridad de un ingreso que cobra regularidad y certeza cada mes. El acceso a ciertas posibilidades de consumo se relaciona muy estrechamente, no solamente con el bienestar material, sino con la sensación de dignidad y autovaloración:

Según Kendrick (2010), un terapeuta de familia “es la mejor vitamina diaria que los padres pueden dar a los hijos”. Implica interactuar en el marco de las comidas familiares, recibir preguntas sobre qué han hecho en la escuela ese día, quiénes son sus amigos, qué tal el maestro, o hacerlas sobre en qué están trabajando sus padres. (Kliksberg, 2011)

*Te das cuenta cuando empieza el mes porque ves a las chicas con los niños paseando en el centro... Esa es la postal de Mendoza cuando cobran.*

*Yo cambié hacia una mentalidad positiva cuando empecé a cobrar. Antes no compraba cosas porque por ahí mi marido quedaba sin trabajo y no iba a poder pagarlo.*

*Mi hijo tiene 14 me dice: “Me voy a tal lado”. “Tenés hasta las 10, ¿tenés plata?” “Sí”, y me siento una genia. Se va con su plata.*

### 4.3. Alimentación

En este apartado se analizará particularmente el consumo de alimentos de los hogares receptores de AUH.

Una tercera parte de los hogares declara haber mejorado la calidad o la marca de los alimentos que consume. En el Área Metropolitana esta proporción es aún mayor que la promedio (cuadro 4.8).

**Cuadro 4.8.** Hogares receptores de la AUH según cambios en la marca/calidad de los productos respecto de antes de recibir la AUH por estrato poblacional. En porcentaje

Alimentos	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Mejóro marca/calidad de los productos que consume	41,5	30,3	29,8	33,2
Compra lo mismo	58,5	69,7	70,2	66,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Si se analiza el lugar en donde los niños y adolescentes realizan sus comidas, se observa que casi el 90% de niños y adolescentes receptores de AUH almuerza con al menos uno de sus padres todos los días de la semana (cuadro 4.9). Este porcentaje aumenta a medida que disminuye el tamaño de la localidad y es levemente superior que para el grupo de control.

La importancia de la comensalidad familiar es resaltada por Kliksberg (2011a):

Un porcentaje reducido (5,8%), en tanto, recibe alimentos en forma gratuita en comedores comunitarios (cuadro 4.10). Este porcentaje es algo superior en las localidades de 100.000 habitantes y más.

Si se analiza en conjunto el dato de los cuadros 4.9 y 4.10, se puede concluir que la AUH contribuye a aumentar la comensalidad.

**Cuadro 4.9.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según frecuencia con que almuerza con su madre o padre por estrato poblacional. En porcentaje

Cantidad de veces que almuerza con la madre y/o el padre	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total	GT-GC
Todos los días	85,2	90,4	95,7	89,4	2,5 (sign. 0,1)
Tres o cuatro veces por semana	4,6	2,8	1,0	3,1	
Una o dos veces por semana	7,6	3,7	2,1	4,6	
Ninguna	2,6	3,2	1,2	2,9	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 4.10.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según asistencia a comedor comunitario por estrato poblacional. En porcentaje

Asiste a comedor comunitario	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	5,6	6,2	3,0	5,8
No	94,4	93,8	97,0	94,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

#### 4.4. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto de la AUH en el consumo

Una de las dimensiones en donde mayor hincapié hicieron los entrevistados fue en el impacto positivo que la AUH tuvo sobre el consumo de los hogares, repercutiendo sobre todo en la mejor alimentación de niños, niñas y adolescentes.

Al respecto, tanto los representantes de salud y educación, como los referentes políticos, han señalado que perciben notables mejoras en la calidad de vida de las familias receptoras, que se evidencia en la compra de otro tipo de alimentos (frescos), artículos de higiene, ropa, calzado y útiles escolares. Lo que se resalta es que el gasto es “en los chicos”:

*Percibí notablemente la mejora de la calidad de vida de esos niños y jóvenes que la perciben. Me parece que las familias han podido, a través de la asignación, acompañar no sólo el proceso sanitario-educativo de sus hijos, sino la cuestión de su vestimenta, de su alimentación, de su hábitat y ves que muchas familias con muchos niños se sostienen con la Asignación.*

*Incorporaron productos frescos a su dieta, no sé... que los ves que pudieron acceder a su zapatilla, a un toallón, a una chapa y a una cama, y que realmente se invierte en la mejora de los chicos.*

*El acceso a comprar fruta, el acceso a la higiene... poder acceder a productos de limpieza.*

*Yo escucho: "Ahora que cobro asignación le voy a comprar tal cosa... la mochila... o voy a ir al hospital..."*

*Hay madres que han dicho que era la primera vez que podían comprarles una mochila a los chicos.*

*Lo de las zapatillas es simbólico. Pero en un determinado momento los chicos que venían con zapatillas nuevas eran hijos de dealers, o las habían robado. Ahora no.*

*Hay chicos que en pleno invierno con temperaturas de cero grado que para el Chaco es una helada, venían en ojotas y sin medias. Sin abrigo. Eso cambió rotundamente en los últimos dos años.*

*Lo ves en la dignidad de los niños que van a la escuela. Hoy los ves con zapatilla, delantal.*

*Cuando empezó compraban todos la moto. Después venían y decían que no tenían nebulizador. "¿Cobrás?" "Sí" "Tenés que comprar un nebulizador con eso". Y va cambiando. Se nota que está volcado hacia los chicos. Eso lo vemos y si no lo vemos, lo decimos.*

*Puede colaborar para que tenga útiles. Hemos visto que a comienzo de este año han venido con más útiles, más mochilas. Hemos notado que a comienzo de año han hecho ese gasto en los chicos.*

*Seguramente habrá gente que la use mal. Pero el grueso la usa correctamente. Estamos en contacto con estos sectores y vemos la diferencia de los chicos que están por lo menos vestidos, alimentados.*

*A mí me parece que en un momento fue necesario y pudo lograr que los chicos vengan a la escuela, que tengan su celular, que tengan su zapatillas, a mí me parece que ha ayudado bastante, hace unos años atrás que había unas chicas que no tenían zapatillas, desde que está la Asignación ya no piden, pero en otro momento pedían zapatillas porque no lo podían mandar a la escuela, para resolver ese tipo de casos muy complicados.*

*Antes compraban fideo suelto, ahora compran paquete. O mejor calidad. Y le podés decir: "No comprés esto, comprá tal cosa...". "Comprale naranja*

*y hacé jugo en vez de gaseosa.” Ya tienen accesibilidad a un perfume, un talquito...*

*La mayoría hace trabajos informales: changarines, empleadas domésticas. Ahora ya tienen en su presupuesto y todos los meses disponen de eso.*

En lo que se refiere a la alimentación particularmente, se resalta la mejora en la dieta y, como consecuencia, en la situación nutricional de los niños. Se destaca la incorporación de frutas y verduras y lácteos:

*A veces uno le indica por una forma indirecta, en el bajo peso o sobrepeso produce esa mal nutrición y uno al darle con la nutricionista con un tipo de dieta en especial el límite era el tema del ingreso del dinero y eso se plantea pero es raro que te planteen que no pueden hacer la dieta [...] ahora menos que antes.*

[Gastan] *En alimentación o ropa. Lo indispensable. Capaz que antes comían un fideo hervido, ahora les alcanza para verduras, algo mejor. Mejora la alimentación.*

*Una le puede decir a la madre... antes sin ayudas resultaba difícil decir: “Lo ideal es que coma fruta, mucha verdura... carne”. Sacarla del fideo, la harina. Ahora podés aconsejarla... “Comprale un yogur”.*

Como señalan algunos directores de escuela de zonas extremadamente vulnerables, los chicos ya no tienen hambre:

*Que hubo más consumo sí, porque ellos tienen ese dinero, ahora yo lo que noto es que quizá el consumo tiene que ver con la comida. O sea en lo que yo lo noto es que no vienen chicos con hambre. Eso no lo vemos, no lo vemos como lo vimos años anteriores [...] en un momento se nos desmayaban los nenes de hambre, esto nosotros no lo vemos.*

*Hay un mejor aspecto del alumno. Los mismos niños a veces se desmayaban porque no desayunaban [...] En ese punto sí se nota un cambio. Un dinero bien utilizado. Es bien notorio.*

Sin embargo, en palabras de un referente de salud, aún persisten problemas en la dieta, aunque de forma más aislada:

*Llegan con todas las carencias: comen muchas grasas, muchas harinas, porque es más barato. De ahí que haya problemas de mala nutrición.*

Un punto interesante que surgió en las entrevistas sobre “el antes y el después” de la AUH es el incentivo a la comensalidad en el hogar. Antes los

chicos asistían al comedor de la escuela porque no tenían comida en su casa, mientras que ahora pueden alimentarse en su hogar:

*Todo cambia. Antes me pedían comida para llevar a la casa. Hoy me dicen: “No, yo como en mi casa”. No quiere decir que no falte mucho, pero la AUH viene a modificar un montón de cosas.*

*Antes venían en ojotas, hoy todos tienen zapatillas. Hay comida en las casas. Acá no es fea la comida, pero prefieren comer lo que les hace su mamá en la casa.*

#### 4.5. Bancarización y acceso al crédito

La AUH impulsa la bancarización de los hogares receptores y, a través de esto, el acceso a los servicios bancarios y beneficios comerciales de los medios de pago.

La inclusión financiera de los hogares de sectores más vulnerables constituye una dimensión clave, ya que gran parte de ellos “genera sus ingresos a partir de actividades económicas informales, inestables o que pueden ser afectadas por factores impredecibles o no controlables, que los obliga a vivir con flujos irregulares o estacionales de ingreso y, por tanto, de consumo. Los servicios de depósitos y créditos, al permitirles suavizar sus flujos de ingreso y de consumo, constituyen una herramienta para optimizar la asignación intertemporal de sus recursos y mejorar el bienestar del hogar en el tiempo” (Maldonado *et al.*, 2011).

Se indagó sobre la tenencia de cuenta bancaria de algún miembro del hogar (incluyendo cuentas sueldo, otras cajas de ahorro y cuentas corrientes), y poco más de un cuarto de los hogares declaró estar bancarizado. Esta situación varía según el lugar de residencia ya que aumenta entre los hogares de localidades de hasta 100.000 habitantes y disminuye entre los hogares del Área Metropolitana. Respecto del grupo de control, significa 6,3 puntos porcentuales más, es decir que se constata que la AUH ha logrado cierto impulso a la bancarización (cuadro 4.11).<sup>4</sup>

Un dato significativo es que casi dos terceras partes de los hogares receptores abrieron la cuenta bancaria a partir de 2009 (cuadro 4.12).

Sólo el 13% de los hogares posee tarjeta de crédito (porcentaje que disminuye entre los hogares metropolitanos y aumenta entre los que residen en localidades de más de 100.000 habitantes), y más de la mitad declara que la emisión de su tarjeta fue a partir de 2009. El bajo porcentaje de acceso a tarjeta de crédito puede estar vinculado con los requisitos que tienen las entidades bancarias para otorgar este producto (cuadros 4.13 y 4.14).

4. Se consultó por la tenencia de cuentas exceptuando la que implica la tarjeta bancaria propia de la AUH.

**Cuadro 4.11.** Hogares receptores de la AUH según tenencia de cuenta bancaria por estrato poblacional. En porcentaje

Cuenta bancaria	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total	GT-GC
Sí	17,4	31,8	23,4	27,4	6,3 (sign. 0,01)
No	82,6	68,2	76,6	72,6	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 4.12.** Hogares receptores de la AUH con cuenta bancaria según año de apertura de la cuenta bancaria por estrato poblacional. En porcentaje

Año de apertura de la cuenta	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Antes de 2009	27,2	37,3	43,3	36,0
De 2009 en adelante	72,8	62,7	56,7	64,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 4.13.** Hogares receptores de la AUH según tenencia de tarjeta de crédito por estrato poblacional. En porcentaje

Tarjeta de crédito	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	9,4	14,8	11,3	13,1
No	90,6	85,2	88,7	86,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 4.14.** Hogares receptores de la AUH con tarjeta de crédito según año de emisión de la tarjeta de crédito por estrato poblacional. En porcentaje

Año de emisión de la tarjeta de crédito	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Antes de 2009	51,2	47,4	53,8	48,5
De 2009 en adelante	48,8	52,6	46,2	51,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La tarjeta de compra es utilizada por un porcentaje muy pequeño de los hogares receptores (9%). Dos terceras partes de quienes poseen la obtuvieron a partir de 2009 (cuadros 4.15 y 4.16).

El lugar en donde los hogares realizan las compras habitualmente se distribuye en forma bastante heterogénea (cuadro 4.17). El 42% realiza sus compras en supermercados; el 31,1%, en comercios cercanos; y el 26,8%, en ambos.

**Cuadro 4.15.** Hogares receptores de la AUH según tenencia de tarjeta de compra por estrato poblacional. En porcentaje

Tarjeta de compra	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	9,1	9,3	5,6	9,0
No	90,9	90,7	94,4	91,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 4.16.** Hogares receptores de la AUH con tarjeta de compra según año de emisión de la tarjeta de compra por estrato poblacional. En porcentaje

Año de emisión de la tarjeta de compra	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Antes de 2009	18,6	38,9	42,9	33,5
De 2009 en adelante	81,4	61,1	57,1	66,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 4.17.** Hogares receptores de la AUH según lugar principal donde realiza las compras por estrato poblacional. En porcentaje

Lugar donde realizan las compras	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Supermercado	37,0	43,9	43,5	42,0
Comercios cercanos	35,7	30,5	19,4	31,1
Ambos	27,2	25,6	37,1	26,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La posibilidad de hacer compras para el mes, en un supermercado que tiene mejores precios o mayor variedad de productos y marcas, proporciona seguridad y permite superar el “día a día” propio de los ingresos irregulares que caracterizan a muchos de estos hogares:

*Vas al Makro ahora, es verdad. Ayer fuimos y compramos azúcar.*

*Yo voy al mayorista y le compro toda la merienda. Los juguitos que les gustan a ellos.*

*Sí. Lo veo en el súper. Ir con la plata al súper. Comprás y sentís que tenés algo en la heladera que no va a faltar.*

El medio de pago utilizado con mayor frecuencia es el dinero en efectivo para casi la totalidad de los hogares receptores, lo cual resalta la baja penetración de los productos bancarios, como tarjetas de débito y crédito, en la vida cotidiana de esta población (cuadro 4.18).

**Cuadro 4.18.** Hogares receptores de la AUH según medio de pago más frecuente por estrato poblacional. En porcentaje

Medio de pago más frecuente	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Dinero en efectivo	95,1	96,3	98,4	96,2
Tarjeta de crédito	1,1	1,8	0,8	1,5
Tarjeta de débito	3,4	1,8	0,8	2,1
Tarjeta de compra de comercios	0,4	0,1	-	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Casi 4 de cada 10 hogares aprovechan descuentos u ofertas de los comercios en donde realizan sus compras. El 11,7% de los hogares manifiesta que los comercios “le fian más” desde que tiene la AUH. El otorgamiento de créditos para la compra en los comercios es bajo y alcanza al 9,7% de los hogares receptores (cuadros 4.19-4.21).

Queda como punto pendiente, todavía, lograr una mayor bancarización y acceso al crédito para los destinatarios de AUH. Los sectores más vulnerables deben recurrir a canales que encarecen desmedidamente el acceso a préstamos monetarios. En este sentido, podría pensarse en extender los beneficios de la tarjeta ARGENTA, que tiene ventajas para los jubilados y pensionados (Mazzola, 2012).

**Cuadro 4.19.** Hogares receptores de la AUH según acceso a descuentos en las compras por estrato poblacional. En porcentaje

Descuentos	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	37,5	33,3	100,0	38,5
No	62,5	66,7	-	61,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 4.20.** Hogares receptores de la AUH según acceso a compras fiadas en los comercios por estrato poblacional. En porcentaje

Los comercios le fían más	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	10,2	12,0	14,5	11,7
No	50,5	39,2	31,5	41,7
“Nunca pido fiado”	39,2	48,8	54,0	46,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 4.21.** Hogares receptores de la AUH según acceso a crédito del comercio en las compras por estrato poblacional. En porcentaje

Los comercios le dan crédito para comprar	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	7,7	10,1	14,5	9,7
No	54,2	41,5	37,1	44,5
“Nunca pido crédito”	38,2	48,5	48,4	45,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 5. El impacto de la AUH en el empleo de los hogares

### 5.1. Situación de empleo de los hogares receptores

En términos de disponibilidad y empleo de la fuerza de trabajo, los hogares receptores de la AUH guardan algunas diferencias en relación con el conjunto de los hogares urbanos (cuadro 5.1).<sup>1</sup>

**Cuadro 5.1.** Promedio de ocupados, activos y desocupados por hogar. Hogares receptores de la AUH según estrato poblacional, total hogares urbanos y hogares del primer cuartil de IPCF. En personas

	Cantidad de ocupados en el hogar	Cantidad de activos en el hogar	Cantidad de desocupados en el hogar
Hogares AUH (Área Metropolitana)	1,3	1,5	0,2
Hogares AUH (más de 100.000)	1,5	1,7	0,3
Hogares AUH (hasta 100.000)	1,4	1,7	0,3
Hogares AUH (total)	1,4	1,7	0,2
Total urbano*	1,3	1,4	0,1
Total urbano* (hogares con menores de 18 años)	1,6	1,7	0,1
Total urbano (1 <sup>er</sup> cuartil)*	1,2	1,4	1,1
Total urbano 1 <sup>er</sup> cuartil* (hogares con menores de 18 años)	1,3	1,5	0,1

\* EAHU 2013 (INDEC).

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Tanto la cantidad media de personas económicamente activas en estos hogares como la de ocupados son –salvo en los que habitan el Área Metropolitana– algo mayores que las de los hogares del conjunto urbano. Otro tanto sucede con los desocupados.

1. La comparación se realiza en todos los casos con hogares que incluyen hijos menores de 18 años.

Si se compara con los hogares del total urbano que se ubican en el primer cuartil de ingreso per cápita familiar, que se asemejan a los hogares de AUH, se aprecia que ellos tienen —en promedio— menos ocupados y activos, y más desocupados que los hogares que reciben AUH.

En este sentido, debe tenerse en cuenta que los hogares receptores de AUH son, como se ha visto, de mayor tamaño que la media nacional, pero menores que los del primer cuartil de ingreso per cápita familiar.

Las tasas de actividad, empleo y desempleo permiten una comparación más equilibrada, que neutraliza los efectos del número total de miembros sobre la fuerza de trabajo (cuadro 5.2).

La tasa de actividad masculina es, para el conjunto de la población de 18 años y más que habita en hogares receptores de AUH, algo mayor que las que registra la población que habita hogares con presencia de hijos menores en el total urbano nacional. Esta diferencia no se manifiesta, sin embargo, en el caso de las áreas más pequeñas. Por su parte, la tasa de empleo es menor y la de desempleo resulta sistemáticamente más elevada que en el conjunto urbano, lo que revela mayores dificultades para la inserción efectiva de la fuerza de trabajo disponible.

En el caso de las mujeres de 18 años y más que residen en los hogares receptores de AUH, las tasas de actividad son prácticamente iguales a las de sus pares del conjunto urbano. Pero son marcadamente más bajas las de empleo —y notoriamente más elevadas las de desempleo—, lo que pone de manifiesto nuevamente las dificultades de inserción laboral en los sectores más vulnerables en comparación con la población en general.

Sin embargo, corresponde realizar una comparación más cabal con la población del total urbano nacional que se ubica en el cuartil más bajo de ingreso per cápita familiar, que se asemeja a la población receptora AUH. Aquella se muestra en notoria desventaja en comparación con esta última. Tanto para varones como para mujeres de los hogares con AUH (y especialmente en el caso de estas últimas), las tasas de actividad y empleo son mayores. Pero también lo son las de desempleo: muy levemente en el caso masculino y en forma más marcada entre las mujeres.

De esta forma, en los hogares que reciben AUH aparece una predisposición a insertarse en la actividad económica muy similar a la del conjunto de los hogares urbanos —tanto entre mujeres como entre varones—, pero mayor que la de la población residente en los hogares del primer cuartil nacional.

Las tasas de desocupación son superiores, especialmente en el caso femenino. Es posible conjeturar que el ingreso proveniente de la AUH podría operar elevando el salario de reserva femenino en los hogares receptores, apartando a las mujeres de situaciones de explotación en empleos de muy mala calidad, y con ingresos muy bajos, poniendo un piso al salario y a su vez cubriendo el costo de la búsqueda de empleo. Esto dista de significar desaliento laboral, ya que las tasas de actividad y empleo son más altas que en los hogares del primer cuartil urbano. Al mismo tiempo, se puede concluir que la AUH brinda

**Cuadro 5.2.** Tasas de actividad, empleo y desempleo de la población de 18 años y más. Total urbano y primer cuartil IPCF y población mayor de 18 años en hogares receptores de la AUH

	Hogares AUH				Total urbano*	Total urbano (1 <sup>er</sup> cuartil)*
	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total hogares AUH		
<b>Varones</b>						
Tasa de actividad	89,1	88,7	84,2	88,5	87,3	82,8
Tasa de empleo	82,7	81,4	76,9	81,4	83,5	76,4
Tasa de desempleo	7,2	8,3	8,7	8,1	4,4	7,6
<b>Mujeres</b>						
Tasa de actividad	54,1	55,6	54,4	55,2	55,1	41,1
Tasa de empleo	44,4	43,1	40,5	43,2	50,0	34,3
Tasa de desempleo	17,9	22,6	25,6	21,7	9,1	16,4
<b>Total</b>						
Tasa de actividad	67,9	68,6	66,0	68,2	70,1	59,7
Tasa de empleo	59,4	58,1	54,6	58,2	65,6	53,2
Tasa de desempleo	12,4	15,3	17,3	14,7	6,4	11,0

\* EAHU 2013 (INDEC): sólo hogares con hijos de hasta 17 años.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 5.3. Tasas de actividad, empleo y desempleo de jefes de hogar. Total urbano y primer cuartil IPCF y jefes de hogares receptores de la AUH**

	Hogares AUH				Total urbano*	Total urbano (1 <sup>er</sup> cuartil) *
	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total hogares AUH		
<b>Varones</b>						
Tasa de actividad	97,4	92,3	91,3	93,5	93,3	89,8
Tasa de empleo	93,9	87,0	85,5	88,7	91,3	85,9
Tasa de desempleo	3,6	5,7	6,3	5,2	2,1	4,3
<b>Mujeres</b>						
Tasa de actividad	64,4	67,4	62,8	66,2	66,1	57,1
Tasa de empleo	55,5	56,5	47,7	55,6	62,6	51,6
Tasa de desempleo	13,9	16,2	24,1	16,1	5,3	9,6
<b>Total</b>						
Tasa de actividad	79,9	79,6	76,6	79,4	85,7	78,9
Tasa de empleo	73,5	71,4	65,9	71,6	83,3	74,4
Tasa de desempleo	8,0	10,2	13,9	9,9	2,8	5,6

\* EAHU 2013 (INDEC); sólo hogares con hijos de hasta 17 años.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

también libertad de elección de salir a trabajar y prolongar las búsquedas hasta encontrar una oportunidad de inserción laboral adecuada.

Cuando la comparación se restringe a los jefes de hogar, también se aprecian diferencias. Tanto para los varones como para las mujeres en los hogares receptores de la AUH, las tasas de actividad son equivalentes a las del conjunto urbano, pero las de empleo son sistemáticamente más bajas. A su vez, el desempleo resulta mayor: especialmente en el caso de las jefas mujeres es tres veces más alto (cuadro 5.3).

Cuando se toma como punto de comparación a los jefes de hogares del primer cuartil de ingreso per cápita del total urbano, que se asemejan a los hogares de AUH, tanto los jefes varones como las mujeres de este segmento de población de bajos ingresos presentan tasas de actividad y empleo más bajas que las de los hogares que reciben AUH, al tiempo que un menor desempleo.

Toda la evidencia empírica sugiere, pues, que la AUH no reduce la propensión a insertarse en el mercado de trabajo.

### 5.1.1. El impacto de la AUH en la actividad, el empleo y el desempleo

La comparación de las tasas de actividad, empleo y desempleo entre el grupo de tratamiento y el grupo de control, destinada a identificar eventuales impactos de la AUH sobre las estrategias laborales de los hogares, se realiza para tres subconjuntos: adolescentes de hasta 17 años, población de 18 años y más y, por último, jefes y jefas de hogar (cuadro 5.4).

**Cuadro 5.4.** Impacto de la AUH en las tasas de actividad, empleo y desempleo según grupos poblacionales seleccionados. Diferencia GT-GC

	GT-GC	Significación
Adolescentes hasta 17 años		
Actividad	-2,6	0,15
Empleo	-1,2	No sign.
Población de 18 y más		
Actividad	1,6	No sign.
Empleo	5,0	0,01
Desempleo	-5,3	0,01
Jefes de hogar (varones)		
Actividad	7,3	0,01
Empleo	10,2	0,01
Desempleo	-3,6	0,1
Jefas de hogar (mujeres)		
Actividad	1,0	No sign.
Empleo	6,0	0,1
Desempleo	-7,1	0,05

En el caso de la población general de 18 años y más, en unos y otros hogares, las tasas de actividad y empleo se muestran mayores en el GT (aunque sólo en el caso del empleo la diferencia arroja significación estadística), al tiempo que las de desempleo resultan significativamente más elevadas en el GC.

En el caso de los adolescentes de hasta 17 años, las tasas de actividad y empleo son previsiblemente bajas en ambos grupo de hogares. Pero lo son aún más en el grupo de tratamiento (hogares receptores de AUH), lo que arroja significación estadística en el caso de la tasa de actividad. Cabe señalar que al analizar esta información se debe tener en cuenta que uno de los objetivos de la AUH es mantener a los adolescentes menores de 18 años en la escuela, por lo tanto, la menor tasa de actividad y empleo en este segmento es un dato positivo y alentador. La AUH demuestra capacidad para reducir el desempleo en estos sectores al mantener fuera del mercado laboral a jóvenes con escasas probabilidades de inserción adecuada. Por esta vía, se ve favorecida la asistencia escolar al secundario, evitando una entrada temprana al mercado laboral en condiciones desventajosas, en trabajos muchas veces asociados a la explotación.

Entre los jefes de hogar varones las tasas de actividad y empleo son notablemente más altas en los hogares receptores, mientras que las de desempleo son menores. Cuando se trata de mujeres, la actividad no muestra diferencias apreciables, aunque sí es más alto el empleo en el grupo de tratamiento, al tiempo que significativamente menor el desempleo. Los jefes de hogar que reciben la AUH se insertan en mayor medida en la actividad económica, y sus intentos resultan más eficaces.

A partir del análisis no existe, por lo tanto, evidencia empírica alguna acerca de la existencia de un desincentivo a la actividad laboral como resultante de recibir la AUH. No se observa como estrategia al interior de los hogares, encaminada a reducir la oferta de fuerza de trabajo al percibir un ingreso adicional.

Por el contrario, la AUH demuestra capacidad para potenciar la búsqueda de empleos de buena calidad y para evitar que los jóvenes experimenten una inserción laboral precoz en condiciones muy desventajosas, según se verá oportunamente.

## **5.2. Categoría ocupacional de los ocupados**

En el caso de los ocupados, conviene realizar alguna aproximación a sus condiciones de desempeño en el mercado de trabajo (cuadro 5.5).

En los hogares AUH, para el caso de los jefes varones, más de la mitad de ellos son trabajadores por cuenta propia, es decir, informales. Hay 45% de asalariados no registrados en la Seguridad Social.

**Cuadro 5.5.** Jefes de hogar y titulares de la AUH ocupados según categoría ocupacional. Total urbano y primer cuartil de IPCF y jefes y titulares de la AUH. En porcentaje

Categoría ocupacional	Jefes de hogar AUH (varones)	Jefas de hogar AUH (mujeres)	Titulares de AUH	Jefes de hogar total urbano*	Jefes de hogar total urbano (1 <sup>er</sup> cuartil)*
Trabajador por cuenta propia y empleadores	54,5	24,7	27,6	28,5	35,0
Empleada doméstica	0,0	50,4	47,5	5,4	10,6
Obrero o empleado	45,4	23,4	23,7	66,0	54,3
Trabajador sin salario	0,2	1,5	1,2	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* EAHU 2013 (INDEC).

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

En cuanto a las mujeres –tanto jefas de hogar como titulares de AUH–,<sup>2</sup> prácticamente la mitad se desempeña en el servicio doméstico.

### 5.3. Informalidad del empleo y valoración del empleo registrado<sup>3</sup>

Como se señaló anteriormente, resulta imposible llevar a cabo el análisis del impacto de la AUH en la informalidad empleando evidencia cuantitativa basada en la comparación del grupo de tratamiento y el grupo de control. Pues justamente se accede a la prestación de AUH por el hecho de no contar con un empleo registrado, que en cambio franquearía el acceso a la asignación familiar propia del régimen contributivo.

Para que resultara factible analizar las trayectorias laborales y poner a prueba cuantitativamente los debates generados en torno al posible efecto “desaliento a la formalidad” (o bien el “incentivo a la informalidad”) mencionados por alguna literatura,<sup>4</sup> sería preciso contar con datos de panel, que repitieran las observaciones en el grupo de tratamiento y el grupo de control a lo largo del tiempo. Y el momento inicial debiera, en rigor, ser previo a la recepción de la AUH, es decir, una línea de base, para no incurrir nuevamente en el sesgo que establece al respecto la condición de “elegible”. Esto supone no pocas dificultades.

Hay que destacar, en cambio, que sí resulta posible analizar la percepción

2. Estas identidades coinciden en el 40% de los casos.

3. Se adopta como criterio el registro en la Seguridad Social, conforme a las definiciones más recientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

4. Ver capítulo 1.4.

de las titulares de AUH acerca de las ventajas que supone el empleo registrado empleando los testimonios recogidos en el abordaje cualitativo.

En Argentina hay una gran valoración del trabajo “en blanco”, pues son abismales sus ventajas en términos de la seguridad y prestaciones asociadas (obra social, aguinaldo, asignación familiar, vacaciones, licencias por enfermedad, ART, indemnización por despido, seguro por desempleo, acceso a jubilación, etc.). Al indagar a las titulares de la AUH sobre este tema, se manifiesta la importancia que le dan al trabajo registrado.

*Igual yo hubiera preferido tener un trabajo en blanco. Si me das a elegir, yo prefiero un trabajo en blanco.*

*Me gustaría trabajar en una escuela por ejemplo. De portera. Pero que me paguen en blanco. Pero hoy por hoy te piden mínimo secundaria o computación... yo tengo la primaria nomás.*

*A mí me gustaría tener la suerte de ella que tiene al marido trabajando, con obra social... tiene todo más fácil. Un sueldo que le dura todo el mes. Nosotras con 700 o 1.000 pesos no vivimos todo el mes.*

*Porque tengo aportes, si me enfermo tengo derecho a quedarme en casa y cobrar igual... los aportes es lo más importante.*

*Me gustaría tener un trabajo y no depender del salario universal. Yo laburé toda mi vida y nadie me dio nada. Todo lo que tengo lo gané. Me gustaría tener un sueldo bueno.*

[Con relación a las ventajas del empleo registrado] *Está buenísimo. [Tenés un] Recibo de sueldo para poder comprar algo... Si te accidentás tenés quien te cubra. No hay explotación. [Tenés] Obra social. Sabés que a fin de mes tenés la plata.*

Como ya se señaló anteriormente, se detectó en algunos testimonios una confusión respecto de la supuesta incompatibilidad entre la percepción de la AUH y el empleo registrado en el servicio doméstico. Ello podría inducir, en ocasiones, a evitar el registro, por el temor de perder la prestación. En algún caso, la fuente de información confusa proviene de los propios empleados de ANSES. Se recomienda mejorar la información y la estrategia de comunicación:

*A mí, porque entré a trabajar de doméstica y mi patrón me pagaba monotributista. Son tres meses que te dan de baja. Le tuve que decir que me dejara de pagar así porque no me pagaban la Asignación: a mí me convenía más la Asignación que lo que cobraba por hora.*

*Y cuidaba a una nena a la mañana y a la tarde-noche. Mil quinientos pesos me pagaba por eso, además de que tenía que limpiarle la casa. “Te*

*blanqueo”, me decía. No, no me convenía que me blanquee. Perdía el plan y con eso le pago el jardín al nene.*

*No. Fui a ANSES y me dijeron o que dejara de trabajar o “que no te paguen de monotributista, que te dejen en negro”.*

Pero la conclusión que se desprende es que la gente valora el trabajo en condiciones dignas, especialmente el trabajo estable y en blanco, que brinda seguridad y protección.

#### **5.4. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto en el empleo**

Los entrevistados fueron consultados sobre sus opiniones acerca de la crítica a la AUH por su supuesto efecto de desaliento al trabajo. Al respecto, la mayor parte de los referentes coincidió en que no ven a la AUH como un factor que limite la salida de la población receptora al mercado laboral. Por el contrario, fueron enfáticos al señalar que la AUH actúa como propulsora de la búsqueda de trabajo:

*Me parece que hay una expectativa de que los jóvenes tengan un laburo en blanco y no llegar a laburar en la informalidad. No creo que genere especulación, puede haber situaciones pero en líneas generales no creo que contribuya a eso.*

*Gracias a Dios en los últimos años hay bastante gente que consiguió trabajo. Teníamos mucha gente viviendo de planes o becas que había [...] Hoy tenemos dos nomás. Es una señal de que la gente está mucho mejor. Antes venían [a trabajar a la escuela] por contraprestación para ese sueldito mínimo que hoy ya no necesita porque tiene otra actividad.*

*Yo tengo mucha gente que cobra la asignación y a su vez trabaja [...] Laburan y cobran. Ellas lo interpretan como una ayuda familiar. El marido trabaja y ella cobra la Asignación.*

*Yo creo que no [desalienta], estoy convencido de que no, es decir si puede conseguir trabajo en blanco y dejar de cobrar la Asignación Universal, dejan de cobrar la Asignación Universal y consiguen trabajo en blanco.*

*Uno lo escucha pero no de la gente que la está cobrando, al contrario, muchos que la dejan de cobrar porque consiguen un trabajo, no es ni que se quejen o que no quieren trabajar porque estén cobrando eso, yo no he escuchado y no he percibido eso en la gente, no lo percibí ni lo he escuchado.*

*No lo ven como que por eso no van a trabajar. Al contrario, los ayuda. [Los] empuja.*

*Creo que el que quiere conseguir trabajo puede. Veo a las mamás y no son de deprimirse ante la adversidad [...] Te pueden frenar muchas cosas pero la idea, el entusiasmo de las mujeres no lo frena cualquiera, no lo frena una Asignación. Aparte si tenés un dinero que te sirve ya sabés lo que es manejar... muchas mujeres están manejando dinero. Y eso no las deja tranquilas, les aumenta el espíritu de seguir adelante. Aunque sea poco el dinero les aumenta las expectativas. Eso les genera más la idea de tener un poco más. No creo que las deje quietas, al contrario.*

Otros tienen posturas más matizadas:

*Tenemos de todo. Hay gente que frena directamente: “Ya tengo un ingreso, tengo que criar a mis hijos”. Hay gente que tiene ese ingreso y busca algo más.*

O señalan que este tipo de argumentos provienen de determinados sectores sociales:

*En clase media, alta... que son los que piensan eso.*

No obstante estas manifestaciones, algunos entrevistados han señalado que las mujeres receptoras suelen retirarse del mercado laboral:

*Al menos la población que hay acá en la escuela las madres no trabajan. Son muy pocas las que trabajan y las que trabajan no son las que tienen la Asignación Universal [...] El que tiene Asignación Universal, el que tiene un plan, trata de no tener un trabajo en blanco.*

[Con relación al retiro de la mujer del mercado de trabajo] *Para la crianza de sus hijos. Si hay otro ingreso me parece que sí, no creo que sólo por la asignación.*

Finalmente, en otros comentarios se observa un desconocimiento de las características de la AUH como un derecho y parte del Sistema de Seguridad Social. Se asocia al Plan Jefes o no se entiende como extensión de las asignaciones familiares:

*A mí me parece que si se extiende en el tiempo puede generar este sentimiento que uno tiene que ser siempre subsidiado, apoyado cuando en realidad lo que nos tiene que brindar el Estado es el laburo, la posibilidad de trabajar, ser independiente, y una Asignación no te hace independiente, por eso lo veo como un paliativo. Sin duda que ha sido importante.*

## 6. El impacto de la AUH en la igualdad de género

En la discusión acerca de los programas o de las estrategias que transfieren ingresos, y especialmente en aquellos que incorporan condicionalidades, aparece frecuentemente la cuestión de la igualdad de género.

En este capítulo nos referiremos a aspectos relevantes que generan controversias y distintas hipótesis. La primera hipótesis afirma el impacto positivo de estas políticas públicas sobre el empoderamiento y la autoestima de las mujeres, ya que la disponibilidad de recursos económicos propios, sobre los que las mujeres pueden ejercer control sin depender de un compañero o cónyuge “proveedor”, les otorga un mayor poder de negociación dentro del grupo familiar y contribuye a romper con el modelo de relaciones de género tradicional.

Al respecto, “en cuanto al efecto positivo que los PTC podrían tener sobre variables de empoderamiento y autonomía de las mujeres, Escobar y González de la Rocha (2009) muestran, sobre la base de evaluaciones cualitativas de Progreso-Oportunidades, que éstas han incrementado su autoestima y su posición dentro de la comunidad al ser receptoras de los beneficios del programa, algo que también se ha verificado en Brasil (Veras Soares y Silva, 2010a, 2010b)” (Cecchini y Madariaga, 2011).

La otra hipótesis afirma que dichos programas fortalecen la “feminización” y la naturalización del rol reproductivo a cargo de las mujeres y que el peso del cumplimiento de las obligaciones demandadas recaerá sobre las mujeres. E incluso, que poner dinero en manos de las mujeres no contribuiría a otorgarles mayores grados de libertad a sus decisiones, sino todo lo contrario.

Este punto procura emplear la información recogida –tanto cuantitativa como cualitativa– para echar alguna luz acerca de estas controvertidas cuestiones.

### 6.1. Empoderamiento de las mujeres

Dentro de las familias, las relaciones de poder dependen de los recursos con que cuentan los miembros para satisfacer las necesidades de otros integrantes

del grupo familiar. Los recursos económicos juegan en ello un papel prevalente (Wainerman, 2002).

En este sentido, la disposición por parte de las mujeres de un ingreso propio podría contribuir a incrementar su capacidad de negociación dentro del grupo familiar. Que las mujeres cuenten con un ingreso independiente fue una reivindicación histórica del movimiento de mujeres.

Algunos trabajos de investigación plantean que la mayor independencia económica femenina podría, potencialmente, traducirse en un incremento de la conflictividad intrafamiliar al impulsar un replanteamiento de los roles familiares tradicionales: especialmente el del “varón proveedor”, arraigado fuertemente en los sectores populares (Ariza y de Oliveira, 2002).

El empoderamiento podría suceder tanto como resultado de la incorporación de las mujeres a la actividad económica remunerada, como también de su acceso a ingresos provenientes de otra fuente, como es el caso de la AUH. La encuesta incluyó preguntas destinadas a indagar estas dimensiones problemáticas (cuadro 6.1).

**Cuadro 6.1.** Titulares de la AUH según percepción de cambios en el vínculo con la pareja. En porcentaje

Cambios en relación con la pareja	Sí	No
¿Ha tenido conflictos con su pareja por el modo en que manejaba el dinero?	6,0	94,0
¿Tiene que consultar con su pareja o con otro varón adulto el modo en que usa el dinero de la AUH?	9,9	90,1
¿A partir del cobro de la AUH está muy ocupada por los trámites que requiere?	15,1	84,9
¿A partir del cobro de la AUH su pareja o marido le pasa menos dinero para gastos del hogar?	11,4	88,6
¿Desde que cobra la AUH se siente más libre para disponer del dinero de su casa?	66,6	33,4

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Las respuestas de las titulares de la AUH sugieren, sin embargo, un bajo nivel de conflictos hogareños vinculados a la percepción de los ingresos provenientes de la AUH, así como del manejo del dinero.

Adicionalmente, la encuesta indagó dos aspectos esenciales vinculados al ejercicio del poder intrafamiliar: principal proveedor de los recursos económicos y principal decisor en materia de su empleo (cuadros 6.2 y 6.3).

En casi 5 de cada 10 hogares receptores, es el jefe de hogar no titular de AUH (generalmente un adulto masculino) quien hace el principal aporte económico a la familia. No es desdeñable, sin embargo, que en casi 4 de cada 10 hogares

**Cuadro 6.2.** Hogares receptores de la AUH según proveedor principal. En porcentaje

En su hogar, ¿quién provee la mayor parte del dinero?	(%)
Jefe del hogar (no titular de la AUH)	49,7
Titular de la AUH	38,5
Otros miembros del hogar	11,8
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 6.3.** Hogares receptores de la AUH según decisor de gastos del hogar. En porcentaje

En su hogar, ¿quién decide en qué y cómo se gasta el dinero?	(%)
Decisión compartida	29,5
Jefe de hogar (no titular de la AUH)	18,7
Titular de la AUH	51,4
Otros miembros del hogar	5,2
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

es la titular de la AUH (sea o no la jefa del hogar) quien tiene a su cargo ese aporte principal.

En casi 30% de los hogares, la decisión acerca del uso del dinero no es detenida por ningún miembro en particular. Se trata de decisiones compartidas. Solamente en el 19% de los casos un jefe de hogar que no es la titular de la AUH es quien toma estas determinaciones, mientras que en casi la mitad de los hogares es la titular de la AUH quien ejerce esta potestad.

Debe señalarse que el porcentaje de titulares que pueden decidir acerca del destino del dinero resulta mayor que el de las que hacen el principal aporte. Esto es un claro indicio de empoderamiento a través de la disponibilidad de un ingreso propio, no provisto por un compañero o cónyuge.

El material recogido en el abordaje cualitativo muestra, desde la percepción de las titulares, un mayor empoderamiento y una sensación de más autonomía en el manejo económico a través del ingreso provisto por la AUH. Es un dinero cuyo destino –prioritariamente gastos relacionados con los chicos– pueden decidir ellas, sin contar con la aprobación de otros miembros del hogar y especialmente de los cónyuges. Brinda poder de decisión y también supone una responsabilidad:

*Vas con la tarjeta y sacás una plata que te dan a vos. Disponer de un cierto dinero cada mes... es una independencia.*

*Y es una tranquilidad mental.*

*Ya el hecho de tener lo tuyo, manejarlo vos...*

*O sentir que aportás en algo. Porque a veces te sentís que estás en la casa con los chicos y no tenés otra vida.*

*Porque sos mujer y te están dando como un poder. Te damos esto para tus hijos, fijate qué es lo que hacés.*

*Lo administrás vos.*

*Sos vos la que administrás la plata.*

*No tenés que andar pidiendo.*

*Mi marido me dice: "A vos te gusta gastar mucha plata". Porque siempre lo hacía incluso antes de la Asignación. Ahora ya no me dice nada.*

*No siento que me están manteniendo.*

*Mi marido siempre me decía que él era el que traía la plata. Y hoy por hoy uno le da un gusto a los hijos y si dice algo... "No le estás pagando vos, le está pagando la Cristina".*

*En mi caso yo dispongo de algo si yo quiero. Si yo quiero lo hago.*

*Yo iba a decir que no es mi caso pero cambió mucho el trato entre el hombre y la mujer cuando están juntos. A lo mejor la mujer tenía que pedirle al hombre unos pesitos para comprar algo [...] le da más libertad a la mujer. Puede decidir. Hacer cosas que antes no podía hacer. No es mi caso, pero mi vecina no podía gastar ni 10 centavos de más de lo que le dejaba el marido.*

En ocasiones, son los niños, las niñas y adolescentes quienes reclaman, pero las madres, finalmente, son quienes administran y destinan el dinero fijando las prioridades:

*Hasta te preguntan: "¿Ya has cobrado, mamá?". Porque esperan siempre algo para ellos, un regalito. Una zapatilla, una remerita nueva... no se puede todo junto.*

*Nunca me dice: "¿Cobraste?", "¿Cuándo cobrás?". Jamás. Sé que es de él y le digo: "Es tu salario, ¿qué te vas a comprar?".*

*...a ella le compramos la computadora. La cuota de la computadora ya estaba destinada. Lo que sobraba era para ella.*

*Yo la retención la divido en tres y que cada una elija algo. Es el ahorro del año de ellas. Ahí está la picardía de que sea en marzo: eligen la mochila de la Barbie o de Patito o de lo que sea.*

En este sentido, la AUH parece redistribuir el “poder de negociación” intrafamiliar, en tanto diversifica las fuentes de donde proviene el dinero, que indudablemente constituye un elemento de poder (Wainerman, 2002). También está demostrando que los niños comienzan a visualizar la AUH como un derecho.

En este punto es posible realizar el contraste con el grupo de control, para detectar posibles impactos de la intervención en la capacidad de decisión respecto del manejo del dinero. Se trata de un aspecto clave.

Se comparó la declaración de las titulares AUH y de las mujeres (titulares potenciales) del grupo de control que respondieron la encuesta acerca del miembro del hogar en quien recae la provisión de dinero y la toma de decisiones sobre gastos. En términos de la provisión de los recursos económicos, la proporción de titulares de AUH que se identifican como las principales proveedoras del hogar es significativamente más elevada (8,5 puntos) que entre las mujeres pertenecientes al grupo de control.

En cuanto al empoderamiento que se deriva de la capacidad de determinación sobre el uso del dinero, la proporción de hogares donde el manejo del dinero queda a cargo de las mujeres es significativamente más elevada entre los hogares receptores. La AUH contribuye en 8,8 puntos porcentuales al empoderamiento de la mujer (cuadro 6.4).

**Cuadro 6.4.** Impacto de la AUH en la identificación del proveedor principal y el decisor del hogar. Diferencia GT-GC

	Diferencia GT-GC (%)	Significación
En su hogar, ¿quién provee la mayor parte del dinero? Titulares o “potenciales” titulares	8,5	0,01
En su hogar, ¿quién decide en qué y cómo se gasta el dinero? Titulares o “potenciales” titulares	8,8	0,01

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La evidencia empírica sustenta, pues, la hipótesis de un impacto “empoderador” de la AUH sobre las mujeres titulares, al brindarles un mayor control de los recursos económicos en sus hogares

## 6.2. Distribución de tareas dentro del hogar

Se ha denunciado el no reconocimiento del trabajo hogareño en general. No se cuantifica, no está en las estadísticas macroeconómicas, se desmerece su valor. Ese trabajo es decisivo para la economía urbana. Como

lo señalara Manuel Castells: “Si las mujeres que no hacen nada (como suele calificarse a las tareas del hogar) dejaran de hacer esa nada, todas las ciudades que conocemos dejarían de funcionar”. (Kliksberg, 2011a)

Escapa a las posibilidades de una política como la AUH modificar comportamientos y patrones de conducta tradicionales y fuertemente incorporados –por varones y mujeres– que requieren otro tipo de acciones. Todo cuanto podría esperarse es que no contribuya a robustecerlos.

Es evidente que el peso de las tareas de reproducción doméstica en los hogares receptores de AUH recae abrumadoramente en las titulares (cuadro 6.5), en 9 de cada 10 casos, prácticamente, son ellas las responsables de esas faenas. La excepción son las reparaciones domiciliarias, en las cuales, no obstante, la participación femenina (17%) es mucho mayor que la de sus compañeros en el resto de las tareas. Este dato indica que la ruptura de los roles tradicionales de género es protagonizada, en mucho mayor medida, por las mujeres que por los varones.

No sucede otra cosa con las tareas relacionadas con los hijos. Salvo una ínfima participación en lo que atañe a la escuela, los padres se muestran por entero ausentes de estos roles (cuadro 6.6).

Hay que decir que, independientemente de la adjudicación de “responsabilidades domésticas” a las mujeres por parte de los programas que transfieren ingresos, alguna información reciente proveniente de un módulo especial de la Encuesta Anual de Hogares Urbanos del INDEC de 2013 sobre participación en el trabajo no remunerado muestra que mientras que 9 de cada 10 mujeres de 18 y más años realizan tareas domésticas, sólo 5 de cada 10 varones están en igual situación. Respecto de la participación en tareas de apoyo escolar, las proporciones respectivas son 23% y 8%. Y el tiempo dedicado por las mujeres a estas tareas más que triplica al destinado por los varones. Estas diferencias se acentúan en los estratos de ingresos más bajos: precisamente donde se concentran los hogares que reciben la AUH.

### **6.3. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto de la AUH en la igualdad de género**

La titularidad femenina como política de empoderamiento de la mujer fue un punto valorado muy positivamente por los representantes de las áreas de salud, educación y gestión pública de las provincias.

La gran mayoría se manifestó a favor de priorizar a la madre como receptora del dinero de la AUH, al entenderlo tanto como una acción en pos del resguardo del dinero de los niños, como una forma de generar autonomía en la toma de decisiones:

[Que la cobre la mamá le parece] *excelente porque tenemos muchísimo*

**Cuadro 6.5.** Hogares receptores de la AUH según realización de las tareas domésticas por el/los miembro/s del hogar que se ocupa/n. En porcentaje

Miembro del hogar que se ocupa de la tarea	Lavar los platos	Lavar y planchar la ropa	Reparaciones domiciliarias	Cocinar	Limpiar la casa	Hacer las compras
Titular AUH	91,8	94,2	16,8	93,7	94,3	89,4
Compañero/cónyuge	1,3	0,7	68,0	1,9	0,8	4,8
Hijas mujeres/otras mujeres adultas	5,7	8,5	0,5	4,3	4,5	3,7
Otro varón adulto/hijos varones	0,6	4,9	7,7	0,1	0,2	1,7
Nadie	-	0,1	5,1	-	-	-
Otros	1,6	0,1	1,8	0,1	0,1	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 6.6.** Hogares receptores de la AUH según realización de tareas de cuidado de los niños por el/los miembro/s del hogar que se ocupa/n. En porcentaje

Miembro del hogar que se ocupa de la tarea	Llevar los niños a la escuela	Llevar los niños al control de salud/médico	Ayudar a los chicos con deberes/estudio
Titular AUH	71,3	98,1	78,6
Compañero/cónyuge	6,5	0,7	2,5
Hijas mujeres/otras mujeres adultas	2,8	0,6	3,7
Otro varón adulto/hijos varones	0,4	0,1	0,2
Nadie	18,4	0,4	13,4
Otros	0,6	-	1,6
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

*padre ausente. Algunas mamás me cuentan que estaban separadas y que cobraba el papá. Desde acá les asesoramos para hacer el trámite. El papá no les daba un peso.*

*Está bien, estamos en un contexto donde hay mucho machismo y mucha mujer golpeada.*

*Antes la madre dependía del ingreso que el padre le daba, ahora es otro tipo de autonomía y uno se da cuenta, en algunos casos.*

*Administra ella la plata. Es un gran cambio. Positivo. Administra mejor la plata. El 99% tiene menos vicios que el hombre [...] destina más el fondo para el chico.*

*Yo soy mujer que trabaja. Gano mi sueldo. Me parece que el que la mujer pueda manejar el dinero de la casa es excelente. Más en una sociedad como la nuestra que no deja de ser machista. La mujer sigue cocinando, cuidando, atendiendo a los chicos más allá de que trabaje.*

*Es bueno que se vuelva administradora. Es más independiente que cuando esperaba que el marido le traiga.*

*Han tomado una fuerza significativa en la familia. La mujer es protagonista en la mayoría de las cosas. Es lo que se ve.*

Sólo en algunos casos no se identificó este efecto sobre el rol de la mujer:

*[Al ser consultada sobre la mayor autonomía de la mujer] Yo no, ni lo he mirado, no lo he observado [...] No lo percibí y a lo mejor tiene algo que ver con mis anteojeras machistas. Creo que no debe ser tan significativo. Esos son además cambios culturales, demoran más en ser percibidos.*

De todas maneras, se mantiene el rol de la mujer a cargo de los chicos, función que es valorada también:

*Se ha abierto la posibilidad para la mujer de controlar un dinero que antes no tenía. Y también creo que fortalece el vínculo madre-hijo. Da la posibilidad que una madre esté más con el hijo que lo necesita. El Estado está fortaleciendo ese vínculo. Por ahí la gente común no lo entiende, pero la parte médica sí. La madre que trabaja está todo el día en el trabajo y por ahí viene la abuela a la consulta. Ahora vienen más madres.*

#### **6.4. Participación de las mujeres en actividades sociales**

La participación de las mujeres en actividades sociales, que excedan los marcos del espacio doméstico –y también los del trabajo remunerado–, amplía

sus horizontes y expande el marco de sus relaciones interpersonales, multiplica sus focos de interés y torna las trayectorias vitales más variadas y ricas.

Obviamente, el acceso a este tipo de actividades está normalmente obstruido –al menos parcialmente– por las limitaciones de tiempo que imponen la carga de tareas de reproducción doméstica y la obligatoriedad del trabajo remunerado. Estas limitaciones suelen ser más severas en los sectores de menores recursos, a los que pertenece gran parte de las mujeres titulares de la AUH.

¿En qué medida estas mujeres llevan a cabo actividades sociales extralaborales y extradomésticas? (cuadro 6.7).

**Cuadro 6.7.** Porcentaje de realización de actividades en el último mes de las titulares de la AUH

Actividades realizadas en el último mes	En porcentaje (%)
Reuniones familiares o amigos	74,6
Algún paseo	45,8
Otras actividades de esparcimiento	30,2
Actividades religiosas	25,3
Actividad deportiva	11,7
Reuniones en el barrio	5,3
Ir al cine o teatro	5,2
Reuniones políticas	4,3

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Las actividades más usuales son las recreativas en el ámbito familiar: tres cuartas partes se han reunido con familiares y amigos. Y casi la mitad ha disfrutado de paseos.

Pero las actividades que exceden los marcos familiares y conllevan relaciones con otras personas participantes de ellas son menos usuales: las más comunes son las de carácter religioso, que alcanzan a un nada desdeñable 25%. El porcentaje de quienes han realizado actividades deportivas cae a la mitad: 12%. La participación en el resto de las actividades (de carácter cultural, como el cine o el teatro, o bien participativas, como las reuniones políticas o barriales) ronda apenas el 5%.

No obstante, cuando se analiza esta dimensión sobre los grupos de impacto (GT y GC) se observa que el nivel de participación de las mujeres titulares de AUH en actividades sociales y de esparcimiento resulta mayor que el de sus pares del grupo de control (cuadro 6.8).

La diferencia no resulta estadísticamente significativa en relación con algunas de las actividades recreativas (cine, teatro, paseos, actividades de carácter deportivo). Pero sí arroja significación en actividades que suponen vínculos externos, como las de carácter religioso, reuniones barriales o políticas, aunadas a las reuniones familiares y con amigos.

**Cuadro 6.8.** Impacto de la AUH en las actividades realizadas en el último mes por las titulares o potenciales titulares. Diferencia GT-GC

Actividades	GT-GC	Sign.
Realiza actividades de esparcimiento (cine, teatro, paseo, actividades deportivas, otras actividades)	2,0	No sign.
Concorre a reuniones religiosas, familiares, amigos, barriales, políticas	8,4	0,01
No realiza ninguna actividad de esparcimiento ni concorre a reuniones religiosas, familiares, amigos, barriales, políticas	-7,3	0,01

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 7. El impacto de la AUH en la salud

En la Convención sobre los Derechos del Niño, varios artículos hacen referencia al derecho a la salud, la nutrición y el desarrollo integral temprano. En ella se indica que “los Estados partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”. También se reconoce el derecho de los niños, las niñas y adolescentes “al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y a la rehabilitación de la salud”. Para garantizar lo anterior, el Estado deberá reducir la mortalidad infantil y en la niñez, combatir las enfermedades y la malnutrición, así como asegurar la atención sanitaria prenatal y posnatal de las madres.

Salud y pobreza guardan una relación estrecha, un vínculo de retroalimentación con un papel central en el círculo de reproducción de la pobreza. Desde el nacimiento mismo, los sectores de menores ingresos comienzan a sumar desventajas en el terreno de la salud. Esto irá erosionando sus condiciones de vida, la posibilidad de desarrollar al máximo su capital humano y, por supuesto, la duración misma de su ciclo vital. Tal como señala Naciones Unidas (UNFPA, 2002): “[L]a mala salud es a la vez la causa y el efecto de la pobreza”.

En efecto, “la pobreza incide directamente en la esperanza de vida. Las privaciones en materia de desnutrición, la vida en ambientes expuestos a todo orden de contaminaciones, las dificultades en el acceso a agua potable, los déficits de alcantarillado, la carencia de seguro médico, son algunos de los tantos factores vinculados a la pobreza que pueden generar umbrales de vulnerabilidad mucho mayores” (Klikberg y Sen, 2007).

El embarazo y los primeros años de la vida son etapas del ciclo vital en las que los individuos están sobreexpuestos al riesgo de enfermar y morir. Justamente, las tasas de mortalidad materna e infantil son indicadores destinados a medir el riesgo de morir que afrontan estos dos grupos: las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio,<sup>1</sup> y los nacidos vivos durante su primer año de vida. En el caso

1. Incluye las defunciones de mujeres durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (DEIS, Ministerio de Salud de la Nación).

del niño o la niña, esta fase encierra, además, una importancia fundamental, ya que su impronta dejará huellas que modelarán toda su vida futura.

Como sostiene la CEPAL (1998):

Los niños nacidos en hogares pobres —es decir, en hogares donde los padres, por mala inserción en los mercados productivo y laboral, sólo acceden a bajos ingresos— se desarrollan en condiciones desfavorables en materia de nutrición y atención, cuidados de salud y educación. De ese modo, al llegar a adultos, están en malas condiciones para acceder a ocupaciones de alta productividad y terminan replicando la condición de bajos ingresos de sus progenitores, o sea, pasan a ser adultos pobres.

La AUH reconoce la gran importancia que tiene la salud en el crecimiento de niños y niñas y en que alcancen una buena calidad de vida que les permita desarrollarse en el ámbito familiar, educativo y social. Según su decreto de creación (decreto 1.602/09), la AUH se enmarca en la ley 26.061/05 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que tiene por objeto garantizar “la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías que a ellos se les reconoce, entre los que se encuentran el derecho a la obtención a una buena calidad de vida, a la educación y a obtener los beneficios de la Seguridad Social”.

En el artículo 14 de dicha norma se afirma que “niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud”, y que los organismos del Estado deben garantizar “el acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen...”.

Asimismo, mediante la inclusión de los controles de salud como requisito para acceder y mantener la AUH, se identifica la condición de salud como un factor clave que incide en la reproducción de las condiciones de vida de los hogares y se trata de transformarla.

En este apartado se presentará información acerca de la cobertura y los controles de salud de los niños, las niñas y adolescentes receptores de la AUH, procurando identificar el impacto que esta política ha tenido sobre estos indicadores. Asimismo, se revisarán datos sobre la salud materna y sobre el peso de la prestación de la Asignación por Embarazo entre las madres y embarazadas de los hogares receptores.

## **7.1. La cobertura de salud**

Para realizar el análisis de los controles de salud se requiere considerar el contexto en el cual se desenvuelve actualmente la prestación de los servicios

de salud. En Argentina existe una profunda fragmentación social en el Sistema de Salud, compuesto de tres subsistemas:

- El subsistema público, financiado a través de Rentas Generales y regido por los principios de universalidad y equidad de la atención.
- El de las obras sociales, que es un sistema de protección de la salud obligatoria para los trabajadores en relación de dependencia.
- El subsector privado, cuyas prestaciones son financiadas mediante la contratación de sus servicios por parte de las obras sociales y también directamente, a través de sus propios sistemas prepagos y planes médicos.

A cada uno de los subsistemas accede un sector social diferenciado. Los hogares más vulnerables, aquellos que por su nivel de ingresos y su condición laboral no acceden a los subsectores privado y de obras sociales, son los que utilizan los servicios del sistema público de salud.

Casi 9 de cada 10 miembros de los núcleos familiares receptores de AUH sólo cuentan con cobertura del sector público de salud. Entre las personas que residen en localidades de hasta 100.000 habitantes esta proporción es aún mayor.

El 9,7%, en tanto, declara tener una obra social y sólo el 2% posee una prepaga, plan hospitalario privado o mutual (cuadro 7.1). Estas coberturas se explican por diversos motivos, entre los que se destacan las titulares que se desempeñan como empleadas de servicio doméstico de manera registrada, quienes tienen acceso a una cobertura de obra social y, en menor medida, casos en los que un familiar paga por la cobertura de salud de alguno o todos los miembros que componen el grupo familiar.<sup>2</sup>

**Cuadro 7.1.** Población receptora de la AUH según cobertura de salud por estrato poblacional. En porcentaje

Cobertura de salud	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Obra social (incluye PAMI)	12,1	9,3	4,4	9,7
Prepaga, plan hospitalario privado o mutual	1,2	2,3	1,8	2,0
Sólo sector público	86,7	88,4	93,8	88,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

2. Se considera como grupo familiar a la titular, sus hijos menores de 18 años a cargo y al cónyuge.

Si se analiza la situación de los niños, las niñas y adolescentes de hasta 17 años destinatarios de AUH se observa, en sintonía con los datos analizados en el cuadro anterior, que casi el 90% cuenta sólo con cobertura del sector público de salud. La pequeña porción de niños y adolescentes cubiertos por obra social (8,2%) y, en menor medida, por planes de medicina prepaga (2%), mutual o privados, como se mencionó, corresponde a hijos de mujeres que trabajan en forma registrada en el servicio doméstico que tienen la cobertura a través de otro familiar del hogar más allá del padre o la madre (cuadro 7.2).

**Cuadro 7.2.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según cobertura de salud por estrato poblacional. En porcentaje

Cobertura de salud	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Obra social (incluye PAMI)	10,5	7,9	3,3	8,2
Prepaga, plan hospitalario privado o mutual	1,2	2,5	1,3	2,0
Sólo cobertura del hospital público	88,3	89,6	95,4	89,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Entre los niños, las niñas y adolescentes, y las embarazadas de hogares receptores de AUH, el 41,2% declara estar inscripto al Plan NACER/Programa SUMAR, que garantiza el acceso gratuito y regula a los servicios de salud, al proveer el cuidado indispensable a madres y niños y niñas desde el embarazo y el parto, y en toda la etapa escolar entre la población vulnerable.<sup>3</sup> Este porcentaje presenta importantes variaciones según el lugar de residencia: en el Área Metropolitana cae al 33,7%; en las localidades de más de 100.000 habitantes aumenta al 42,8%; y en las localidades de hasta 100.000 habitantes crece considerablemente, alcanzando casi al 55% de niños, adolescentes y embarazadas (cuadro 7.3).

Las prestaciones financiadas por este programa apuntan a la promoción, prevención y diagnóstico de la salud de la población beneficiaria. Su objetivo es disminuir los niveles de morbilidad materna e infantil. Su estrategia se basa en atacar las causas de muerte fácilmente reducibles, pero también

3. El Plan NACER se inicia en 2004 en las provincias del Noreste y Noroeste, y en 2007 se extiende a todo el país. En 2011 se amplía la cobertura con la creación del Programa SUMAR, que brinda prestaciones de salud a niños, niñas y adolescentes de hasta 19 años, a mujeres embarazadas y a mujeres de entre 20 y 64 años que no poseen cobertura de salud de obra social o privada.

**Cuadro 7.3.** Niños, niñas, adolescentes y embarazadas receptores de la AUH según inscripción al Plan NACER/SUMAR por estrato poblacional. En porcentaje

Inscripción al Plan NACER/ Programa SUMAR	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	33,7	42,8	54,6	41,2
No	66,3	57,2	45,4	58,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

incluye aquellas más difícilmente reducibles de mortalidad infantil, como las del cuidado de cardiopatías congénitas, al sumarse al Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas.<sup>4</sup>

Las cifras presentadas no hacen referencia estrictamente a la cobertura efectiva del plan, obligatorio para todos los niños, las niñas y adolescentes y embarazadas receptores, sino más bien al conocimiento de la población de su condición frente al programa, y evidencian la falta de información acerca de la recepción de estas prestaciones en el marco del programa. SUMAR es un programa de baja visibilidad, ya que la inscripción es automática desde el momento en que tanto madres y niños se atienden en hospitales públicos y, en tal sentido, el porcentaje de inscripción declarada no debe leerse, estrictamente, como un indicador efectivo de cobertura del programa.

Si bien la inscripción al programa se realiza en todos los centros de salud y hospitales públicos a través del Formulario Único de Inscripción y contra presentación del documento de identidad, su funcionamiento es equiparable a un seguro público de salud, mediante el cual se transfieren desde el Gobierno Nacional a las provincias los pagos por las prestaciones efectuadas. En este contexto, al no haber cambios a nivel de los efectores, no hay una amplia concientización de la población que recibe las prestaciones sobre los mecanismos y canales administrativos mediante los cuales accede.

## 7.2. Maternidad y embarazo

En este apartado se abordará la información acerca de los controles de salud durante el embarazo y del recién nacido.

El cuidado de la salud durante estas etapas es fundamental, ya que la mujer experimenta cambios, y el desarrollo del bebé, tanto durante la gestación como

4. Ministerio de Salud de la Nación.

luego del parto, debe ser monitoreado periódicamente a fin de cerciorarse de que se desenvuelve con normalidad o detectar en forma temprana si existiera algún problema.

En 2011, a través del decreto del Poder Ejecutivo 446/11, se sumó a la AUH el componente de Asignación por Embarazo para Protección Social, cuyo objetivo es promover el acceso a la salud de las mujeres embarazadas y del recién nacido, a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal. Esta prestación se otorga a las mujeres embarazadas a partir del segundo trimestre y hasta el nacimiento, y contempla los mismos requisitos de acceso que la AUH.<sup>5</sup>

El 60% de las mujeres que están embarazadas de más de 3 meses<sup>6</sup> o que estuvieron embarazadas durante los últimos dos años recibe o recibió la Asignación por Embarazo. Este porcentaje presenta diferencias según el lugar de residencia de la titular: en el Área Metropolitana el porcentaje de mujeres cubiertas por esta prestación desciende al 50%; mientras que en las localidades de más de 100.000 habitantes y de hasta 100.000 habitantes se verifica una mayor cobertura (63% y el 65%, respectivamente) (cuadro 7.4).

**Cuadro 7.4.** Mujeres embarazadas o madres de menores de 2 años receptoras de la AUH según percepción de AE por estrato poblacional. En porcentaje

Receptores AE	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	50,8	63,5	65,1	60,1
No	49,2	36,5	34,9	39,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Se indagó a quienes no cuentan con la prestación acerca de los motivos por los cuales no la recibían (cuadro 7.5):

- El 34% manifiesta no reunir los requisitos al momento del embarazo.
- El 27,9% no sabía que existía la AE. Si bien entre las madres de menores de 2 años se puede pensar que el momento del embarazo fue muy próximo al inicio de esta prestación, la aparición de este grupo obliga a reforzar los canales de comunicación de la ANSES, ya que se trata de mujeres que reciben AUH y por lo tanto están en contacto con el organismo. Este motivo tiene más peso entre las mujeres del Área Metropolitana.

5. ANSES.

6. La Asignación por Embarazo tiene como requisito que la embarazada haya cumplido los 3 meses de embarazo para recibirla.

- El 17% dijo haber tenido alguna dificultad para realizar los trámites (porque no sabían dónde tramitarla, o el lugar para hacerlo era lejos o los trámites le resultaron complicados). Éste aparece como un motivo de mayor importancia en las localidades de más de 100.000 habitantes (22,2%).
- El 14,5% de estas mujeres no pudo realizar los trámites por diversos problemas: no tenían el tiempo necesario, no tenían con quién dejar a los hijos o debían hacer reposo durante el embarazo.
- Finalmente, el 14,2% de las mujeres dijo haber iniciado el trámite de la Asignación por Embarazo y estar aguardando el cobro. Esta situación se presentó mayormente entre las mujeres residentes en el Área Metropolitana y en las localidades de más de 100.000 habitantes.

**Cuadro 7.5.** Mujeres embarazadas receptoras de la AUH o madres de menores de 2 años que no recibieron la AE según motivos por estrato poblacional. En porcentaje

Motivo no recibe/recibió AE	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
No reunía los requisitos	36,7	32,5	34,0	34,1
No sabía que existía	34,1	23,8	29,9	27,9
Dificultad para tramitar	9,5	22,2	13,2	17,0
Problemas personales	18,7	11,9	14,7	14,5
Está en trámite	17,0	13,4	7,5	14,2
Otros motivos	6,0	2,4	1,1	3,6

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Como ya se mencionó, los controles de salud durante el embarazo y del recién nacido son clave para procurar el desarrollo saludable tanto de la madre como del bebé:

El control del embarazo es la posibilidad de acercar el equipo de salud a la mujer, de fomentar las prácticas saludables, de identificar las situaciones de riesgo y de preparar a la madre, al padre o persona que la madre elija para acompañarla durante el parto. (UNICEF-Ministerio de Salud de la Nación, 2013)

Prácticamente la totalidad de las mujeres que reciben la AUH y tienen hijos de menos de 2 años se realizó controles durante su último embarazo (99,9%). En las localidades más chicas se observa un muy leve descenso de este porcentaje, pero aún alcanza casi un nivel universal (98,9%). El porcentaje de mujeres con controles de embarazo es superior al dato publicado por UNICEF sobre controles prenatales de mujeres de 15 a 49 años con hijos menores de 2 años residentes en áreas urbanas del país para el período 2011-2012 (cuadro 7.6). De acuerdo

con esta fuente, el 99,3% de las mujeres había realizado al menos un control durante el embarazo; mientras que para el primer quintil de ingresos este porcentaje disminuía al 98,7% (UNICEF-MDS, 2013).

**Cuadro 7.6.** Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según realización de consultas durante el embarazo por estrato poblacional. En porcentaje

Consulta durante el embarazo	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	100,0	100,0	98,9	99,9
No	-	-	1,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Se recomienda que las mujeres se realicen al menos 5 controles durante el embarazo (Ministerio de Salud-UNICEF). Las mujeres con hijos menores de 2 años realizaron en promedio alrededor de 8 consultas durante el embarazo de su hijo menor. El 95,2% se hizo controles mensuales; el 2,2%, bimestrales; y el 2,6%, con una frecuencia trimestral o superior. En las localidades de menos de 100.000 habitantes las embarazadas suelen realizarse controles con menor frecuencia (cuadro 7.7).

**Cuadro 7.7.** Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según frecuencia de controles durante el embarazo por estrato poblacional. En porcentaje

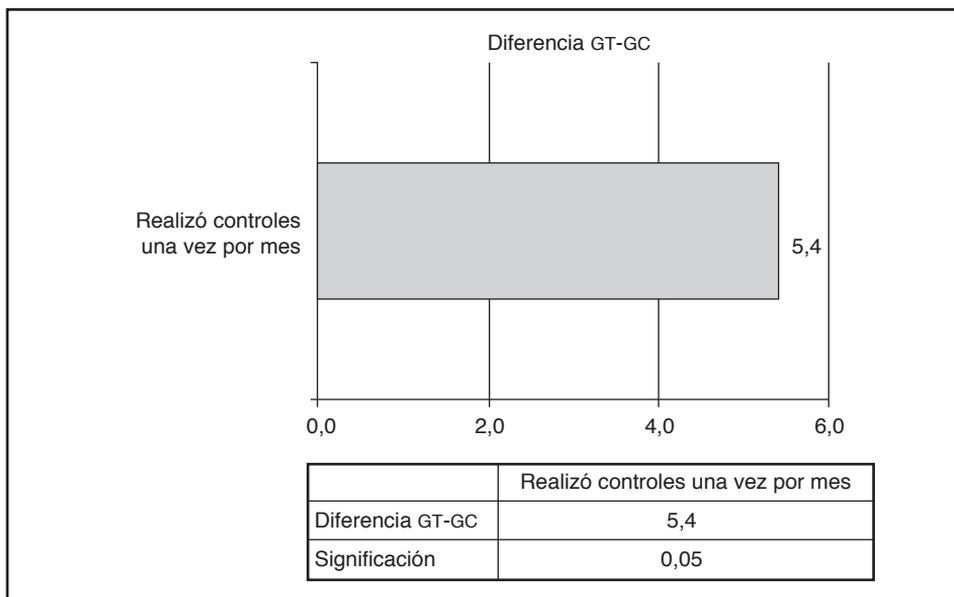
Frecuencia de controles	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Una vez por mes	96,1	95,6	89,5	95,2
Cada dos meses	2,6	1,8	4,3	2,2
Cada tres o más meses	1,4	2,6	6,3	2,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Cabe señalar, por lo tanto, que en términos de impacto las corresponsabilidades fijadas por la AUH y AE cumplen con el objetivo de asegurar los controles de salud adecuados durante el embarazo (gráfico 7.1). Puede apreciarse un incremento en los controles de salud de 5,4 puntos porcentuales.

La consulta temprana es esencial para poder hacer un seguimiento preciso

**Gráfico 7.1.** Impacto de los controles durante el embarazo en titulares de la AUH madres de menores de 2 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

de la evolución del embarazo. En la primera visita “se evalúa si existen situaciones que puedan predisponer a un embarazo con alguna complicación, y se realizan los análisis de sangre para determinar si la mujer presenta anemia o infecciones preexistentes (particularmente aquellas que puedan transmitirse al bebé, como la sífilis, el VIH, la enfermedad de Chagas, etc.)” (UNICEF-Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

El momento de ocurrencia del primer control está pautado dentro de los tres meses de embarazo:

De los cinco controles prenatales que debe realizar la embarazada con un trabajador sanitario calificado, el primero debe ocurrir durante el primer trimestre del embarazo y los otros cuatro se deben distribuir entre los meses restantes. (UNICEF, 2012)

Se consultó a las madres sobre el mes de embarazo que estaba cursando cuando realizó la primera consulta de embarazo. El 95,7% de las receptoras AUH con hijos menores de 2 años realizó el primer control de su último embarazo durante el primer trimestre de gestación (cuadro 7.8).

Si bien los niveles de los controles son universales (alcanzan al 99%), así

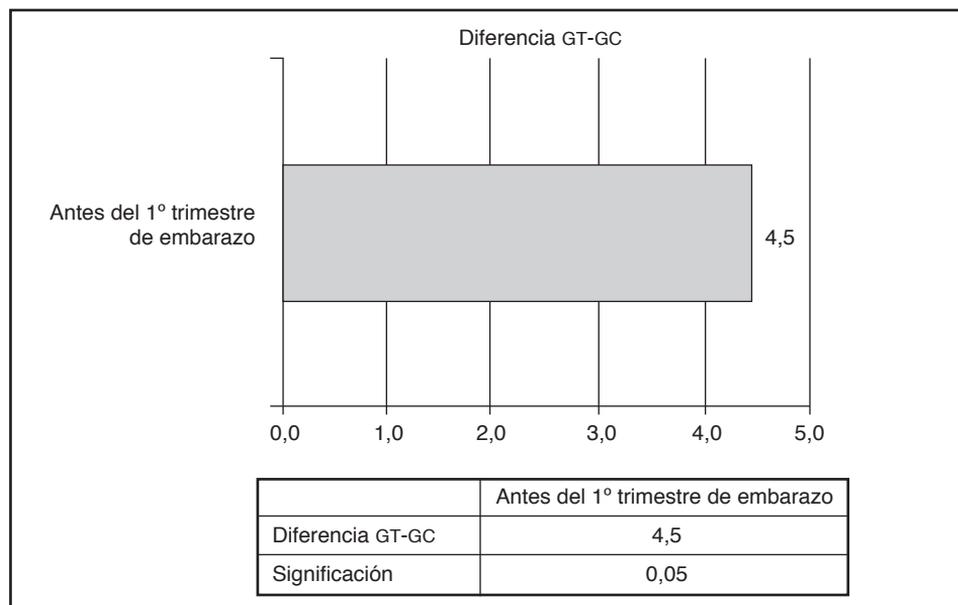
como la captación temprana (95,7%), se perciben mayores falencias en el interior del país acentuadas en las localidades menores de 100.000 habitantes, lo cual denota un posible déficit de la oferta.

**Cuadro 7.8.** Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según trimestre de embarazo en la primera consulta por estrato poblacional. En porcentaje

Frecuencia de controles	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Hasta el 1 <sup>er</sup> trimestre	97,1	95,9	90,6	95,7
2 <sup>o</sup> trimestre en adelante	2,9	4,1	9,4	4,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Gráfico 7.2.** Impacto en titulares de la AUH madres de menores de 2 años que realizaron la primera consulta de embarazo antes del primer trimestre. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

En términos de impacto, de acuerdo con la comparación de la muestra de hogares receptores con el grupo de control, podemos afirmar que la AUH ha contribuido a incrementar las consultas tempranas en 4,5 puntos porcentuales; se garantiza así un mayor bienestar de la madre y del niño en gestación (gráfico 7.2).

Se preguntó también por los análisis de rutina y por las vacunas que generalmente se indican en los controles de embarazo:

- El 96% de las mujeres se había realizado 2 o más ecografías, mientras que el 3,7% había hecho sólo una. Nuevamente, esta cobertura desciende un poco entre las mujeres residentes en localidades de hasta 100.000 habitantes.
- El porcentaje de mujeres que se realizaron análisis de sangre durante el embarazo es algo inferior: el 90,5% se había hecho al menos un análisis de sangre.<sup>7</sup>
- La aplicación de la vacuna doble bacteriana alcanzó a más del 90% de las mujeres. Esta vacuna protege de la difteria y el tétanos, y forma parte del Calendario Nacional de Vacunación. Este dato está por encima de lo relevado por UNICEF (2013) para las mujeres residentes en áreas urbanas del país, de las cuales el 86,1% había recibido al menos una dosis de la vacuna o estaban cubiertas antes del embarazo.

No obstante la amplia cobertura de controles de salud de las mujeres embarazadas, los datos sobre los estudios, análisis y vacunación realizados durante los controles prenatales evidencian algunos déficits en la adecuación de la atención, sobre todo en las localidades más pequeñas. Estas prácticas de salud son requisitos de la normativa de los planes materno-infantiles y del Plan NACER-SUMAR. Se evidencia así cierta falencia de la oferta, ya que las mujeres asisten adecuadamente a la consulta en cantidad y oportunidad (cuadros 7.9-7.11).

**Cuadro 7.9.** Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según cantidad de ecografías realizadas durante el embarazo por estrato poblacional. En porcentaje

Cantidad de ecografías	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Una	2,5	3,7	7,7	3,7
Dos o más	97,5	96,3	89,7	96,0
Ninguna	-	-	2,6	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

7. Este dato corresponde a las titulares AUH embarazadas de 3 meses o más al momento de la encuesta.

**Cuadro 7.10.** Titulares de la AUH embarazadas según cantidad de análisis de sangre realizados durante el embarazo por estrato poblacional. En porcentaje

Análisis de sangre	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Uno	30,8	46,1	20,6	38,1
Dos o más	59,7	44,5	69,8	52,4
Ninguno	9,5	9,5	9,6	9,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Se consideraron embarazadas de 3 meses o más de gestación.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 7.11.** Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según aplicación de la vacuna doble bacteriana durante el embarazo por estrato poblacional. En porcentaje

Aplicación de vacuna doble bacteriana	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	91,9	85,5	81,6	86,9
No	6,4	10,1	11,5	9,2
"Ya me la había dado"	1,6	4,4	6,9	3,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

### 7.2.1. Parto<sup>8</sup>

Las condiciones en que se produce el parto tienen una gran influencia en la salud tanto de la madre como del recién nacido. Es importante que el parto se realice en un lugar en donde la madre cuente con contención médica y de familiares, donde sea informada y respetada en sus decisiones y que, a su vez, haya una infraestructura adecuada para resolver cualquier complicación que pueda aparecer.<sup>9</sup>

Nueve de cada diez mujeres tuvieron a sus hijos en un hospital público, mientras que un escaso 9,2% lo tuvo en un establecimiento de salud privado o de obra social. Este dato está en consonancia con los bajos niveles de cobertura de salud de obra social o prepaga de esta población.

Los porcentajes de partos en salitas o centros de salud y en los domicilios particulares de las madres son marginales (cuadro 7.12).

8. Los datos de este apartado corresponden a las madres con hijos menores de 2 años.

9. Ley 25.929, de Parto Respetado.

**Cuadro 7.12.** Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según lugar donde se produjo el parto por estrato poblacional. En porcentaje

Lugar donde se produjo el parto	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
En hospital público	90,2	89,8	93,7	90,2
En clínica privada o de obra social	7,8	10,2	6,3	9,2
En salita/CAPS/centro de salud	1,0	-	-	0,3
En la casa	1,0	-	-	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Seis de cada diez mujeres tuvieron a sus hijos por parto natural. El parto natural fue más frecuente en el Área Metropolitana y en las localidades de hasta 100.000 habitantes (cuadro 7.13).

**Cuadro 7.13.** Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según tipo de parto por estrato poblacional. En porcentaje

Lugar donde se produjo el parto	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Cesárea	35,9	40,6	34,8	38,8
Natural	64,1	59,4	65,2	61,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Cabe señalar que el predominio de partos naturales se debe a que es una población que se atiende generalmente en el sector público, en donde los partos por cesárea son menos frecuentes.

### 7.3. Controles de salud y vacunación de niños y adolescentes

Los controles de salud de los recién nacidos son fundamentales para la detección temprana de enfermedades (ley 25.415).

La supervivencia y la salud de la madre y el recién nacido dependen, en gran parte, de la atención neonatal. Los bebés son especialmente

vulnerables durante sus primeras horas de vida y a lo largo del primer mes. (UNICEF, 2012)

El primer control debe realizarse durante la primera semana de vida del bebé. En esta consulta se realiza el examen para medir la capacidad auditiva y detectar hipoacusia. Asimismo, dentro de las 72 horas de nacido se efectúa un análisis de sangre (“prueba del talón”) que permite detectar y tratar a tiempo enfermedades metabólicas congénitas. Todas estas prestaciones están incluidas dentro del Plan NACER/Programa SUMAR del Ministerio de Salud de la Nación.

Casi el 70% de las madres de niños y niñas menores de 2 años llevó a su hijo a control durante la primera semana de vida, y se adecuó a lo recomendado. El 30% restante acudió a realizarle el primer control de salud antes de cumplido el mes (cuadro 7.14).

**Cuadro 7.14.** Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según momento del primer control del niño por estrato poblacional. En porcentaje

Momento del primer control del niño	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Durante la primera semana	74,2	67,4	75,7	69,9
Antes del primer mes	25,8	32,6	24,3	30,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

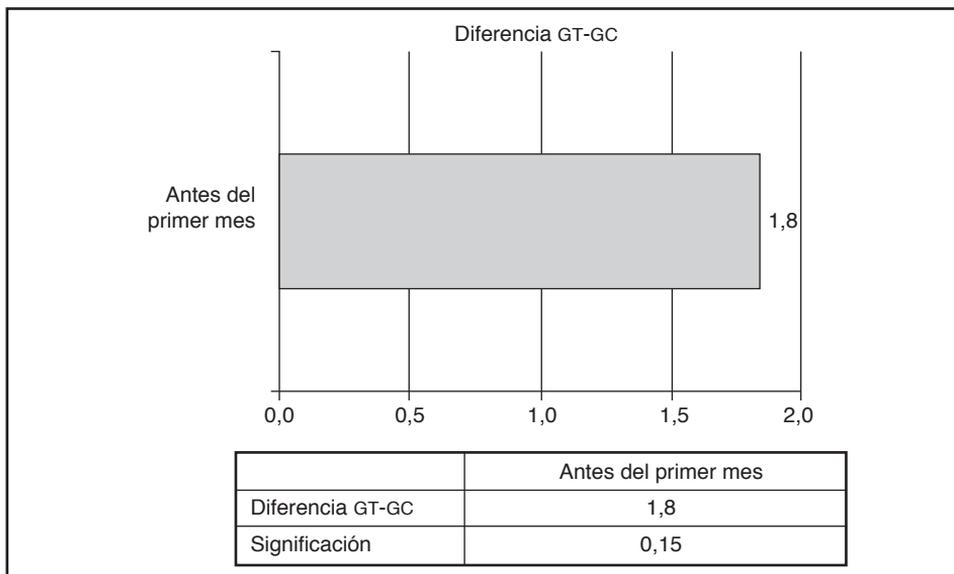
De la comparación con el grupo de control debe señalarse que se verifica un impacto positivo en los controles antes del primer mes. El efecto de la AUH explica 1,8 punto porcentual de la atención para los recién nacidos; se incrementó la atención temprana y redujo los niveles de vulnerabilidad en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal (gráfico 7.3).

Los controles de salud y el calendario al día de vacunas son requisitos para la obtención y permanencia dentro de la AUH. Los niños, las niñas y adolescentes deben realizarse los controles de salud de acuerdo con la siguiente frecuencia:<sup>10</sup>

- Hasta los 6 meses: mensual.
- Entre los 6 y los 12 meses: cada dos meses.
- Entre el primer y el segundo año: cada tres meses.
- De los 2 a los 3 años: semestral.
- A partir de los 3 años: un control anual.

10. Ministerio de Salud de la Nación.

**Gráfico 7.3.** Impacto de la AUH en el primer control del niño recién nacido. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014,

En los controles de salud, el médico pesa y mide al niño, efectúa una revisión clínica completa y controla e indica vacunas.

En el cuadro 7.15 se presentan los datos sobre la adecuación de los controles de salud de acuerdo con la frecuencia establecida. La gran mayoría (94,2%) de niños, niñas y adolescentes receptores de AUH se realiza los controles de salud adecuados para su edad. En el Área Metropolitana y en las localidades de hasta 100.000 habitantes el porcentaje es levemente inferior que en las localidades de más de 100.000 habitantes. Este dato da cuenta de la importancia del requerimiento en materia de salud de la AUH y cómo contribuye a una infancia con mejor calidad de vida, sobre todo en los sectores más vulnerables.

En palabras de las titulares se observa el efecto que ejerce la AUH sobre los controles de salud, así como la importancia que le otorgan al cuidado de la salud de los hijos:

*Hay que ser más responsable con los chicos. Porque por ahí lo tenés que llevar al control y antes decías... "lo llevo el mes que viene".*

*Esto los obliga a que los manden a la escuela, o al médico.*

*Porque hay algunas mamás que no vacunan a los chicos.*

*Ahora los tienen que llevar.*

*Me parece rebién, espectacular [con relación al control de salud]. Porque antes las madres no los llevaban a los hijos al control, no les daban una vacuna, no los mandaban a la escuela.*

*Es muy valorable que la presidenta o quien sea se preocupe porque los chicos vayan a la escuela o al doctor.*

*Antes no veías a ninguna, ahora están todas en la salita.*

*Por eso ahora hay que llamar por teléfono porque están saturadas las salitas.*

*En cada centro de salud han puesto días para el control y días para otras cosas. Igual si el chico está enfermo, te lo atienden.*

**Cuadro 7.15.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según adecuación de controles de salud por estrato poblacional. En porcentaje

Controles de salud	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Adecuados	92,2	95,3	91,8	94,2
Insuficientes	7,8	4,7	8,2	5,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Los datos de la frecuencia de los controles de salud según tramos de edad evidencian que éstos se realizan adecuadamente para el 93,7% de los menores de 2 años.<sup>11</sup> Presentan un leve aumento en la tendencia a medida que avanza la edad de los niños y niñas, en el tramo de 2 a 5 años, el 95,6% cuenta con controles adecuados.

Entre los 6 y los 17 años se observa un descenso en la adecuación de la cantidad de controles con respecto al tramo anterior, aunque se mantiene en niveles muy altos (93,7%) (cuadro 7.16).

11. La Encuesta de Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia realizada por UNICEF en las áreas urbanas del país para el período 2011-2012 permite tener un punto de comparación para el indicador de controles de salud. Si se considera a aquellos niños menores de 2 años, los controles de salud son superiores al nivel urbano, para UNICEF casi el 96% y para la AUH los controles alcanzaron al 100% de los niños. Mientras que se observa que, en el promedio urbano, los niños y niñas de 2 años, y el grupo de menores de 3 y 4 años reducen los controles (86,3% y 78,6%, respectivamente), entre los niños y las niñas AUH, este indicador se distancia del promedio (100%).

**Cuadro 7.16.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según adecuación de controles de salud por grupos de edad. En porcentaje

Controles de salud	Menores de 2 años	De 2 a 5 años	6 a 17 años*	Total
Adecuados	93,7	95,6	93,7	94,2
Insuficientes	6,3	4,4	6,3	5,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Incluye a los adolescentes de 17 años.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Si se analiza la situación de los niños y las niñas menores de 2 años con controles de salud insuficientes, se observa que dos terceras partes han efectuado los controles de salud mínimos requeridos para ese tramo de edad, de acuerdo con la cantidad de controles que refiere UNICEF-Ministerio de Salud de la Nación (2013). El tercio restante, en tanto, no ha alcanzado a realizar la cantidad mínima de controles de salud (cuadro 7.17).

**Cuadro 7.17.** Niños y niñas menores de 2 años receptores de la AUH con controles insuficientes según alcance de controles mínimos. En porcentaje

Controles de salud	Menores de 2 años
Controles mínimos	66,1
No alcanzan los controles mínimos	33,9
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

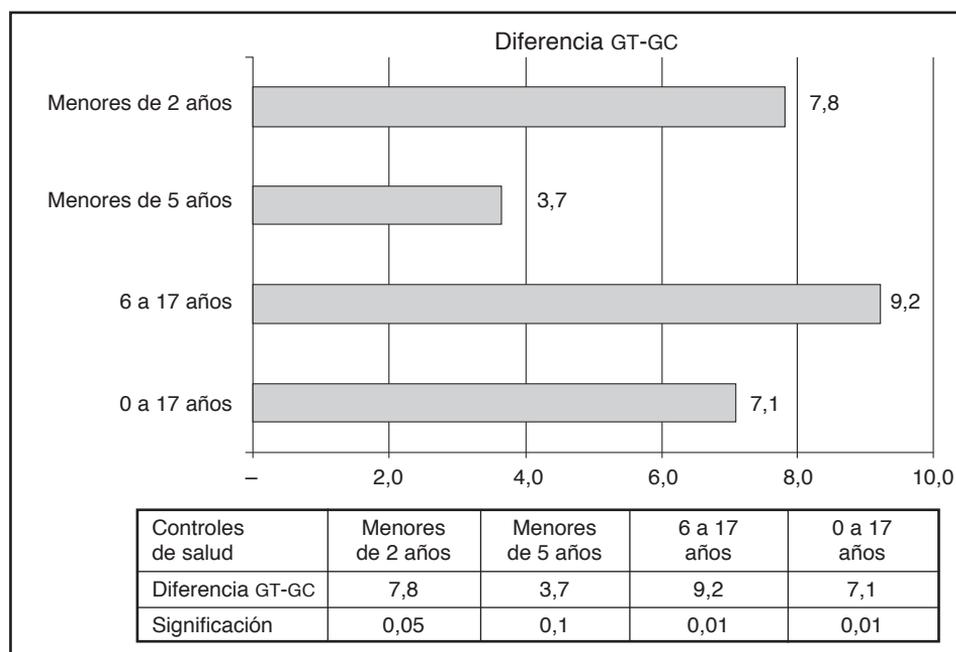
En términos de impacto, se observan importantes contribuciones en los controles de salud. El efecto de la AUH explica el incremento en 7,1 puntos porcentuales de los controles de salud entre los menores de 17 años, y resulta altamente significativo entre los menores de 2 años (7,8 puntos), lo cual contribuye fuertemente al desarrollo psicomotor de los niños y las niñas, y se garantiza también la aplicación del esquema de vacunación correspondiente.

Asimismo, entre niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años, se destacan también fuertes impactos. La AUH muestra 9,2 puntos porcentuales de aumento en los controles de salud para este grupo etario (gráfico 7.4).

Es posible observar, además, cómo la AUH ha contribuido a igualar la brecha existente en los controles de salud si se toma el nivel educativo de la madre. En efecto, la distancia en los controles adecuados según el nivel educativo de la madre es de 3,1 puntos porcentuales entre los menores de 5 años, y de un punto entre los niños, las niñas y adolescentes de 6 a 17 años. Este indicador es relevante porque la educación de la madre es un predictor fehaciente del

acceso tanto a la salud como a la educación de los niños y las niñas a su cargo. En tal sentido, la reducción en las brechas de atención entre chicos de madres con menor nivel educativo y madres con mayor educación indica la potencia de la prestación para romper con mecanismos de reproducción de la pobreza (cuadro 7.18).

**Gráfico 7.4.** Impacto de la AUH en los controles de salud de niños, niñas y adolescentes según grupos de edad. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Se indagó a quienes concurren a realizar controles de salud acerca de las dificultades para realizarlos; una quinta parte declaró haber tenido algún tipo de dificultad, y se registró una mayor proporción en el Área Metropolitana (28%) (cuadro 7.19).

Entre quienes realizaron los controles pero manifestaron dificultades, se indagó sobre los motivos. La principal dificultad fue la falta de turnos (algo más de 40% de los casos). En segundo lugar se identifican problemas en la atención (22,2%), tales como el extenso tiempo de espera, la falta de médicos y las malas experiencias en el centro/salita de salud.

En menor proporción aparecen como motivos no haber tenido necesidad porque el niño o adolescente es sano (15,1%), o diversos problemas personales

**Cuadro 7.18.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según adecuación de controles de salud por nivel educativo alcanzado de la madre y grupos de edad. En porcentaje

Controles	Nivel educativo de la madre					
	Hasta secundaria incompleta			Secundaria completa y más		
	Hasta 5 años	6 a 17 años*	Total	Hasta 5 años	6 a 17 años*	Total
Adecuados	94,2	93,4	93,7	97,3	94,4	95,6
Insuficientes	5,8	6,6	6,3	2,7	5,6	4,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Incluye a los adolescentes de 17 años.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 7.19.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según dificultad para realizar los controles de salud por estrato poblacional. En porcentaje

Dificultad para realizar controles de salud	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Sí	28,1	16,9	20,1	20,2
No	71,9	83,1	79,9	79,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

(12,6%), tales como la falta de tiempo. La noción de que el niño, la niña o el adolescente debe acudir al médico sólo cuando se encuentra enfermo se presenta con mayor peso en las localidades más chicas (23%). Es necesario subrayar que esta creencia debe ser modificada a fuerza de mayor acceso a información y concientización acerca de la importancia de los controles de salud periódicos como herramienta clave de prevención.

Por último, el 8% de los motivos se vincula con dificultades para el acceso a los establecimientos de salud, como lejanía del centro de salud y costo del transporte. Estos motivos alcanzan una mayor relevancia dentro del Área Metropolitana (13,7%) (cuadro 7.20).

La falta de turnos como motivo principal de las dificultades para realizar controles de salud denota que, si bien hubo avances importantes, persisten problemas de falta de adecuación del Sistema de Salud. Los problemas de los establecimientos públicos de salud para absorber la demanda también aparecen en los testimonios de las titulares de la AUH durante los grupos focales que se llevaron a cabo en distintas provincias del país. Se destaca el problema de los turnos y las irregularidades en la realización de los controles, que en algunos

**Cuadro 7.20.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH que manifestaron dificultad para realizar los controles de salud según motivos por estrato poblacional. En porcentaje

Dificultad para realizar controles de salud	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
No hay turnos	42,4	41,2	37,8	41,4
Problemas del centro de salud	19,1	24,3	22,1	22,2
No tuvo necesidad, es sano	14,3	14,5	23,0	15,1
Problemas personales	10,2	14,7	9,2	12,6
Acceso al centro de salud	13,7	5,3	7,4	8,0
Otros	0,3	-	0,5	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

testimonios surgió que se resuelven administrativamente con la firma de la libreta/formulario sin que el médico revise efectivamente al niño o adolescente:

*Es complicado.*

*Y me ha tocado hacer cola en la madrugada.*

*En el Finochietto hay once consultorios y no te atiende el mismo de la última vez. Pero por ahí te manda a que busques al doctor que ya lo atendió. Es un hospital, no te dan turno para un médico específico.*

*No me gusta [la atención] porque te hacen sacar turno en el 0800 y te dicen: “Desde las 9 hasta las 19”. A las 10 no te dan, a las 11 tampoco... te ponen la cancioncita y no te atienden.*

*Donde yo voy para llenar la libreta me dicen: “Dejala hoy y mañana la retirás”.*

*Me ha pasado en la salita de ir con siete chicos. “Sacá turno para las 5” [le dijeron]. Atienden hasta diez chicos, tenía que estar retemprano. Llego y me llena la libreta, nunca me atiende a los chicos.*

*Hay salitas donde el médico te cobra por la firma y el sello y hay gente esperando para hacerlo ahí. Al principio pedían el sellado que fuera de hospital público. En las salitas donde vienen del hospital, me querían firmar la libreta: “Dale a ver, dame” [le decían] “No, pero revisalo” [respondía]. El tipo sellaba sin leer los papeles de vacunación siquiera. [Cobran] 50 pesos.*

*Yo pedí turno en el Argerich donde nació mi hija: para tres meses me daban el turno. “Andá a este lugar que hay un pediatra bueno...” [le dijeron]. Yo no tenía tiempo para esperar al hospital. Y le dije: “A mí me la revisás a la nena”. [...] La revisó.*

*A mí en tres centros de salud me dijeron: “Dame la libreta. ¿La nena tiene algo? ¿No? Bueno, tomá, chau”.*

Más allá de los controles clínicos, la consulta específica al oculista y al dentista durante la infancia son claves para la detección temprana de afecciones comunes en los niños. Estas consultas no constituyen un requisito para la percepción de la AUH. Los datos arrojan diferencias entre la visita a estos especialistas y los controles de salud de niños, niñas y adolescentes:

- Casi el 46% de los niños, las niñas y adolescentes de 3 a 17 años inclusive realizó al menos una visita al oculista en el último año, porcentaje que aumenta al considerar el tramo de 6 a 12 años (cuadro 7.21).
- En el caso de la consulta al dentista, el porcentaje aumenta y alcanza a casi el 70% de niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años, receptores de AUH, y se observa mayor nivel de consultas en las edades de asistencia al nivel primario (cuadro 7.22).

**Cuadro 7.21.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según cantidad de consultas al oculista en el último año por grupo de edad. En porcentaje

Consulta al oculista en el último año	3 a 5 años	6 a 12 años	13 a 17 años*	Total
Sí, más de una vez	12,9	18,4	14,8	16,0
Sí, una vez	26,1	33,8	26,8	29,9
No realizó consultas al oculista	61,0	47,8	58,4	54,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Incluye a los adolescentes de 17 años.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 7.22.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según cantidad de consultas al dentista por grupos de edad en el último año. En porcentaje

Consulta al dentista en el último año	3 a 5 años	6 a 12 años	13 a 17 años*	Total
Sí, más de una vez	30,7	44,1	43,0	40,4
Sí, una vez	26,4	32,1	25,7	28,9
No realizó consultas al oculista	42,9	23,8	31,3	30,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

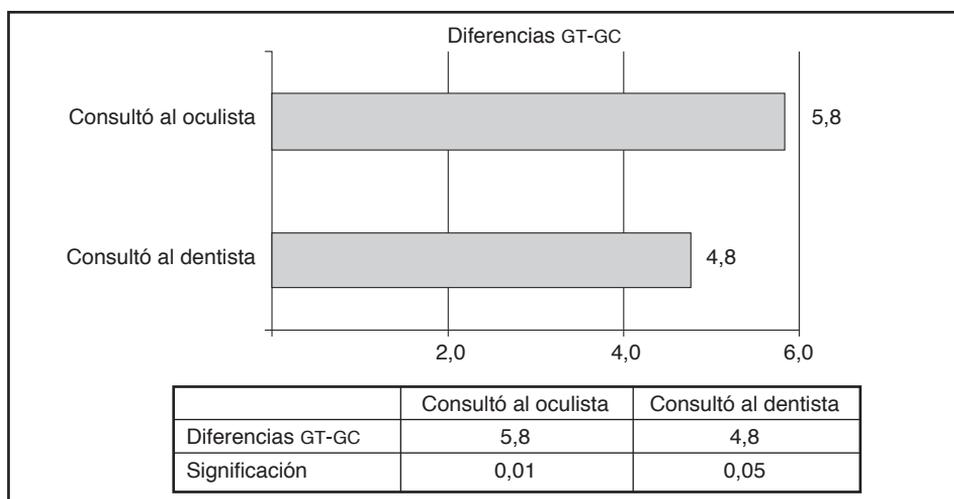
\* Incluye a los adolescentes de 17 años.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

En términos de impacto, podemos observar importantes resultados. Entre los que reciben AUH, los controles al oculista y al dentista se incrementaron significativamente, lo que evidencia un efecto expansivo a causa de las responsabilidades, ya que estos controles exceden a los básicos que son requisito obligatorio para la AUH.

En relación con el oculista, se evidencian 5,8 puntos porcentuales de incremento en las consultas respecto de quienes no son receptores del AUH y en el caso de la consulta al dentista el impacto fue de 4,8 puntos (gráfico 7.5).

**Gráfico 7.5.** Impacto de la AUH en niños, niñas y adolescentes en consultas al oculista y al dentista. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

En cuanto a las vacunas, la gran mayoría de niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años AUH llevan el calendario al día (98,7%), sin presentar variaciones importantes según lugar de residencia.<sup>12</sup> Esta información fue respaldada con el Formulario de Seguridad Social, Salud y Educación de AUH o con la Libreta Sanitaria Pediátrica o el Carnet de Vacunación (cuadro 7.23).

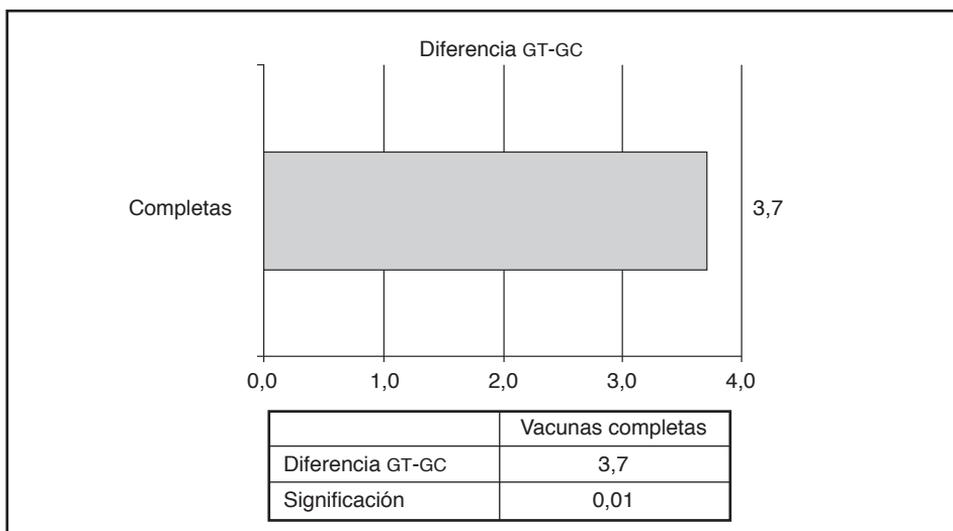
En términos de impacto, se observa un efecto positivo en relación con el grupo de control. La AUH explica 3,7 puntos la serie completa de vacunas recomendadas al día, lo cual garantiza una protección más adecuada para cada niño, niña y adolescente (gráfico 7.6).

12. Se considera a aquellos que presentaron documentación respaldatoria (Formulario de SSSyE o Libreta Sanitaria/Carnet de Vacunación).

**Cuadro 7.23.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según cumplimiento del cronograma de vacunas por estrato poblacional. En porcentaje

Vacunas	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Vacunas completas	99,3	98,5	98,3	98,7
Vacunas incompletas	0,7	1,5	1,7	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Gráfico 7.6.** Impacto de la AUH en niños, niñas y adolescentes con vacunas completas. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Los datos por edad no presentan diferencias significativas, aunque se puede advertir una tendencia en aumento a medida que se incrementa la edad, posiblemente por la influencia de los requisitos del Sistema Educativo y la acción de Sanidad Escolar (cuadro 7.24).

En los grupos focales surgieron afirmaciones que valoran el requisito de vacunación para la obtención y permanencia en la AUH:

*Ahora veo que hay mucha responsabilidad.*

*La Asignación está educando a muchas madres que no sabían.*

*Que no le daban importancia a si el hijo tenía o no alguna vacuna.*

*A veces por una vacuna que no se ponen no te dan. Está bueno.*

*Les cambió la cabeza a los padres y a los hijos.*

*Porque a veces uno anda con la cabeza en otro lado. Ahí sabés que tenés que ir, que controlarlo.*

*Ahora los tiene que ver el médico. Antes en el vacunatorio firmaban con la presentación el carnet de vacunas. Ha cambiado.*

*Pero había muchos chicos con desnutrición o que no estudiaban... y ahora el padre se tiene que poner firme en llevarlo a vacunar o a estudiar.*

**Cuadro 7.24.** Niños, niñas y adolescentes AUH según cumplimiento del cronograma de vacunas por grupos de edad. En porcentaje

Vacunas	Menores de 3 años	De 3 a menos de 6 años	De 6 y hasta 17 años	Total
Vacunas completas	96,8	98,9	99,1	98,7
Vacunas incompletas	3,2	1,1	0,9	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 7.4. Maternidad y embarazo adolescente

Las madres jóvenes que son proporción importante en los sectores más humildes padecen riesgos mucho más altos que los promedios de madres de la población [...] Sus niveles de desprotección durante el embarazo y en el mismo parto son considerablemente superiores a las medias. Esto va a impactar las cifras de mortalidad materna en las jóvenes desfavorecidas, y de riesgos de daños en el parto. (Kliksberg y Sen, 2007)

Se define como “riesgo” a la mayor probabilidad de producirse “daño” (muerte, enfermedad y/o secuela) en el período de referencia” (DEIS, Ministerio de Salud de la Nación). Las madres menores de 20 años constituyen un grupo de alto riesgo y tienen mayor probabilidad de que sus hijos tengan bajo peso, tengan alguna enfermedad o mueran antes del año.

La mujeres de los sectores vulnerables tienen mayor probabilidad de ser madres a una edad temprana, lo que atenta contra su trayectoria educativa, su inserción laboral y sus perspectivas económicas. La

maternidad temprana puede tener importantes repercusiones intra e intergeneracionales que pueden desencadenar trampas de pobreza. Las madres adolescentes son más vulnerables y, por lo general, carecen de activos y recursos humanos necesarios para hacer frente al nuevo reto. (Azevedo *et al.*, 2012)

En efecto, las condiciones de pobreza resultan ser la causa de la maternidad temprana y también la consecuencia, retroalimentando así el círculo de la pobreza.

La mitad de las titulares receptoras de AUH fueron madres adolescentes. En las localidades de hasta 100.000 habitantes las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años representan el 56% de las titulares (cuadro 7.25).

**Cuadro 7.25.** Titulares de la AUH según edad al momento del nacimiento del primer hijo por estrato poblacional. En porcentaje

Edad en la que tuvo el primer hijo	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Total
Menos de 20 años	46,6	49,8	56,0	49,4
De 20 a 29 años	47,4	43,5	39,8	44,3
30 años y más	6,0	6,7	4,2	6,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Entre las titulares y adolescentes que reciben la AUH, de entre 15 y 19 años, el 27,1% era madre o estaba embarazada por primera vez al momento de la encuesta (cuadro 7.26). Según datos de UNICEF (2013), el 12,3% de las mujeres de 15 a 19 años de las áreas urbanas del país eran madres o estaban embarazadas de su primer hijo. Dentro del sector más vulnerable (primer quintil de ingresos), este porcentaje ascendía al 18,2%.

Si se evalúa este fenómeno por cohorte, encontramos que desde la implementación de la AUH la maternidad adolescente ha disminuido entre las titulares y las adolescentes destinatarias de la Asignación. El 53,5% de las receptoras que fueron madres entre 2005 y 2009 tenía menos de 20 años, mientras que entre las mujeres que fueron madres en el período de 2010 a 2014 (se considera hasta febrero de ese año), solamente el 42,1% era adolescente. Es decir que se redujo más de 10 puntos porcentuales la proporción de madres adolescentes entre las mujeres que reciben AUH entre un período y el otro (cuadro 7.27).

Cabe señalar, no obstante los avances, que entre las receptoras de AUH se registra un porcentaje muy alto de nacimientos de madres adolescentes en comparación con los datos promedio para el país: según la Estadísticas Vitales elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación, en 2012 el 15,5% de los niños

nacidos vivos tenía madres menores de 20 años. Este alto porcentaje entre las titulares/receptoras se vincula a los circuitos de reproducción intergeneracional de la pobreza, en donde la reproducción temprana es un factor clave, lo cual habla de la importancia del impacto de AUH en este fenómeno. La baja significativa entre una cohorte y otra se asocia a que las y los adolescentes y jóvenes que reciben AUH están ahora más educados<sup>13</sup> y también tienen un mayor acceso a los servicios de salud, tanto para los controles como para obtener información y métodos anticonceptivos que contribuyen a la planificación familiar.

**Cuadro 7.26.** Titulares y adolescentes receptoras de la AUH de 15 a 19 años según maternidad y embarazo. En porcentaje

Titulares y adolescentes receptoras de 15 a 19 años	Total
Madres o embarazadas	27,1
No tienen hijos ni están embarazadas	72,9
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 7.27.** Titulares y adolescentes con hijos receptoras de la AUH según grupos de edad por cohorte. En porcentaje

Edad de la madre	Cohorte		Total
	2005-2009	2010-2014	
Madre hasta 19 años	53,5	42,1	48,4
Madre de 20 años o más	46,5	57,9	51,6
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 7.5. Salud sexual y reproductiva

La condición de salud de las madres de niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH es un factor que influye sobre la calidad de vida propia y de sus hijos. La situación de estas mujeres con respecto a su salud sexual y reproductiva tiene consecuencias a nivel de la morbilidad y la mortalidad infantil, así como en el embarazo no deseado y en la maternidad precoz. Por este motivo resultará importante conocer la condición de salud de las titulares de la AUH.

13. Existe una alta correlación entre nivel educativo y embarazo adolescente.

La salud reproductiva es un componente de importancia vital de la salud en general. Más de un quinto de la carga de enfermedad entre las mujeres en edad de procrear atañe a las relaciones sexuales y la reproducción. (UNFPA, 2002)

Cuando se habla de salud reproductiva, se entiende “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (Programa de Acción de la V Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994).

Tal como señala el Fondo de Población de Naciones Unidas, “[l]a preocupación acerca de su salud reproductiva es también, en particular para las mujeres, otro aspecto de la inseguridad que marca la experiencia de la pobreza” (UNFPA, 2002). Esta inseguridad se traduce en un menor acceso a la planificación de la familia, en el riesgo de embarazo no deseado y en la posibilidad de una enfermedad de transmisión sexual, particularmente el VIH, lo que “puede convertir a cada encuentro sexual en una fuente de preocupación” (UNFPA, 2002). Este organismo también advierte que “[e]l embarazo puede ser un período riesgoso y preocupante; el parto puede causar enfermedades, lesiones debilitantes o la muerte. La menor fecundidad, incluso el menor número de alumbramientos no deseados, crea mejores niveles de salud para las mujeres y los niños. Los niños no deseados son más propensos a las infecciones de las vías respiratorias y las diarreas que los niños deseados. Se lo desee o no, cada hermano o hermana adicional reduce entre 2% y 8% las probabilidades de que un hijo reciba tratamiento médico. Cuando los niveles de inmunización son bajos, los hijos deseados reciben entre un 50% y un 100% más de vacunas que los hijos no deseados” (UNFPA, 2002).

En este contexto, se recomienda que los gobiernos efectúen “mayores inversiones sociales para promover una mejor salud, posibilitar que los padres y madres tengan el número de hijos que desean, alentar nuevas disminuciones en la fecundidad y proporcionar mejor educación y mayores opciones en la vida. Ese proceso acelerará la acumulación del «capital humano» necesario para un desarrollo acelerado y sostenible” (UNFPA, 2002).

Uno de los controles ginecológicos básicos que deben realizarse las mujeres es el Papanicolaou (PAP). Este examen analiza los cambios en las células del cuello del útero y puede detectar células cancerosas o células que pueden volverse cancerosas. Esta prueba constituye la principal herramienta de prevención del cáncer de cuello de útero. Este tipo de cáncer ocupa el segundo lugar entre los más comunes que padecen las mujeres a nivel mundial y es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres de entre 35 y 64 años (Ministerio de Salud de la Nación). Según lo manifiesta la información del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino (Ministerio de Salud de la Nación), “es el tumor que refleja con máxima crudeza la desigualdad social en salud”, ya que puede prevenirse casi por completo a la vez que afecta principalmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico que no acceden a los servicios de tamizaje.

“La frecuencia recomendada por el Programa Nacional es la realización de un PAP cada tres años luego de dos PAP anuales consecutivos negativos” (Ministerio de Salud de la Nación). Esta frecuencia puede variar según recomendación médica y las características de cada mujer.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009, el 60,5% de las mujeres<sup>14</sup> del país se realizó el examen. Entre las titulares de AUH algo más de una tercera parte se realizó el PAP en el último año, mientras que una proporción similar declara haberlo efectuado entre 1 y 3 años atrás. En promedio, el 20% de estas mujeres, en tanto, se realizó el PAP hace más de 3 años.

Finalmente, el 10,3% nunca se hizo este estudio, aunque si se analizan los datos por edad de la titular, son las más jóvenes las que mayor porcentaje de déficit registran (14,9%) (cuadro 7.28).<sup>15</sup>

**Cuadro 7.28.** Titulares de la AUH según tiempo que pasó desde el último Papanicolaou por grupos de edad. En porcentaje

Tiempo que pasó desde el último Papanicolaou	Edad de la titular			Total
	Hasta 29 años	De 30 a 39 años	40 años y más	
Menos de 1 año	35,2	32,9	34,3	34,2
De 1 a 3 años	36,2	36,5	31,3	35,1
Más de 3 años	13,7	24,3	27,1	20,4
Nunca lo hizo	14,9	6,3	7,2	10,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Los controles mamarios permiten una detección temprana del cáncer de mama, “Argentina, luego de Uruguay, es el país de América con la tasa de mortalidad más alta por cáncer de mama (con 20,1 y 24,3 defunciones cada 100.000 mujeres respectivamente)”.<sup>16</sup> La mamografía es un método de diagnóstico recomendado para las mujeres a partir de los 50 años y opcional para aquellas de 40 a 50 años. Entre las más jóvenes el médico la indica sólo en casos particulares (mujeres con antecedentes familiares, mutaciones genéticas conocidas

14. Se toma como población de referencia a mujeres de 18 años y más que se realizaron por lo menos un Papanicolaou en los últimos dos años. Cabe destacar que en la AUH se consultó únicamente por el año de referencia, por lo cual se puede presentar un subregistro en términos comparativos.

15. Si bien la frecuencia de cáncer cervical en mujeres menores de 25 años es baja, se recomienda que las mujeres realicen el primer Papanicolaou aproximadamente 3 años después de tener su primera relación sexual vaginal. Además, todas las mujeres deberían hacerse la prueba de Papanicolaou a partir de los 21 años (OMS).

16. Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación.

detectadas o altamente sospechadas, mamas extremadamente densas, o que tengan prótesis mamarias).<sup>17</sup> Según los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009, el 45% de las mujeres mayores de 40 años del país se realizó el examen.<sup>18</sup>

Tomando los datos correspondientes al tramo de titulares de AUH de 40 años y más, se observa que el 60% de estas mujeres se realizó una mamografía alguna vez (cuadro 7.29).

**Cuadro 7.29.** Titulares de la AUH según tiempo que pasó desde la última mamografía por grupos de edad. En porcentaje

Tiempo que pasó desde la última mamografía	Edad de la titular			Total
	Hasta 29 años	De 30 a 39 años	40 años y más	
Menos de 1 año	5,7	9,7	27,8	12,2
De 1 a 3 años	5,1	8,2	15,2	8,5
Más de 3 años	6,6	11,5	17,0	10,7
Nunca lo hizo	82,7	70,6	40,0	68,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Dada la importancia de realizar estos controles preventivos, sería recomendable estudiar la forma de incluirlos, tal vez a cambio de un plus en el ingreso, entre las corresponsabilidades sanitarias de la prestación, tanto para titulares como para jóvenes destinatarias de la AUH, si corresponde.

Se consultó a las mujeres titulares acerca del uso de métodos anticonceptivos: casi 7 de cada 10 utilizan algún método para evitar embarazos no deseados. Esta proporción varía de acuerdo con la edad. Entre las mujeres de hasta 39 años cerca del 75% declara utilizar algún método anticonceptivo, mientras que en el tramo de 40 años y más este porcentaje disminuye, como es esperable, al culminar la edad reproductiva de la mujer.

Entre las titulares de hasta 39 años, casi el 18% no utiliza métodos anticonceptivos, mientras que entre el 3% y el 5% no tiene relaciones sexuales (cuadro 7.30).

17. *Ibidem*.

18. Se toma como población de referencia a mujeres de 40 años y más que se realizaron por lo menos una mamografía en los últimos 2 años. Cabe destacar que en la AUH se consultó únicamente por el año de referencia, por lo cual se puede presentar un subregistro en términos comparativos.

**Cuadro 7.30.** Titulares de la AUH según uso de métodos anticonceptivos por grupos de edad. En porcentaje

Utiliza métodos anticonceptivos	Edad de la titular			Total
	Hasta 29 años	De 30 a 39 años	40 años y más	
Sí	72,8	75,1	55,3	69,4
No	17,8	17,8	32,7	21,3
No tiene relaciones sexuales	2,7	4,9	11,4	5,5
Está embarazada actualmente	6,7	2,2	0,6	3,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

El método más utilizado en todos los grupos etarios son las pastillas anticonceptivas (41,2%), seguidas por el preservativo (25,6%). El 13,2% de las mujeres que reciben AUH tiene colocado un DIU, mientras que el 9,5% recurrió a una ligadura de trompas (lógicamente, este porcentaje es superior a partir de los 30 años). Por último, el 8,1% se aplica inyecciones mensuales y el 2,4% se cuida con otros métodos (cuadro 7.31).

Es importante destacar que los tres métodos anticonceptivos principales se encuentran incluidos dentro de las políticas de salud sexual y reproductiva, y se entregan en forma gratuita en todos los centros de salud públicos.

**Cuadro 7.31.** Titulares de la AUH que utilizan métodos anticonceptivos según tipo de método anticonceptivo por grupos de edad. En porcentaje

Métodos anticonceptivos	Edad de la titular			Total
	Hasta 29 años	De 30 a 39 años	40 años y más	
Toma pastillas anticonceptivas	41,4	42,5	38,6	41,2
Usa preservativo	25,1	26,8	24,7	25,6
Tiene un DIU colocado	16,1	9,5	13,0	13,2
Ligadura de trompas	5,8	12,4	12,9	9,5
Inyecciones mensuales	10,8	5,9	5,6	8,1
Otro	0,9	2,8	5,3	2,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Que exista cerca de una quinta parte de las titulares que no utiliza métodos anticonceptivos resalta una falencia importante del sector público, teniendo

en cuenta que la AUH permite captar y acercar a un porcentaje importante de la población a los centros de salud, ya sea para el control de embarazo o para los controles de salud propios o de los hijos. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2013, menos de la mitad (44,8%) de las mujeres que no cuentan con cobertura de salud privada obtiene de forma gratuita el método anticonceptivo.

La salud sexual “consiste en el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, a lo largo de todas las etapas de su vida [...] Supone la posibilidad de tomar decisiones luego de haber recibido una amplia información, respetando las convicciones y deseos de cada persona” (OPS, 2005).

Las normas internacionales de derechos humanos establecen que “todas las personas, sin discriminación, deben poder acceder a información completa de buena calidad, basada en datos empíricos, sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos eficaces” (OMS, 2014) con el propósito de que sean capaces de tomar decisiones informadas acerca de la sexualidad y la reproducción.<sup>19</sup>

Sin embargo, existen barreras en el acceso a la información vinculadas a factores económicos, falta de conocimiento, inaccesibilidad a establecimientos, falta de capacitación y a la existencia de prejuicios y diferencias culturales de los profesionales de la salud. Particularmente entre los adolescentes, estas barreras adquieren mayor relevancia, ya que pueden aparecer sentimientos de omnipotencia, temor, inhibición o vergüenza, así como formas de discriminación o restricciones en el acceso a la información.

Se consultó a las mujeres titulares de AUH si habían recibido información sobre salud sexual y reproductiva y anticoncepción en los centros de salud a los que concurren. El 55% declaró haber recibido información en más de una oportunidad, mientras que el 20% recibió sólo una vez. Sin embargo, una cuarta parte de estas mujeres que concurren al sector público nunca recibió información.

Esta falta de acceso a la información se acentúa entre las jóvenes titulares, madres menores de 20 años, quienes en el 27,7% no han recibido información sobre salud sexual y reproductiva en las salas o centros de salud en donde ellas o sus hijos realizan los controles.

Estos datos indican que existe todavía un importante déficit del Sistema de Salud que se acentúa si se considera las características de vulnerabilidad de la población de referencia (cuadro 7.32).

La OMS (2014) advierte acerca de que jóvenes de muchos países carecen de acceso adecuado a la información y a los servicios de anticoncepción que resultan necesarios para proteger su salud sexual y reproductiva.

Según un trabajo conjunto de la Facultad de Medicina de la Universidad de

19. En esta línea, la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (30 de octubre de 2002) establece la distribución de anticonceptivos gratuitamente en hospitales y la educación sexual en las escuelas, esto último es reforzado por la ley 26.150 de Educación Sexual Integral de 2006.

Buenos Aires y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Argentina “la orientación en anticoncepción es casi exclusiva de ginecólogos y obstetras, perdiéndose así la posibilidad del oportuno asesoramiento a numerosos adolescentes que consultan por motivos no ginecológicos”; y agregan que en muchas ocasiones, “los jóvenes no han podido hablar con nadie en el hogar ni en la escuela sobre la sexualidad [...] y esto es más frecuente en el contexto de la pobreza” (Pasqualini y Llorens, 2010).

Cabe destacar que existe evidencia que respalda que “cuando las personas sienten que están recibiendo una atención de buena calidad en el suministro de información y servicios de anticoncepción, mayor es el uso de anticonceptivos, y que el logro de mejores niveles de calidad mejora la eficacia de los servicios de salud sexual y reproductiva y atrae a las personas a utilizarlos” (OMS, 2014). Por ello se sugiere reforzar las normativas que establecen la difusión y orientación de prácticas anticonceptivas a través de campañas, así como la distribución de anticonceptivos en centros de salud y hospitales.

Se espera que el Sistema de Salud responda de forma integral y provea orientación, educación y divulgación de información acerca de la salud sexual y reproductiva, y de planificación familiar, y se refuerce la entrega gratuita de anticonceptivos.

El acceso a la consulta que estimula la AUH debería ser la puerta de entrada para otros niveles de abordaje de la salud reproductiva, particularmente entre los adolescentes y jóvenes, para prevenir la maternidad y la paternidad tempranas, que constituye un factor clave en la reproducción intergeneracional de la pobreza.

**Cuadro 7.32.** Titulares de la AUH según recepción de información sobre salud sexual y reproductiva por grupos de edad. En porcentaje

Recibió información	Edad de la titular				Total
	Hasta 20 años	De 21 a 29 años	De 30 a 39 años	40 años y más	
Sí, más de una vez	53,4	60,8	51,2	51,2	54,9
Sí, al menos en una oportunidad	18,9	20,9	20,8	17,9	20,0
No, nunca	27,7	18,3	28,1	30,9	25,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 7.6. Discapacidad

El 3,3% de la población que reside en hogares receptores de AUH declara tener una discapacidad. Sin embargo, sólo el 42,4% de este universo posee

certificado de discapacidad y el 14,3% lo está tramitando (cuadros 7.33 y 7.34). Esto se vincula, por un lado, con la dificultad para captar la discapacidad, teniendo en cuenta las distintas definiciones y concepciones existentes alrededor de este tema y, por otro lado, con la necesidad de información y concientización acerca de la importancia del documento acreditante y de los canales para su tramitación. Es preciso recordar que para acceder a la Asignación Universal por Hijo con discapacidad es requisito indispensable presentar el Certificado Único de Discapacidad.

**Cuadro 7.33.** Población receptora de la AUH según discapacidad. En porcentaje

Discapacidad	Total
Sí	3,3
No	96,6
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 7.34.** Población receptora de la AUH con discapacidad según posesión de certificado de discapacidad. En porcentaje

Certificado de discapacidad	Total
Sí	42,4
No, pero inició el trámite	14,3
No posee, ni inició el trámite	43,2
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 7.7. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto de la AUH en la salud

El cumplimiento con los controles de salud y la vacunación de embarazadas, niños y adolescentes es parte fundamental de las corresponsabilidades que deben cumplimentar los receptores de la AUH y la AE.

Su aplicación práctica ha implicado que el sector de salud haya debido absorber una demanda masiva de servicios, por lo cual las opiniones de los referentes sobre este tema se presentan como un factor clave a la hora de identificar tanto logros como falencias en el área sanitaria.

En lo referido a los controles de salud de los niños, se destaca el nivel de concientización que generó este requisito en los padres:

*Al principio creo que interpretaban que tenían que venir a firmar la*

*libreta. Entonces aparecían chicos de 13 años que nunca habían sido vistos por ninguna enfermedad. No tenían historia clínica. Costó que entendieran eso.*

*Creo que entendieron que era importante el control de salud. Ya ahora no piden firmar la libreta, vienen a hacer el control de salud. Saben que en ese control se detectan muchas cosas.*

*Desde la parte de la atención se ve que se hacen controles de salud, ha aumentado el flujo de pacientes por lo menos para control, aunque sea por obligación, aunque sea que le paguen pero han venido, hasta antes de la Asignación hay controles pero después de los 2 años ya casi no se hacían controles de salud. Sólo venían cuando estaban enfermos, pero en este caso concurre la gente para el control de salud.*

*La fortaleza es que ha brindado mayor control del crecimiento y estado de salud de embarazadas, niños y adolescentes. Chicos asistían a la consulta con 15 años y no sabían poner el brazo para que les tomen la presión.*

*¿Para qué voy a llevar al chico si no está enfermo?*

*Ahora saben que al menos una vez por año hay que hacer el control general [...] Hemos avanzado muchísimo en estos tres o cuatro años. Las madres han ido adquiriendo la conciencia.*

Se señala también el trabajo que realizan los profesionales de la salud para reforzar la política:

*Dejaban la libreta: “Me tiene que firmar”. Sacaban turno, para mayores de 6 fuera del Plan SUMAR: “Fírmeme que tengo que presentar para cobrar la Asignación”. “Pero dice Control... hay que ver las vacunas completas... mostrame el carnet” Chicos de 6, 7, 8, 9 años... “No lo traje.” “Traelo y te lo firmo.” “No, pero mañana tengo que cobrar, sin eso no cobro.” “Bueno andá a tu casa y trae el carnet.” “No lo tengo.” “No lo vacunaste... coloquemos la vacuna como si nunca las hubieses colocado.”*

Algunos referentes apuntan que hay gente que se acerca al centro de salud sólo para “firmar la libreta”, aunque sus comentarios son algo contradictorios, ya que señalan a la vez la dificultad en la atención y el otorgamiento de turnos, o advierten el aumento de la demanda pero no lo vinculan a la AUH:

*No hubo un cambio respecto de los controles. La gente no viene a controlar al chico, viene para firmar la libreta. Algunos ni siquiera piden turno [...] Pero cuando se implementó esto, sí. Los controles [de embarazo] aumentaron.*

Sin embargo, luego sostiene:

*Hemos tenido problemas con los turnos. Antes se conseguía turno más fácil, venían a la mañana y tenía turno para la tarde. Hemos tenido que reorganizar. Los lunes durante todo el día se dan los turnos. Tenemos seis turnos programados por día. Y se dejan turnos libres en el día para la persona que viene con alguna fiebre o emergencia.*

*Viene mucha gente a control últimamente. No sé si es asociado a la asignación universal. No lo podría decir.*

Con respecto a la organización del centro de salud para atender la creciente demanda, se advierten estrategias que pueden llegar a coordinarse con los requerimientos de la ANSES para la presentación del Formulario de Seguridad Social, Salud y Educación:

*Hay personas que vienen a control, dejan la libreta, se fija y por ahí le firma la libreta para que no tenga que venir. Lo que se tuvo que implementar es que por más que sea una vez por año que se le hace, por más que han venido a control, por más que tengas que presentar en mayo la libreta y viniste en febrero y tenías el control todo bien, se te firma en mayo, por ahí muchas veces tienen el control, deja la libreta, se fija [...] El que no tiene el control actualizado se les da un turno. [La actualización] depende de la edad de la persona, del chico, si es menor de un año, si no tiene un control todos los meses... de los dos años hasta los seis, cada seis meses, deja la libreta del ANSES o el formulario, y deja su Libreta Sanitaria, uno busca historia clínica, se fija, el tema de los controles y si está dentro de lo estipulado por ahí se le firma. Eso está ya como rutinizado...*

En los comentarios precedentes se resalta el compromiso de los profesionales con el cumplimiento de los controles, no se mencionaron prácticas irregulares. De hecho, al ser consultados sobre las afirmaciones de algunos receptores, que manifestaron que cuando llevan a sus hijos a control los médicos no los quieren revisar, todos los entrevistados afirmaron que no es lo que sucede en “su” centro de salud. Se advierten así contradicciones: los médicos dicen que la gente va “a que le firmen la libreta” y los receptores sostienen que los médicos se ven desbordados y no quieren revisar a los chicos.

En lo que respecta al calendario de vacunación, los efectores perciben que hubo un cambio importante a raíz de la AUH. Destacan la mayor responsabilidad de las madres y el trabajo coordinado con educación:

*El plan de vacunación estuvo desde siempre. Pero cambió. Sí. Antes era un tema de enfermería. Se daba mucha bolilla en enfermería, los médicos por ahí no. Los pediatras a lo sumo le decían que lo tienen que vacunar. Ahora o se vacunan o se vacunan. Pero ahí sí las madres han adoptado más responsabilidad.*

*Hay unas madres que están pendientes de la vacunación y otras no*

*están pendientes que no saben si le falta si no le falta, muchas veces vienen y dicen: “Quiero ver si le falta alguna vacuna”, todo lo que es vacunación están siempre viendo si le falta alguna vacuna, si se lo tienen que poner, está implementado mucho en el tema de salud que uno está buscando la vacunación completa.*

*Acá como son poblaciones bastante chicas lo de la vacunación como que ha estado muy implementado... mejoramos mucho el tema de trazadora de vacunas, tenemos dividido de 0 a 5, de 5 a 16 y ahora de 16 a 60. Han mejorado mucho porque ya de la escuela vienen o hacemos la campaña y para que no se congestione el hospital todos llevan su libretita y vamos con la vacuna, revisamos carnet de vacunas, hacemos el control de cada chico y firmamos allá en la escuela.*

Se consultó a los entrevistados acerca de si conocían la Asignación por Embarazo y qué impacto percibían que había provocado sobre las mujeres embarazadas. Muchos estaban al tanto y hacían una evaluación positiva:

*Me parece excelente. Cuando están embarazadas presentan el certificado del obstetra y empiezan a cobrar. Y cuando nace entiendo que presentan el certificado de nacimiento y automáticamente comienzan a cobrar AUH. Uno de los problemas más serios de siempre es el abandono [escolar] de las chicas embarazadas que se encuentran solas sin padre a la vista. Y hay muchos casos de chicas embarazadas que son muy jóvenes y están solas.*

*Cambia mucho la mentalidad de la madre. Antes teníamos que ir a buscarla. Teníamos el “no” de entrada. Ahora tiene la cabeza más abierta, ella y la familia [...] Viene al control porque tenemos que firmarle la libreta. Ahí la captamos, vacunas, controles mensuales, ecografía.*

*Es el primer tiempo de embarazo: captar la embarazada lo más rápido posible. Y teníamos muchos problemas. A partir de la Asignación Familiar solas se acercan para que el obstetra le constate el embarazo y le haga los controles. Es muy positivo porque no tenemos que salir, vienen solas. Es evidente.*

*Sí, es buena. Evitamos abortos. Están obligadas a controlarse. Antes no lo hacían: llegaban al parto a la maternidad. Ahora van controladas con los estudios que corresponden.*

*Mayor control de embarazadas, captadas más precozmente. Al tercer mes ya están ingresadas al servicio por la Asignación.*

*Es fundamental porque ha permitido acceder al dinero por el control del embarazo en el primer trimestre. Muchas chicas se acercaban al servicio recién al final. Necesitan el control de ginecólogo.*

En algunos casos, en tanto, mencionaron que las embarazadas ya se hacían los controles, que son más cuidadosas, y agregaban que la AE acompaña otros dispositivos con los que se trabaja en la atención de las embarazadas:

*La embarazada, como que está más aceitado el tema de la consulta, la embarazada se ha mantenido igual me parece a mí.*

*Pero no es esa sola línea de acción, en el caso de la chica embarazada acá en el centro tienen curso de parto gratis, la gente del centro de salud las ayuda, son psicólogos, hay una red y hace unos años habíamos trabajado en red donde había una red barrial, la policía comunitaria y no me acuerdo qué más, la asignación por hijo [se refiere a la Asignación por Embarazo] es como un parte de un todo, es algo que suma.*

Finalmente, en algunos casos manifestaron que no conocían la AE:

*No [conozco la AE]. Es bastante nuevo eso, desde hace un año. La verdad que no.*

Como se mencionó anteriormente, las adolescentes de sectores pobres suelen alcanzar la maternidad a una edad más temprana. Asimismo, existen prejuicios acerca de la influencia de los programas o las prestaciones sobre este fenómeno. Al ser consultados sobre el tema, los referentes se mostraron completamente en contra de esta postura, a la que le adjudican un enfoque “ideológico con mala intención”:

*Si yo tuviera que rankear los motivos por los cuales una adolescente se embaraza, la Asignación la pondría en anteuúltimo o último lugar.*

*Hay adultos que dicen: “Las pendejas se quedan embarazadas para cobrar la Asignación”... semejante burrada. Charlás un poco y entienden que no.*

*¿Te creés que les encanta hacer una cola de tres horas a pleno sol para cobrar la asignación?*

*Acá las chicas se embarazan porque tienen 14 años y no tienen atrás una familia que las cuide, que les enseñe y la educación sexual de la escuela, que se les hable, van a visitar una feria y le dan profilácticos, son chicas y no se dan cuenta, a mí me parece siniestro esa tesis que las mujeres se embarazan, yo no lo veo con mis alumnas, cada vez que pasa es un accidente.*

*Me parece a mí que tiene que ver con algunas cuestiones, con algunas miradas desde lo ideológico. Y a veces desde lo ideológico con mala intención [...] porque también hemos escuchado la computadorita que regala la*

*presidenta, también. Y en ese sentido a mí me parece que vas a escuchar cualquier cosa, vos a escuchar que se embarazan para cobrar qué cosa.*

*El embarazo adolescente sigue estando. Pero lo veo igual que antes. No creo que haya aumentado.*

Por último, se consultó por el Plan NACER/Programa SUMAR, y en general los referentes se mostraron informados acerca de su funcionamiento y satisfechos con los beneficios obtenidos principalmente por los centros de salud a partir de este programa:

*Nosotros vamos facturando, si no tengo el fondo fijo del hospital, solicito el Plan NACER. Es una ayuda [...] Es un programa nacional para todos los chicos, madres y abuelos del país. Hasta los 69 las mujeres y 60 los hombres. Viene la embarazadita, se le hace la captación temprana, se la inscribe y ya entró en el sistema. Es para todos los que no tienen obra social. Ya forma parte del plan SUMAR cuando entra al sistema. Entra al Plan SUMAR a cargo del hospital. Y va todo a la cobertura... vacunas, todo... y eso lo facturamos, mandamos el planillón con el DNI todo...*

*La mamá que viene representa una facturación a través del Plan SUMAR. Hagan de cuenta que trabajan en un privado y esa mamá está aportando. No va a mejorar tu bolsillo pero va a mejorar tu calidad de vida acá en el hospital. La mitad de tu vida la pasas acá. Te arreglo el split, tu computadora...*

*Por concurso entra una pediatra cardióloga. Todos los viernes a hacer cardiología, y de lunes a jueves hacemos clínica. Viene un nenito de 11 días a control. El otro pediatra no lo ve bien y se lo deriva. Le hacemos una ecografía cardiovascular y le detectan una anomalía cardíaca. Nos comunicamos con Plan SUMAR y ellos tienen cobertura en el Garrahan por medio de ese Plan. Hoy día tiene 6 meses y lo único que hace es un control mensual. Es una familia humilde que vive al borde del río... esa gente nunca viene. Se la capta en el embarazo y queda el nenito.*

*Han sido creados como para poner todos los recursos de la Nación en la atención primaria de la salud y de todos los ejecutores de salud. El principal beneficiario son los equipos de salud pero con la contraprestación de que se controle la población de 0 a 6 años. El Plan NACER lo crea Nación para fortalecer equipos de salud [...] Nos permite tener un determinado monto de dinero de acuerdo a lo trabajado para mejorar el servicio. Es el único programa que fortalece equipos de salud. Con el solo sentido de brindar atención al paciente.*

Entre las debilidades que identificaron, se destacan la falta de información de la población y el tiempo administrativo que les insume:

*En su momento había que explicar porque acá no se había explicado bien pero en general la gente lo han entendido que es algo como para beneficio de la comunidad, por ahí no se ve reflejada en algo, equipamiento o cuestiones... al principio pensaba que era algo para recibir un dinero.*

*Es cierto que son muchos los programas que se están bajando y es mucho tiempo administrativo que demanda del profesional. Hay que escribir mucho [...] Habría que informatizar más, se escribe mucho todavía.*

Sólo en casos aislados se advirtió que no conocían el programa:

*[Sobre si conoce el Plan NACER] Poco. Se encargan los asistentes sociales. Dan una ayuda para que puedan conseguir trabajo. Está perfecto.*



## 8. El impacto de la AUH en la educación

El artículo 28 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) señala que “los Estados partes reconocen el derecho del niño a la educación”. De esta manera “a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho”, los Estados deberán, entre otros, implantar un sistema de enseñanza primaria obligatoria y gratuita, fomentar el desarrollo de la enseñanza secundaria, asegurarse de que todos tengan acceso a ella y tomar medidas para permitir la asistencia regular a la escuela.

Además, el artículo 29 indica, entre otros puntos, que la educación deberá estar encaminada a desarrollar la personalidad, a inculcar el respeto por los derechos humanos, por los padres y la propia identidad cultural, así como a preparar al niño, a la niña y al adolescente para asumir una vida responsable en una sociedad libre.

Como ya se ha señalado, uno de los objetivos centrales de la AUH es incidir en la ruptura de los mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza. Para alcanzar este objetivo, prioriza el acceso y la permanencia de niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo formal. La mejora en las credenciales educativas constituye un factor clave a fines de lograr superar la situación de pobreza en la que se encuentran los hogares.

Garantizar el acceso igualitario a instituciones educativas es un requisito esencial para el incremento del capital social y educativo, y para el estrechamiento de las brechas entre las oportunidades de vida a las que pueden acceder las personas:

Un mayor capital educativo permitirá el ejercicio cotidiano de una cultura de salud más avanzada. Asimismo, la educación ayuda a conformar capital social. Mejores niveles educativos permitirán acceder a redes de relación más amplias y calificadas. En definitiva, la educación es para los países, las familias y las personas una forma de acumulación de gran significación para contar con oportunidades de desarrollo. (Kliksberg y Sen, 2007)

Garantizar el derecho a la escolarización “implica para los Estados la responsabilidad de proteger el acceso universal a las escuelas, así como la progresión y la conclusión de los distintos niveles educativos a lo largo de todas las etapas de la infancia y la adolescencia” (UNICEF-CEPAL, 2010).

La equidad en el acceso a la educación no sólo lleva a una reducción de la pobreza, sino que “contribuye al crecimiento económico, [ya que] mientras más igualitariamente estén distribuidas las oportunidades de inversión en recursos humanos, mayor será el potencial de crecimiento de las economías” (Larrañaga, 1997). Con el logro del crecimiento económico se completa el círculo virtuoso impulsado por la educación, al promover el contexto en donde el capital humano se puede traducir en capacidades productivas, concretando las expectativas creadas en los niños y jóvenes que transitaron por la escuela.

### **8.1. Desarrollo y cuidado en la infancia temprana**

La atención a la primera infancia es un derecho reconocido por la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. La Declaración Mundial sobre Educación para Todos (EPT), adoptada en Jomtien en 1990, plantea una visión ampliada de la educación básica que comienza desde el nacimiento, dando un impulso importante para el desarrollo de la atención de la primera infancia.

Desde UNICEF se postula que “el desarrollo infantil temprano es un proceso continuo, no secuencial, que conjuga diversas dimensiones como la salud, la nutrición, las interacciones sociales oportunas, pertinentes y de calidad (educación inicial) que permiten a las niñas y niños potenciar sus capacidades y desarrollar competencias para la vida”. Por ello, el desarrollo integral en los primeros años de vida y la promoción de la educación primaria son considerados metas ligadas a los Objetivos del Milenio para la erradicación de la pobreza extrema.

En los primeros años de la vida de los niños se construyen las condiciones evolutivas para su futuro, ya que no sólo es ése el tiempo en el que se forjan las capacidades de hablar, pensar, aprender y razonar. Es, además, la etapa donde se inicia el proceso de inscripción de los valores y el comportamiento social que culminará cuando sean adultos. (UNICEF, 2006, [http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index\\_36356.html](http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index_36356.html))

Tal como aseguró el ministro de Educación, Alberto Sileoni, recientemente, “los cinco primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo infantil: estudios nacionales e internacionales nos demuestran que el estímulo y la atención que reciben los chicos en esta etapa influyen notablemente en el éxito de la trayectoria escolar” (anuncio del envío al Congreso del proyecto de ley que declara obligatoria la educación inicial para niños y niñas de 4 años, 3 de septiembre de 2014).

La importancia de este ciclo para la socialización de niños y niñas, así

como de sus familias, es fundamental. En el ámbito escolar se desarrollan los espacios de aprendizaje, juego, convivencia con otros niños y adultos, y de intercambio de experiencias, que permiten desarrollar las bases necesarias para constituirse como sujetos sociales.

La carencia educativa en estos primeros años produce efectos negativos directos en el desarrollo de la vida de los niños, en sus motivaciones de aprendizaje e integración social, afectando el rendimiento escolar en los primeros años del nivel primario (Reveco, 2004).

Los niños y niñas a los que se les imparte una educación destinada especialmente a la primera infancia están más favorablemente dispuestos hacia la escuela y es menos probable que abandonen prematuramente que los que no han tenido esa posibilidad. Una escolaridad iniciada tempranamente puede contribuir a la igualdad de oportunidades como así también a ayudar a superar los obstáculos iniciales de la pobreza, o de un entorno social o culturalmente desfavorecido. (Delors, 1996)

Por lo tanto, el acceso a los conocimientos contribuye al desarrollo temprano de los procesos de aprendizaje y a la construcción de cada persona como sujeto, favorece el rendimiento en los primeros años de vida y repercute positivamente en la posibilidad de sortear con mayor éxito el futuro período escolar; reduce significativamente los problemas de aprendizaje, la probabilidad de repetir, ausentarse de la escuela y/o interrumpir los estudios. Estos efectos positivos contribuyen de manera permanente a la calidad de vida de las personas.

Adicionalmente, las instituciones educativas apoyan y fortalecen la organización familiar, colaborando en las tareas del cuidado. En algunos casos representan un factor fundamental en la inserción de la mujer en el mercado de trabajo, al promover la igualdad de género y otorgar la posibilidad de generar un ingreso adicional como una estrategia clave para la superación de la pobreza.

La interacción entre el niño, la escuela y su familia, espacios donde se desarrolla la confianza, curiosidad, intencionalidad, autocontrol y capacidad para relacionarse, comunicarse y cooperar, es un factor determinante en los procesos de aprendizaje.

El trabajo de Pautassi y Zibecchi (2010) respalda estas afirmaciones y aporta interesantes reflexiones:

Frecuentemente se ha señalado el rol fundamental que desempeña el nivel preinicial e inicial en la primera infancia en relación con la socialización, el cuidado y su incidencia en el desarrollo educativo posterior. Son numerosos los estudios que han demostrado que niños y niñas que acceden a una escolarización temprana tienen mejores posibilidades de desempeño a lo largo de su trayectoria educativa. Minujín y otros autores (2006) documentan los vínculos que existen entre los beneficios del cuidado de los niños pequeños y los resultados educativos posteriores. Por ejemplo, un estudio de niños pobres en Brasil demostró que las niñas que asistieron

al preescolar tuvieron dos veces más posibilidades de llegar al octavo grado que aquellas niñas que no lo hicieron. Asimismo, existen trabajos que han demostrado que el cuidado es una tarea de socialización especializada que ya no puede ser suficientemente atendida en la soledad del hogar (Feijoó, 2002). Sin embargo, en Argentina, históricamente el nivel preinicial presentó un desarrollo más desigual que el nivel siguiente. Se trató de una oferta educativa básicamente urbana, en la cual la iniciativa privada tuvo un peso relevante, en claro perjuicio de los sectores económicos menos aventajados. En consecuencia, el desarrollo de este nivel históricamente ha beneficiado a los sectores urbanos más favorecidos, quienes ven reforzadas sus probabilidades de éxito en el resto de la trayectoria escolar. (Tenti Fanfani, 1995; Feijoó, 2002). (Pautassi y Zibecchi, 2010)

En relación con el cuidado infantil, según un trabajo conjunto de la OIT y PNUD (2009), “la oferta de cuidado infantil existente en la región es dispersa con cobertura limitada. La gran mayoría de niños y niñas de América Latina y el Caribe no asiste a sala cuna o jardín infantil”. En coincidencia, Valeria Esquivel, Eleonor Faur y Elizabeth Jelin (2012) señalan que la oferta “es desigual en términos de clase social y de lugar de residencia, y también hay una estratificación de acceso y de calidades cuando se toman otras dimensiones de la diferenciación social, como la etnicidad o el estatus migratorio”.

“La principal oferta de servicios de cuidado en jornada extendida y de calidad es privada y está sujeta a una lógica de mercado, por lo que es accesible sólo para las familias de mayores ingresos [...] Éste es un factor de reproducción de desigualdad ya que los estudios realizados a nivel internacional demuestran que los niños de medios sociales más desfavorecidos son los que más necesitan y se benefician con los programas de educación temprana, aunque también son los que más probabilidades tienen de ser excluidos de dichas iniciativas” (OIT-PNUD, 2009). Además, la ausencia o insuficiencia de estos servicios “constituye una de las principales barreras de acceso al mercado laboral para las mujeres de menores ingresos” (OIT-PNUD, 2009).

Es así como la forma en que se organiza socialmente la provisión de cuidados provoca un efecto directo sobre la igualdad de género. Se trata, de hecho, de responder a “demandas de redistribución, no directamente de ingresos y riquezas, sino de tiempos y responsabilidades” (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

El Estado debe asumir el rol de proveedor, contemplando las necesidades de los hogares de diferentes estratos sociales, así como de regulador y garante de los niveles de calidad de estos servicios. La provisión de servicios públicos de cuidado debe perseguir un doble objetivo, por un lado, atender a niños y niñas en un entorno adecuado y, por el otro, favorecer la inserción laboral de sus madres.

Sintetizando, garantizar el acceso igualitario de niños y niñas que pertenecen a hogares vulnerables desde los primeros años a guarderías y jardines resulta una herramienta fundamental que permite compensar la falta de estímulos oportunos y promueve mayores niveles de equidad. Asimismo, los

niños y las niñas encuentran un espacio de cuidado y crecimiento, junto con la posibilidad de compensar o ampliar el acompañamiento de personas que son sus referentes. Representa el primer ingreso de los niños y las niñas, y sus familias, en la esfera de lo público.

Sin embargo, frente a todas las evidencias en torno a las potencialidades que presenta dicho ciclo en materia de cuidado y al desempeño educativo posterior de niños y niñas, investigaciones recientes han constatado la falta de oferta estatal tanto en el caso de las guarderías como de los servicios educativos para niños y niñas más pequeños. (Pautassi y Zibecchi, 2010)

## 8.2. Asistencia a jardín maternal y al nivel inicial

Como se señaló anteriormente, la ausencia o el deterioro generalizado de las políticas públicas de cuidado produce que la resolución del conflicto entre las responsabilidades derivadas de la familia y del trabajo varíe enormemente por nivel socioeconómico de pertenencia y según el género.

En el caso de las poblaciones más vulnerables, se produce un círculo vicioso de la pobreza. Los hogares que pueden afrontar el costo de contratar servicios de cuidado privados tienen más posibilidades para elegir la combinación de trabajos y responsabilidades entre sus miembros. Por el contrario, los hogares de bajos ingresos no pueden solventar la contratación de servicios de cuidado privados y se ven obligados a brindar directamente esos servicios a costa de su tiempo y sus posibilidades de generar ingresos. (Pautassi y Zibecchi, 2010)

Al analizar la situación en Argentina, se observa que en los últimos años, la proporción de niños y niñas que acceden al nivel inicial ha crecido considerablemente respecto de décadas anteriores. Este comportamiento se asocia a una mayor concientización de la importancia de la estimulación temprana en el crecimiento de niños y niñas, así como a la necesidad de disponer de un espacio de cuidado que contribuya a la organización familiar de los adultos responsables de la crianza. Sin embargo, como se mencionó, el acceso es desigual según los estratos sociales.

Según los datos de UNICEF,<sup>1</sup> hay un déficit acentuado de programas de cuidado y educación pública para menores de 3 años así como desigual oferta educativa para el nivel inicial de 3 y 4 años, estratificada inversamente: los niños con mayor vulnerabilidad poseen menos posibilidad de acceso.

1. Se presentan los datos de UNICEF que corresponden a la Encuesta de Condiciones de Vida de Niños, Niñas y Adolescentes 2011-2012, porque permite analizar las tasas de asistencia en la población menor de 3 años.

En efecto, al analizar la tasa de asistencia a jardín maternal o jardín de niños y niñas menores de 3 años que reciben la AUH<sup>2</sup> y compararla con las tasas del total urbano (UNICEF), se observa que entre los menores de 1 año la asistencia es muy baja en el total urbano (3,1%) y casi nula entre los receptores de AUH (0,3%). La asistencia de los niños de 1 año del total urbano triplica la registrada para sus pares receptores de AUH; mientras que en las edades de 2 y 3 años se registra un aumento en los niveles de asistencia a nivel urbano, aunque persiste la brecha con respecto a niños y niñas receptores de AUH.

A partir de los 3 años, la asistencia ya abarca a la mitad de los niños y las niñas (50,5%), y crece a casi al 77% en sala de 4 años del total urbano (UNICEF) de nuestro país.

Hay que tener en cuenta que la comparación se realiza con el promedio urbano; cuando se toma como parámetro el primer quintil de ingresos, que coincide con el perfil de los hogares AUH, los niños y las niñas menores de 4 años destinatarios de AUH están en mejor situación (20,7% y 24,7% respectivamente) (cuadro 8.1).

**Cuadro 8.1.** Tasa de asistencia a jardín maternal o infantil de niños y niñas de 0 a 4 años según edad. Total urbano, primer quintil de IPCF y receptores de la AUH<sup>3</sup>

Tasas de asistencia	UNICEF*		Receptores AUH
	Total urbano	1 <sup>er</sup> quintil de IPCF	
Menos de 1 año	3,1	s/d	0,3
1 año	8,4	s/d	2,8
2 años	20,2	s/d	14,5
3 años	50,5	s/d	31,3
4 años	76,7	s/d	80,9
Total	32,0	20,7	24,7

\* Los datos corresponden a la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECOVNA) 2011-2012. Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

De acuerdo con los datos de la EAHU 2013 para el tramo de edad de 3 a 5 años, los niveles de asistencia se encuentran explicados por el estrato socioeconómico de origen. Así, la asistencia según la posición en la escala de ingresos del hogar resulta altamente segmentada. Mientras los niveles de asistencia de los menores de 3 y 4 años del cuartil más alto de ingresos ascienden a 74,3%, aquellos niños y niñas pertenecientes al primer cuartil de ingresos presentan tasas de asistencia cercanas al 45% (cuadro 8.2).

2. La asistencia a jardín de menores de 5 años no se encuentra entre las responsabilidades de AUH.

3. Dado que no se cuenta con esta información desagregada en la EAHU ni en el CNPV, se utiliza como fuente de información la ECOVNA de UNICEF 2011-2012.

Al realizar el análisis de los niveles de asistencia de niños y niñas de 3 a 4 años receptores de AUH, podemos advertir una mejor tasa de asistencia (55,4%) que la del cuartil más bajo de la distribución de ingresos del hogar, superando incluso el promedio urbano (54,3%). Si bien entre las corresponsabilidades no está contemplada la asistencia a jardín de infantes en este tramo etario, éstas ejercen un efecto de estímulo para la asistencia escolar de los más chicos, principalmente en niños y niñas de 4 años, donde se destaca que los receptores de AUH superan a los del total urbano (80,9% y 76,7% respectivamente; cuadro 8.1). Esto puede considerarse un impacto importante de la AUH y describe cómo se configuran los efectos “derrame” de las corresponsabilidades más allá de los límites de edad fijados. Se puede afirmar, entonces, que la AUH está contribuyendo a ganar un año más de escolaridad entre los sectores más vulnerables. Asimismo, contribuye a achicar la brecha de desigualdad respecto de otros sectores sociales, neutralizando la estratificación de origen.

Entre niños y niñas de 5 años, la asistencia crece considerablemente hasta alcanzar el 95% en el promedio urbano. Este incremento en los niveles de asistencia tiene una correlación importante con la obligatoriedad de la escolaridad desde los 5 años (ley 26.206) y la mayor oferta de establecimientos educativos públicos y docentes a partir del preescolar. Nuevamente, se pueden observar diferencias entre los menores de 5 años de los hogares más empobrecidos, donde la tasa de asistencia cae a 92,8%, al distanciarse 5 puntos porcentuales respecto del cuartil de ingresos más alto. En cambio, entre niños y niñas de 5 años receptores de AUH, las tasas de asistencia alcanzan prácticamente la universalidad (99%); se comprueba una vez más la efectividad del requisito de asistencia escolar (cuadro 8.2).

Los datos por lugar de residencia resaltan la diferencia en los niveles de asistencia de niños y niñas receptores de AUH de 3 y 4 años: mientras que en el Área Metropolitana asiste en promedio el 61,2% de estos niños, en el resto de las localidades la asistencia del tramo ronda el 50%. Las tasas se igualan si consideramos a los niños y a las niñas de 5 años.

Estas cifras sugieren reflexionar acerca de las disparidades en materia de oferta educativa inicial a nivel federal.

El análisis de la asistencia según el sexo del niño no presenta diferencias para el segmento de receptores de AUH entre 3 y 5 años (cuadro 8.3), lo cual permite advertir mejoras en la brecha de género respecto de las que se observan en el primer cuartil de ingreso.

### *8.2.1. Impacto de la AUH en la asistencia escolar en el nivel inicial*

En el gráfico 8.1 es posible apreciar el efecto de la AUH en esta población. El impacto de la AUH entre niños y niñas de 3 a 5 años es alentador. La presencia de la AUH explica el incremento de las tasas de asistencia en 7,2 puntos.

A la luz de los resultados, podemos afirmar que la implementación de

**Cuadro 8.2.** Tasa de asistencia escolar de niños y niñas de 3 a 5 años según grupos de edad. Total urbano, primer cuartil de IPCF y receptores de la AUH por estrato poblacional

Edad	Total urbano	1 <sup>er</sup> cuartil de IPCF Total urbano	4 <sup>o</sup> cuartil de IPCF Total urbano	Niños y niñas receptores AUH			
				Total	Área Metropolitana	Localidades de más 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
3 y 4 años	54,3	44,8	74,3	55,4	61,2	53,5	49,1
5 años	95,0	92,8	97,8	99,0	98,5	99,1	100,0
3 a 5 años	67,1	59,6	81,5	69,7	72,4	68,8	67,6

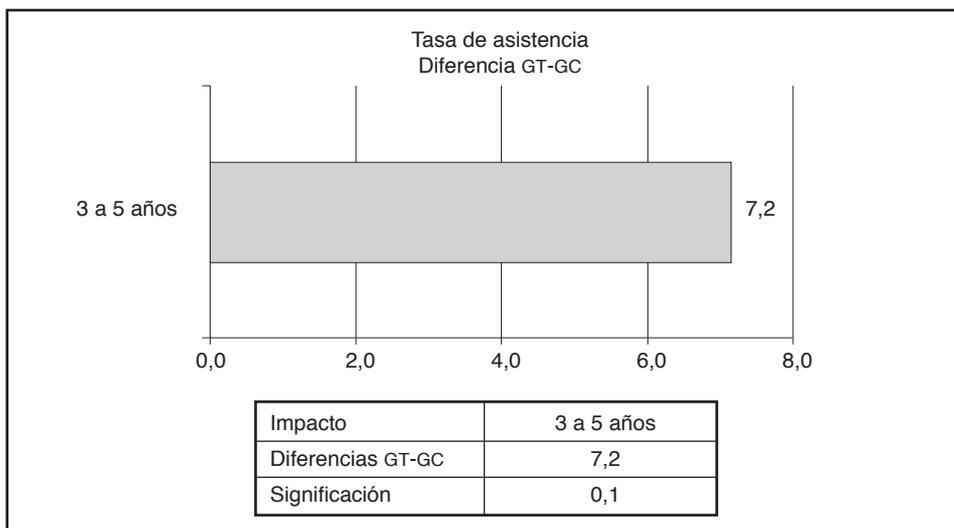
Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 8.3.** Tasa de asistencia escolar de niños y niñas de 3 a 5 años según sexo. Total urbano, primer cuartil de IPCF y receptores de la AUH

Edad	Total urbano			1 <sup>er</sup> cuartil de IPCF Total urbano			4 <sup>o</sup> cuartil de IPCF Total urbano			Niños y niñas receptores AUH		
	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M
3 a 5 años	67,1	67,0	67,3	59,6	57,2	62,2	81,5	82,0	81,1	69,7	69,5	70,0

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Gráfico 8.1.** Impacto de AUH en los niveles de asistencia escolar de niños y niñas de 3 a 5 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

la AUH contribuye a garantizar el acceso a la educación desde los primeros años de vida, al potenciar mejores resultados en esa etapa y al aumentar las chances sobre los logros educativos, la salud y la futura inserción en el mercado laboral.

Si bien podemos destacar el acceso casi universal que se observa en sala de 5 años y el efecto estímulo entre los niños y las niñas de 4, aún convive una brecha en las tasas de asistencia para los más pequeños, y el nivel socioeconómico es una de las variables que explican este comportamiento. Como dijimos anteriormente, la posibilidad de costear en el sector privado el acceso a los jardines repercute en las oportunidades de estimulación temprana de las que puedan beneficiarse los niños y las niñas.

Esta situación genera un condicionamiento para insertarse en el mercado laboral a las madres o familiares adultos que quedan en las tareas de cuidado. De esta manera, la posibilidad de obtener un ingreso adicional que contribuya a mejorar las condiciones de vida del hogar queda limitada, y se retroalimentan así las esferas de exclusión.

Todavía las posibilidades de acceder a jardines de infantes no se encuentran garantizadas para todos los niños y las niñas por la falta de una oferta adecuada en el sector público. Este déficit perjudica principalmente a los menores de 5 años que pertenecen a los hogares más desfavorecidos.

Como se observa en el cuadro 8.4, los niveles de asistencia presentan comportamientos diferenciales según dónde está ubicada la vivienda. Los niños y

las niñas que residen en barrios de trazado urbano (57,5%) superan el promedio (55,4%), mientras que para aquellos que residen en villas de emergencia, asentamientos, viviendas sociales o zonas semirurales, acceder a la educación inicial resulta más dificultoso (37,2%); se genera así una brecha de más de 20 puntos porcentuales.

**Cuadro 8.4.** Tasa de asistencia escolar de niños y niñas de 3 a 5 años receptores de la AUH según grupos de edad por ubicación de la vivienda

Edad	Barrio con trazado urbano	Villa de emergencia/asentamiento/ barrio social/zona semirural
3 a 4 años	57,5	37,2
5 años	99,5	96,9

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La reciente iniciativa de establecer la obligatoriedad del jardín de 4 años significará un avance muy importante en este aspecto, que deberá ser acompañado con la infraestructura y el plantel docente necesarios, y sin afectar la oferta de salas de 3 años que existen en algunas escuelas públicas. Asimismo, priorizar la inversión en villas, asentamientos, barrios sociales, zonas de inquilinatos y zonas rurales y semirurales.

Entre los motivos de no asistencia de los menores de 4 años que reciben AUH se observa que a medida que aumenta la edad se incrementa la incidencia de la oferta insuficiente en el sector público como causante. Entre niños y niñas de 4 años, esta causa alcanza al 26,9%. Sin embargo, también es alto el porcentaje de madres de niños y niñas de 3 y 4 años que opinan que sus hijos son chicos para ir a la escuela (cuadro 8.5).

Dada la relevancia del nivel inicial, se requieren políticas específicas, entre ellas, ampliar las corresponsabilidades a este tramo etario y aumentar el monto de la prestación, asumiendo el déficit público para estos niveles.

Asimismo, de la evidencia cualitativa podemos dar cuenta de la problemática de insuficiencia de guarderías gratuitas. En algunos casos, la falta de oferta de jardines es el motivo de la no asistencia. En otros casos, el déficit de la oferta se cubre directamente con los ingresos provenientes de la AUH:

*El tema de que no haya guardería o jardín público.*

*Mi nena va a jardín ahora, pero si había que trabajar por ahí me las cuidaba mi suegra.*

*Yo casi ni la veo, porque son trescientos y algo... El jardín me sale 480. Nunca la veo la plata. Me sirve.*

*Yo la tuve que sacar, porque se me acumularon como tres cuotas y no estaba cobrando el plan. Me da cosa. ¿Cómo le explico que no tengo para que vaya?*

*A mí no me cambió mucho porque la plata va para pagar el jardín. El único jardín que tengo cerca es privado. El nene tenía que ir sí o sí porque empieza preescolar el año que viene.*

*No, siempre tuve claro que el estudio era mi meta. Y la plata la uso para mandarla a ella al jardín.*

**Cuadro 8.5.** Niños y niñas de 0 a 4 años receptores de la AUH según motivos de no asistencia a jardín maternal o infantil por edad. En porcentaje

Motivos	Edad*			
	0-1	2	3	4
Falta de jardines/vacantes	2,1	4,2	12,2	26,9
“Todavía es muy chico”	94,8	91,3	70,0	61,3
Otros	3,1	4,5	17,8	11,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Se considera edad al 30 de junio.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

### 8.3. Asistencia escolar en el nivel primario

A partir del inicio de la edad escolar correspondiente al nivel primario, los menores de 6 a 12 años presentan una tendencia universal a asistir a la escuela (99%; cuadro 8.6), y prácticamente desaparecen las diferencias por nivel socioeconómico (98,7% para el primer cuartil y 99,7% para el cuarto cuartil).

Entre los niños y las niñas de 6 a 12 años receptores de la AUH se observa un comportamiento similar a la media general nacional (99,9%). Cabe señalar que la universalidad de la asistencia al primario es previa a la implementación de la AUH. En consecuencia, no existe impacto alguno comprobable por inexistencia de diferencias atribuibles a la Asignación Universal por Hijo (cuadro 8.6).

No obstante, la evidencia cualitativa permite mostrar la percepción de los padres y de sus hijos sobre los efectos de la AUH:

*Yo digo que gracias a la Asignación no hay lugar en la escuela. En barrios bajos la gente no mandaba a los chicos al colegio. Ahora si no los mandan, no cobran. Ahora es un lío encontrar lugar.*

*Funcionó para los chicos. Ahora las madres los llevan a la escuela. Sa-*

*bés cuántas conocía que no los llevaban, ni se preocupaban por esa criatura [...] Yo conocía más que no les hacían ni el documento a los chicos...*

*El mío [su hijo] va a un centro de alfabetización. Terminó la primaria el año pasado. Lo anoté de nuevo para que siga ejercitando. Como el caso de él hay montón en el barrio que no pudieron terminar la primaria.*

*Me obliga a que obligue a mi hija a ir. La de 12 no la crié yo, ahora es responsabilidad mía. Y la chiquita es más consciente que yo: "Tengo que ir porque si no, no te van a pagar". Ella dice que es como ir a trabajar porque va y le pagan.*

*Se habla de personas que antes no mandaban al chico y que lo mandan ahora por la obligación de presentar la libreta.*

*Mi hermana con cinco hijos no les llevaba a la escuela, ni al doctor. Con la libreta lo empezó a hacer.*

*Atrás de mi casa hay una familia con muchísimos niños. Antes los veías desnuditos y sucios jugando en el campito.*

*Esto los obliga a que los manden a la escuela, o al médico.*

*Los hermanos mismos los llevan a veces a la escuela o a que los vacunen.*

*Lo mismo que los chicos que se suben a los colectivos a repartir tarjetitas. Antes había muchos, ahora casi nadie [...] Cambió en el sentido de que había muchos chicos en la calle.*

*Hay oportunidad para todos.*

#### **8.4. Asistencia escolar en el nivel medio**

La educación de los adolescentes constituye un tema clave para su desarrollo presente y futuro, al ampliar las oportunidades propias y las de su hogar. En efecto, la mejora en su nivel educativo impactará en distintas direcciones: por un lado, permitirá a los jóvenes alcanzar su desarrollo integral, posibilitará su participación plena en la sociedad e incrementará sus posibilidades para acceder a un empleo de calidad; por otro lado, el aumento en el nivel educativo de los jóvenes se traducirá en mayores oportunidades para el desarrollo de sus hijos, con padres más educados, e impactará también en la reducción del embarazo adolescente, la ampliación del intervalo intergenésico, los controles de salud, la estimulación temprana y el acompañamiento del ciclo escolar, contribuyendo así a interrumpir la reproducción intergeneracional de la pobreza.

**Cuadro 8.6.** Tasa de asistencia escolar de niños y niñas de 6 a 12 años según sexo. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y receptores de la AUH por estrato poblacional

Edad	Total urbano			1 <sup>er</sup> cuartil de IPCF Total urbano			4 <sup>o</sup> cuartil de IPCF Total urbano			Menores de 6 a 12 receptores de AUH					
	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
6 a 12 años	99	98,9	99,1	98,7	98,6	98,9	99,7	96,2	100,0	99,8	99,7	100,0	100,0	99,8	99,4

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 8.7.** Tasa de asistencia escolar de adolescentes de 13 a 17 años según grupos de edad. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y receptores de la AUH por estrato poblacional

Edad	Total urbano			1 <sup>er</sup> cuartil de IPCF Total urbano			4 <sup>o</sup> cuartil de IPCF Total urbano			Menores de 6 a 17* receptores de AUH					
	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
13 a 14 años	97,6	98	97,1	97,3	97,1	97,5	99,5	99,4	99,6	98,6	97,7	99,4	97,8	99,0	98,9
15 a 17* años	87,1	84,9	89,4	81,9	80,3	83,4	94,7	92,5	97,1	87,2	87,0	87,3	93,0	85,0	85,2
13 a 17* años	91,4	90,4	92,6	88,6	87,5	89,8	96,7	95,1	98,2	92,1	91,7	92,5	95,3	90,7	91,8

\* Incluye a los adolescentes de 17 años.

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Las experiencias educativas de los adolescentes van a condicionar en parte importante su vida laboral futura. También van a incidir en su capital de relaciones. Por otro lado, la educación es para ellos su gran marco de inclusión social después de la familia. Allí entre pares forjan sus amistades y aspectos básicos de su propia personalidad. (Kliksberg y Sen, 2007)

En términos generales (total urbano), se observa que la asistencia se acerca a la universalidad entre los 13 y 14 años (97,6%), aunque se reduce levemente al comparar con las tasas de nivel primario. A su vez, presenta diferencias según la situación de ingresos de los hogares, ya que mientras para el 25% más pobre la asistencia es de 97,3%, en el 25% más rico alcanza al 99,5% (cuadro 8.7).

A partir de los 15 años es posible observar que esta tendencia a la plena cobertura de la tasa de asistencia alcanzada en edades más tempranas no logra mantenerse. El comienzo de la adolescencia trae aparejado un conjunto de cambios signados por el pasaje de la niñez a la adultez, en donde entran en juego como alternativas la continuidad de los estudios o la inserción en el mercado de trabajo. Asimismo, otro factor de abandono es el embarazo precoz. En este sentido, la posibilidad de seguir estudiando se encuentra fuertemente condicionada por el nivel socioeconómico en que se encuentran estos adolescentes.

Resulta importante apreciar cómo se acentúan las brechas de asistencia según la posición que el hogar de los adolescentes ocupa en la escala de ingresos. En el nivel primario y hasta los 14 años las brechas entre el primer y el cuarto cuartil de ingresos oscilan en 1 y 2 puntos porcentuales, respectivamente, pero entre los 15 y los 17 años la distancia se profundiza a casi 13 puntos porcentuales. Esto permite volver a señalar cómo las desigualdades sociales se traducen en los logros educativos. Para el total urbano en 2013, los niveles de asistencia de los adolescentes de 15 a 17 años alcanzaron al 87,1%, y fue aun inferior entre los adolescentes de los sectores más empobrecidos (81,9%), frente al 94,7% de los sectores con mayores ingresos (cuadro 8.7).

La retención en el sistema educativo en este tramo etario es clave por las mayores tasas de abandono escolar que se producen, por lo cual los impactos de la AUH resultan altamente significativos. Si observamos a los adolescentes receptores de AUH, podemos apreciar que los niveles de asistencia (87,2%) se equiparan al promedio urbano y se distancian de los niveles de abandono de los sectores más desfavorecidos (cuadro 8.7).

Si bien la tendencia a la permanencia en el sistema educativo es similar para mujeres y varones, es levemente mayor para las mujeres en el total nacional, y se hace más notoria en el tramo de 15 a 17 años. En Argentina, el incremento de la asistencia escolar de las adolescentes mujeres de sectores vulnerables es una tendencia de las últimas décadas.

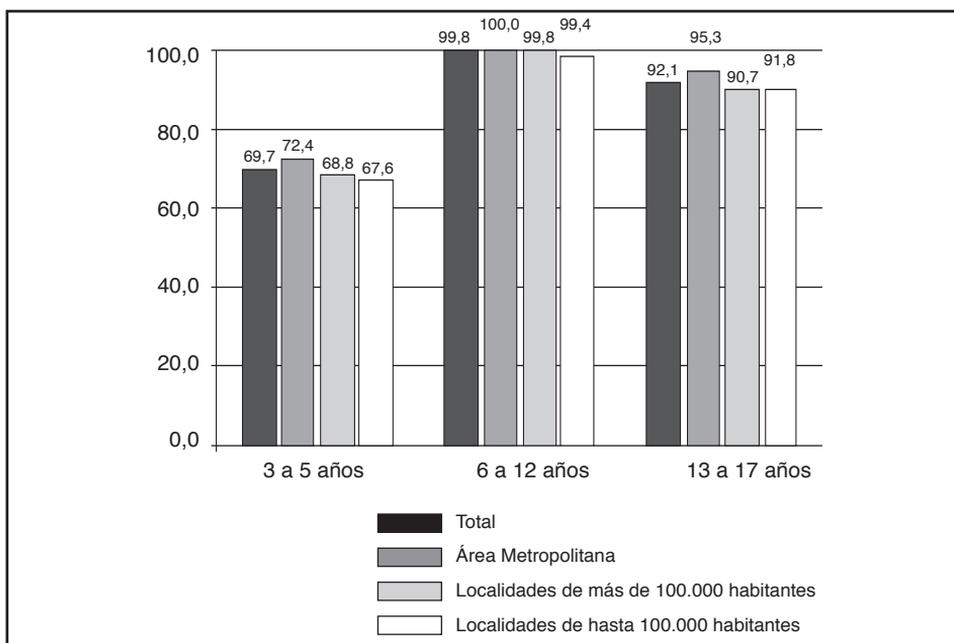
En este contexto, es interesante señalar que las corresponsabilidades de la AUH en educación secundaria demuestran capacidad para revertir la tendencia

al abandono de adolescentes. En los varones, la deserción está generalmente vinculada a la inserción precoz en actividades económicas remuneradas, mientras que en las mujeres se vincula al embarazo o tareas domésticas.

A los fines de disminuir en mayor medida el déficit en materia educativa, sería recomendable aumentar la prestación en este tramo, teniendo en cuenta el costo de oportunidad de salir al mercado de trabajo.

En cuanto a la desagregación geográfica que posibilita la muestra, se observa mayor tendencia a la plena cobertura educativa en el Área Metropolitana que en las localidades más pequeñas (gráfico 8.2).

**Gráfico 8.2.** Tasa de asistencia escolar de niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años receptores de la AUH según estrato poblacional



\* Incluye a los adolescentes de 17 años.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

#### 8.4.1. Impacto de AUH en asistencia escolar primaria y secundaria

En términos de impacto, el efecto de recibir la AUH contribuyó a elevar los niveles de asistencia respecto del grupo de control. Este impacto se traduce en un significativo incremento del capital cultural de los hogares de pertenencia

de estos adolescentes y aumenta las posibilidades de mejorar las condiciones de vida presentes y futuras.

Asimismo, contribuye a reducir las probabilidades de ingresar de manera temprana al mercado de trabajo y/o abandonar el nivel secundario sin haber finalizado. Favorece, por lo tanto, la ruptura del círculo de transmisión intergeneracional de las condiciones de pobreza del hogar de origen.

Existe evidencia cualitativa que refuerza esta noción desde la propia perspectiva de las titulares de AUH:

*Mis hijos van a la secundaria porque quieren estudiar una carrera.*

*Creo que los chicos sienten que tienen que ir porque cobran.*

*Mi hijo tiene un amigo de 17 que le dice: “Tengo que ir a la escuela porque mi mamá cobra la Asignación”.*

*Lo importante es que les hace bien a los chicos. Van a la escuela y ahí comen y además aprenden.*

*Y mis hermanas por otro lado he visto que les dicen a sus chicos de 15 o 16: “Tenés que ir a la escuela”. Hasta los 18 tienen que hacerse controlar una vez al año. Ha apoyado a muchas mamás que han tenido hijos sin hacerlos controlar.*

*Muchos chicos habían dejado el colegio. Esto es: “Te damos algo, pero vos a cambio tenés que ocuparte”. Mi hija de 17 no quería ir más al colegio: “Bueno, no vas a tener zapatillas, la ropa que te compro...”. Siguió yendo porque sabía que se quedaba sin eso.*

*Yo no te lo puedo pagar de mi plata.*

*Positiva, porque todos los chicos van a ir a la escuela.*

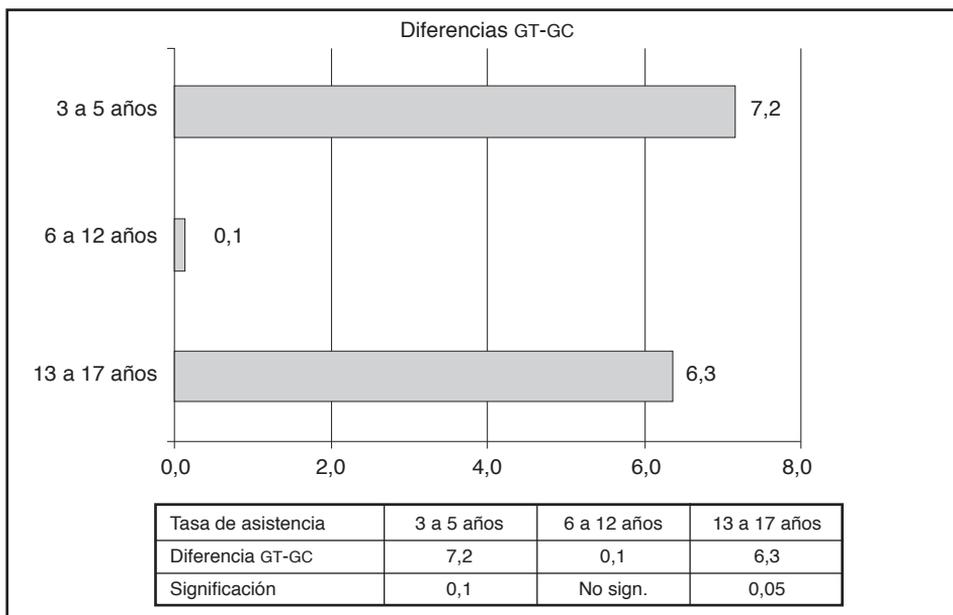
*Mejora el nivel cultural del niño, de la siguiente generación [...] Se habla de personas que antes no mandaban al chico y que lo mandan ahora por la obligación de presentar la libreta.*

En las edades críticas (3 a 5 años y 13 a 17 años), las tasas de asistencia son, en el caso del grupo de tratamiento, entre 6 y 7 puntos porcentuales más altas que en el grupo de control. Sin la AUH, puede afirmarse, 7 de cada 100 niños y niñas que van al jardín o preescolar, y 6 de cada 100 adolescentes que asisten a la secundaria estarían fuera del sistema educativo (gráfico 8.3).

Por lo tanto, sin lugar a dudas, el efecto de la AUH contribuye a la reducción de las desigualdades al inicio del ciclo escolar, compensando déficits de capital cultural del hogar de origen y, en la adolescencia, brindando las credenciales mínimas para insertarse en el mercado del trabajo en empleos de mejor calidad.

Para reforzar los efectos de la AUH, sería interesante hacer extensiva la ayuda escolar anual otorgada a niños, niñas y adolescentes que reciben la Asignación Familiar por Hijo (AFH) a la población receptora de AUH. De este modo, se facilitaría a los hogares destinatarios de AUH afrontar los gastos del inicio del año escolar. Asimismo, se fomentaría una mayor igualdad y homogenización de ambas prestaciones (AUH y AFH).

**Gráfico 8.3.** Impacto de la AUH en los niveles de asistencia de niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



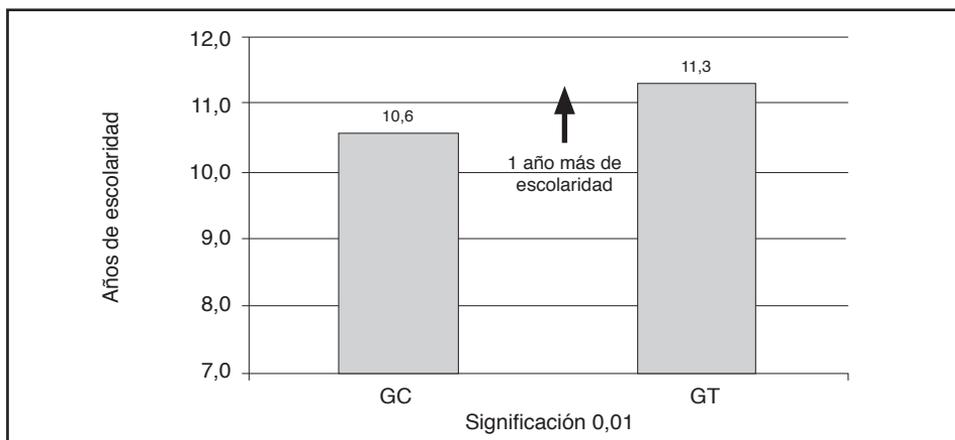
\* Incluye a los adolescentes de 17 años.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 8.5. Años de escolaridad ganados

El impacto de la AUH en educación puede medirse en términos de la cantidad de años de escolaridad. Se calculó cuántos años de escolaridad completaban los adolescentes de 14 a 17 años y se compararon los datos correspondientes al grupo de tratamiento y al grupo de control. Como resultado se puede observar que los adolescentes receptores de AUH han ganado casi un año (0,73) de escolaridad con respecto a sus pares de hogares del grupo control. Esta diferencia equivale a una ganancia de 132 días de clase adicionales (gráfico 8.4).

**Gráfico 8.4.** Impacto de la AUH en los años de escolaridad de adolescentes de 14 a 17 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Esto quiere decir que la AUH ha contribuido a la retención y reinserción educativa de niños, niñas y adolescentes, lo que posibilitó un crecimiento en su capital educativo.

Este hallazgo resulta alentador, dado que los años de escolaridad constituyen un factor de gran influencia en las trayectorias futuras de estos jóvenes. Más años de escolaridad aumentan la probabilidad de obtener trabajos de mejor calidad y, por ende, mayores ingresos. Asimismo, como ya se ha mencionado, es un elemento que influye en la condición de salud de los jóvenes y de sus hijos.

## 8.6. Asistencia al sector público

La brecha educativa no se trata sólo de más años de escolaridad. Tiene también importantes aspectos cualitativos. Es muy disímil el tratamiento educativo que reciben los diversos sectores, como lo han documentado múltiples investigaciones. Entre otros aspectos, quienes asisten a escuelas privadas tienen más horas de clase, docentes mejor pagados, más recursos de apoyo, mejor infraestructura, que las que pueden ofrecer las escuelas públicas usuales. (Kliksberg y Sen, 2007)

En el total urbano de nuestro país, 3 de cada 4 niños, niñas y adolescentes asisten a los diferentes niveles escolares en escuelas públicas (cuadro 8.8). Este comportamiento se encuentra asociado al nivel socioeconómico de los hogares. Entre niños, niñas y adolescentes escolarizados pertenecientes al primer cuartil de ingresos, la concurrencia al sector público (86,1% en el primario y 87,2%

en el nivel secundario) supera en casi 10 puntos porcentuales a la media total urbana, mientras que entre los niños, las niñas y adolescentes de hogares con mayores ingresos la asistencia al sector público es minoritaria (40,9% y 51,9% en los niveles primario y secundario, respectivamente). Se establece así una brecha mayor a 40 puntos porcentuales entre niños, niñas y adolescentes de uno y otro extremo de la escala de ingresos. Resulta imperioso, por lo tanto, disminuir la tendencia a la fragmentación social (más pobres en sector público y más ricos en sector privado) con políticas de atracción de los sectores medios a la escuela pública, que cuenta con una frondosa historia de integración social.

Entre los niños, las niñas y adolescentes receptores de AUH,<sup>4</sup> la asistencia al sector público alcanza 94%, es algo menor en el Área Metropolitana (88,9%) y levemente mayor en las localidades intermedias (95,8%). De acuerdo con datos del Ministerio de Educación de la Nación, para 2011 la matrícula en la escuela media pública se había incrementado 20%, devolviendo a las aulas a unos 140.000 adolescentes que habían interrumpido sus estudios (DINIECE, 2011, <http://portal.educacion.gov.ar/prensa/gacetillas-y-comunicados/sileoni-%E2%80%9Ca-partir-de-la-vigencia-de-la-auh-hay-mayor-grado-de-presentismo-y-constancia-en-la-escuela%E2%80%9D/>).

En el nivel secundario se observa, entre los adolescentes, un incremento de más de 6 puntos porcentuales en la concurrencia a establecimientos educativos privados respecto del nivel primario (12,7% y 6% respectivamente); el aumento es levemente mayor (7,6 puntos) en las localidades con más cantidad de habitantes (cuadro 8.8).

Más allá de la baja asistencia al sector privado se puede observar, asimismo, que cuando los niños receptores de AUH asisten al sector privado, en 3 de cada 10 casos lo hacen de manera becada (parcial o totalmente) otorgada por el propio establecimiento educativo (cuadro 8.9).

## 8.7. Extensión de la jornada y comedores escolares

La extensión de la jornada escolar en el nivel primario es una meta a desarrollar por el Plan Nacional de Educación Obligatoria y Formación Docente, en el marco de la ley 26.206. En esta línea, la jornada extendida es considerada como portadora de “nuevas posibilidades de redistribución y reconocimiento para los sectores más vulnerables. Redistribución, porque destina más tiempo a fortalecer los aprendizajes fundamentales, la prevención del fracaso escolar, el cuidado y la alimentación. Reconocimiento, porque abre un abanico más amplio de experiencias educativas para estimular los diferentes intereses y capacidades de los alumnos: talleres de artes, deportes, juegos, nuevas tecnologías e

4. La asistencia en el sector privado obedece a la aceptación por parte de la ANSES de determinadas escuelas privadas que se encuentran subvencionadas y se ubican en áreas de extrema pobreza o donde no existe suficiente oferta pública.

**Cuadro 8.8.** Niños, niñas y adolescentes que asisten según sector del establecimiento educativo por nivel educativo. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y receptores de la AUH por estrato poblacional. En porcentaje

	Total urbano	1 <sup>er</sup> cuartil de IPCF Total urbano	4 <sup>o</sup> cuartil de IPCF Total urbano	Receptores AUH			
				Total	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
<b>Asiste al nivel primario</b>							
Público	75,7	86,1	40,9	94,0	88,9	95,8	94,5
Privado laico	24,3	13,9	59,2	2,2	6,3	0,7	2,5
Privado religioso				3,8	4,8	3,5	3,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Asiste al nivel secundario</b>							
Público	76,6	87,2	51,9	87,3	84	88,2	95,9
Privado laico	23,4	12,8	48,1	5,8	9,9	4,1	1,0
Privado religioso				6,9	6,1	7,7	3,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Incluye a los adolescentes de 17 años.

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 8.9.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH que asisten al sector privado según tenencia de beca por nivel educativo. En porcentaje

Becas	Receptores de AUH
Asiste al nivel primario privado Asiste al sector privado	6,0
Recibe beca	
Sí, totalmente	0,3
Sí, parcialmente	28,4
No	71,3
Total	100,0
Asiste al nivel secundario privado Asiste al sector privado	12,7
Recibe beca	
Sí, totalmente	7,1
Sí, parcialmente	27,8
No	65,1
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014

idiomas. Más tiempo equivale así al acceso de los sectores más postergados a esos aprendizajes, que las clases medias suelen adquirir en la esfera privada” (Veleda, 2013).

La ampliación de la jornada escolar generaría un impacto virtuoso al mejorar las oportunidades de niños y niñas de sectores más vulnerables, al igualarlas con los sectores medios y altos, y a la vez que disminuyen las cargas de cuidado a las madres, permitiendo su desarrollo y contribuyendo a la igualdad de género.

Sin embargo, no son los niños y las niñas más vulnerables los que tienen el mayor acceso a este tipo de jornadas. Por el contrario, entre los receptores de AUH que concurren al primario, se observa que la asistencia a escuelas de doble escolaridad resulta minoritaria (6,5%), sin advertirse distinciones significativas por localidad (cuadro 8.10). La diferencia de horas de escolaridad entre sectores sociales es una de las formas de configuración de la desigualdad social. Éste es, todavía, un gran desafío pendiente.

Por otra parte, el acceso a la alimentación en las escuelas (desayunos, almuerzos y/o meriendas) permite reforzar las condiciones nutricionales y de salud de niños y niñas. Entre los receptores de AUH, casi el 70% de niños y niñas que asisten al primario reciben en la escuela copa de leche, merienda o almuerzo, lo cual pone de manifiesto cierta complementariedad nutricional a la recibida en los hogares, contribuyendo “de manera decisiva a que los niños y las niñas pertenecientes a los hogares más pobres o alejados de los centros

educacionales puedan ejercer efectivamente su derecho a la educación” (UNICEF-CEPAL, 2010) (cuadro 8.11).

**Cuadro 8.10.** Niños y niñas receptores de la AUH que asisten al nivel primario según tipo de jornada escolar por estrato poblacional. En porcentaje

Jornada nivel primario	Total	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Turno simple	93,5	93,1	93,5	95,1
Doble escolaridad/ jornada extendida	6,5	6,9	6,5	4,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 8.11.** Niños y niñas receptores de la AUH que asisten al nivel primario según recepción de colaciones y almuerzo por estrato poblacional. En porcentaje

En el colegio recibe	Total	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Sólo almuerzo	3,5	4,2	3,4	1,4
Sólo copa de leche	24,3	14,9	26,8	34,9
Sólo merienda	15,0	18,2	12,6	26,3
Recibe más de una	26,8	30,5	26,3	17,6
Ninguna	30,4	32,2	30,8	19,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 8.8. Trayectorias educativas

Los niños y jóvenes encuentran en la escuela un espacio que los contiene. No abandonan la escuela, son excluidos por una compleja combinación de variables que se relacionan con la escuela, la familia, el contexto social y las políticas. Todos quieren volver, en muchos casos esperan encontrar otro tipo de escuela, en otros casos añoran a la misma escuela de la que fueron excluidos. (Proyecto DINIECE-UNICEF, 2004)

Las problemáticas vinculadas con las trayectorias educativas se relacionan con el ausentismo, la repitencia, el abandono temporario o definitivo, la reinserción posterior o el ingreso tardío. La problemática asociada al rezago escolar se encuentra fuertemente relacionada con el nivel socioeconómico al que perte-

necen los alumnos y se potencia en el nivel medio de educación formal. Según IPE-UNESCO (2001), en los sectores pobres el promedio de escolarización es de alrededor de cuatro años menos que en los sectores no pobres, la repitencia es cuatro veces mayor y la exclusión va en aumento.

Este tipo de trayectorias suele ser estigmatizante para los niños, las niñas y adolescentes, repercute en los niveles de autoestima y capacidad y, en muchos casos, puede convertirse en la antesala de la deserción del sistema educativo. Habitualmente, el abandono queda ligado a factores individuales, como el desinterés, el aburrimiento y las dificultades en el aprendizaje, determinantes en el llamado “fracaso escolar”, cuando las desigualdades en el acceso, la progresión y contención en el sistema educativo son las verdaderas causas y también las consecuencias de este tipo de trayectorias educativas.

### *8.8.1. Repitencia, intermitencias y abandono*

El incremento en los niveles de asistencia entre niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH ha permitido generar un efecto directo en la reducción del abandono escolar, así como ha contribuido a la reinserción de menores de 17 años que habían interrumpido sus estudios. Por lo tanto, el “efecto retención” de potenciales desertores así como el “efecto reinserción” contribuyen a impactar negativamente en los indicadores de repitencia y niveles de abandono. En este contexto, es esperable que la repitencia resulte más frecuente, ya sea porque la AUH incidió en la permanencia en la escuela reteniendo a repitentes que de otra forma hubieran abandonado, como por la reincorporación de niños, niñas y adolescentes que se encontraban fuera del sistema educativo y retomaron sus estudios. Un efecto previsible, entonces, es que estos niños, niñas y adolescentes presenten mayores dificultades en sus trayectorias.

Entre los niños y las niñas que asisten al primario, el 15,3% repitió alguna vez; esta incidencia es más baja en el Área Metropolitana (11,1%) y moderadamente más alta en las localidades de menos de 100.000 habitantes (17,6%). Mientras que el abandono resulta menos frecuente (3,9%), pero en las localidades más pequeñas es casi 3 puntos más elevado respecto al promedio nacional.

Entre la población AUH que asiste al nivel medio, 3 de cada 10 adolescentes repitieron algún año, y se destacan mayores tasas de repitencia en el nivel secundario entre los adolescentes de las localidades más pequeñas (38%) (cuadro 8.12).

De igual forma, la tasa de faltas reiteradas, preludio de la repitencia, también tiende a incrementarse dado que el efecto de la AUH está logrando retener a niños que, de no mediar la intervención, serían potenciales desertores. Entre los niños y las niñas que asisten al primario se observa que 2 de cada 10 faltó tres o más veces al mes.

Como se ha dicho anteriormente, durante el secundario se atraviesan mayores dificultades en la continuidad y dedicación en los estudios. Por lo tanto,

**Cuadro 8.12.** Tasas de repitencia, interrupción y faltas reiteradas de niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según nivel educativo por estrato poblacional

Trayectorias educativas	Total	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Asiste al nivel primario				
Repitencia	15,3	11,1	16,6	17,6
Interrumpió los estudios	3,9	4,6	3,2	7,4
Faltas reiteradas*	20,4	22,4	19,6	20,8
Asiste al nivel secundario				
Repitencia	32,0	34,0	30,2	38,0
Interrumpió los estudios	7,1	8,9	5,7	10,3
Faltas reiteradas*	23,0	29,7	19,9	18,0

\* Falta tres o más veces al mes.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

lograr la retención de los adolescentes o su reinserción resulta crucial para obtener mejoras en su desarrollo presente y futuro.

Las trayectorias educativas de los adolescentes destinatarios de AUH presentan diferencias significativas según el género. Podemos advertir que las mujeres que asisten presentan mejores trayectorias educativas que las de sus pares masculinos.

La repitencia y la interrupción de estudios presentan una marcada brecha de género. Mientras que las mujeres repiten entre 16,5 y 19,5 puntos porcentuales menos que los varones de acuerdo con la edad, al mismo tiempo interrumpen menos sus estudios, a pesar de presentar una mayor propensión a las faltas reiteradas (cuadro 8.13).

Los varones presentan, comparativamente con las mujeres, trayectorias educativas más accidentadas, dificultosas e intermitentes. Repiten años con mayor frecuencia y es más común que interrumpan sus estudios. Por lo mismo, son ellos los que exhiben mayores tasas de reinserción. Entre los principales motivos de abandono de estudios se identifican, entre las mujeres, las dificultades en la escuela, los problemas familiares y económicos, junto a la maternidad precoz. Entre los varones, la inserción laboral temprana y las enfermedades o accidentes aparecen como las causas de mayor peso (cuadro 8.14).

Resulta evidente que la posibilidad de recibir AUH ha contribuido a la reinserción en el sistema educativo, logró mejorar los niveles de permanencia y colaboró en la completitud del nivel medio.

### 8.8.2. Impacto de la AUH en las trayectorias educativas

Los efectos ejercidos por la AUH sobre las trayectorias educativas cobran especial importancia cuando se toma en consideración que la “segmentación

**Cuadro 8.13.** Tasas de asistencia, repitencia y abandono de adolescentes de 13 a 17 años receptores de la AUH según grupos de edad por sexo

Edad	Receptores AUH	
	Varones	Mujeres
Tasas de asistencia		
13 a 17 años*	91,7	92,5
15 a 17 años*	87,0	87,3
Repitencia		
13 a 17 años*	47,2	30,7
15 a 17 años*	57,2	37,7
Interrupción de estudios		
13 a 17 años*	11,6	6,1
15 a 17 años*	12,0	8,8
Faltas reiteradas**		
13 a 17 años*	21,2	29,0
15 a 17 años*	26,0	29,6

\* Incluye a los adolescentes de 17 años.

\*\* Falta tres o más veces al mes.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 8.14.** Adolescentes receptores de la AUH que asisten al nivel secundario que interrumpieron alguna vez sus estudios según motivos por sexo

Motivos	Varón	Mujer	Total
Embarazo	-	10,6	4,7
Trabajo/problemas económicos	28,0	11,9	20,9
Le resultaba difícil, le costaba estudiar/quedó libre	16,9	25,0	20,5
Enfermedad o accidente	30,2	6,8	19,9
Problemas familiares	7,4	25,1	15,2
Problemas en la escuela (violencia)	13,9	5,1	10,0
Otros	3,5	15,5	8,8
Total	100,0	100,0	100,0

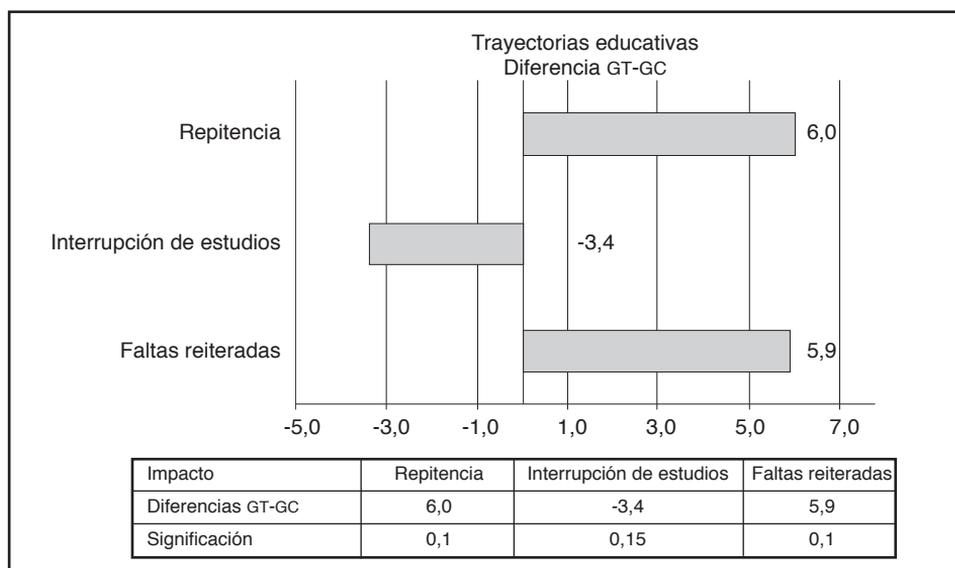
Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

social de la región tiene expresiones muy agudas en el área educativa. La deserción, la repetición y el atraso están concentrados en los sectores de menores ingresos, y se ha creado una enorme brecha entre ellos y los sectores de más altos ingresos. Ellas llevan a que la mayoría de los jóvenes de extracción humilde vayan quedando en el camino” (Kliksberg y Sen, 2007).

Al observarse el impacto de la AUH, podemos advertir que si bien la repitencia es más frecuente (6 puntos porcentual respecto al GC), al mismo tiempo, se perciben mayores tasas de asistencia y menores niveles en la interrupción de los estudios. Esto permite afirmar que la capacidad de retención de los adolescen-

tes en la escuela por parte de la AUH resulta altamente significativa, es decir, la AUH contribuyó a reducir el abandono escolar en 3,4 puntos porcentuales respecto del grupo de control.

**Gráfico 8.5.** Impacto de la AUH en repitencia, interrupción de estudios y faltas reiteradas en el nivel medio. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Visto de otro modo, se afirma que aquellos adolescentes con características similares a los receptores, pero que no reciben AUH (pertenecientes al GC), experimentaron menores niveles de repitencia como consecuencia de mayores niveles de abandono escolar.

Otro indicador interesante para dar cuenta de la capacidad de morigerar el abandono escolar por parte de la AUH se manifiesta en la frecuencia de faltas. Los adolescentes que asisten al nivel medio presentan mayores niveles de faltas reiteradas (más de 3 veces por mes) que el grupo de comparación (5,9 puntos). Esto sugiere que sin la corresponsabilidad de la AUH, el abandono posiblemente se hubiera producido, tal como efectivamente se constata en el grupo de control, donde se ponen de manifiesto menores tasas de asistencia y mayores niveles de abandono (gráfico 8.5).

Este resultado pone de relieve la pertinencia de la corresponsabilidad como efecto positivo en la contribución a impedir la interrupción de los estudios.

## 8.9. Rendimiento escolar

Resulta interesante destacar que, a pesar de contar con trayectorias educativas signadas por interrupciones y repitencia, los niños, las niñas y adolescentes que reciben AUH demuestran un rendimiento escolar satisfactorio y mejor que el de aquellos que, de similar procedencia, no acceden a la prestación (GC).

La corresponsabilidad en materia educativa de la AUH permite retener en el colegio –y reincorporar al sistema educativo– a adolescentes con trayectorias escolares dificultosas, que de otro modo no tendrían asegurada su permanencia allí. En este sentido, consolida un derecho: el del acceso al conocimiento. Y establece una mayor equidad en términos de la distribución del capital educativo.

Pero, además de asegurar el tránsito por las instituciones educativas, es de esperar que logre la incorporación de las destrezas y los conocimientos necesarios. Las respuestas<sup>5</sup> acerca del rendimiento de niños, niñas y jóvenes en asignaturas básicas –Lengua y Matemática– sugieren un desempeño adecuado. En el nivel primario más del 60% de los niños y las niñas ha obtenido notas entre muy bueno y sobresaliente en Lengua, mientras que en Matemática casi el 45% ha logrado el mismo desempeño. En el nivel medio se muestran resultados especialmente auspiciosos en Lengua, donde más de 6 de cada 10 adolescentes han obtenido calificaciones de entre 8 y 10 puntos. Mayores dificultades se aprecian, en cambio, en Matemática, donde algo más de una quinta parte no ha logrado rendimientos satisfactorios (cuadros 8.15 y 8.16).

**Cuadro 8.15.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH que asisten al nivel primario según rendimiento en Lengua y Matemática. En porcentaje

Notas	Nivel primario	
	Lengua	Matemática
Sobresaliente (10)	12,9	5,3
Muy bueno (8-9)	48,3	39,1
Bueno (6-7)	33,0	42,1
Regular (4-5)	5,0	11,2
No satisfactorio (0-3)	0,9	2,4
Total	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

5. Se le preguntó a las titulares de la AUH las últimas notas obtenidas por sus hijos en las asignaturas Lengua y Matemática.

**Cuadro 8.16.** Adolescentes receptores de la AUH que asisten al nivel secundario según rendimiento en Lengua y Matemática. En porcentaje

Notas	Nivel secundario	
	Lengua	Matemática
Sobresaliente (10)	15,4	7,9
Muy bueno (8-9)	45,6	33,7
Bueno (6-7)	32,0	36,7
Regular (4-5)	6,0	17,7
No satisfactorio (0-3)	1,1	4,0
Total	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

### 8.8.1. Impacto de la AUH en el rendimiento escolar

En términos de impacto, podemos apreciar que la AUH no sólo logra incidir en la retención de los niños, las niñas y adolescentes en el sistema educativo formal, sino también que potencia los rendimientos educativos.

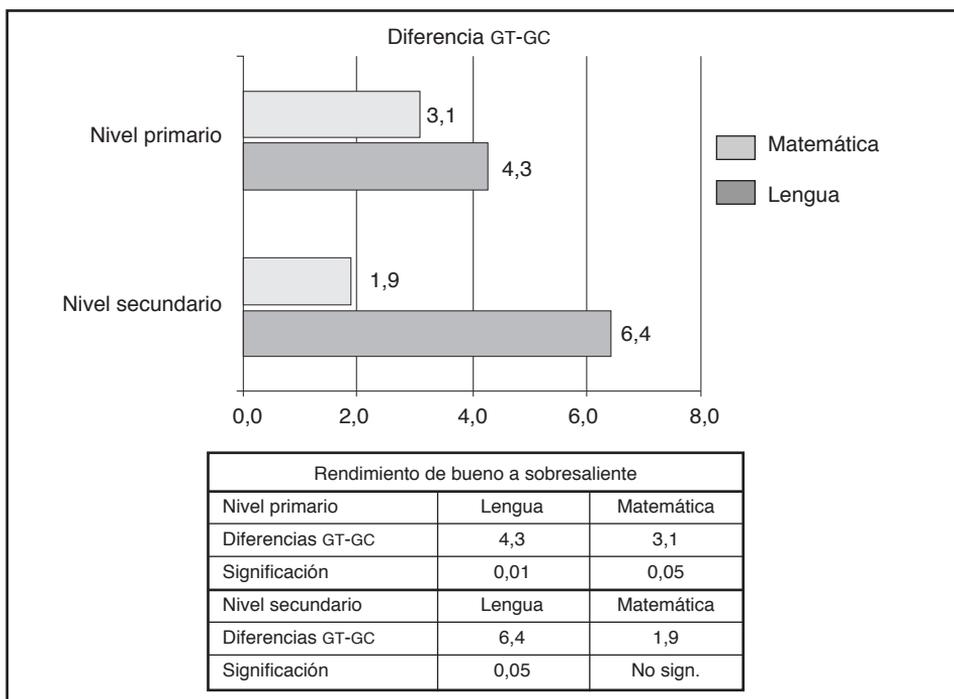
Desde la implementación de la AUH, se puede observar una mejora en el rendimiento en la materia Lengua de 4,3 puntos en el primario y de 6,4 puntos en el nivel secundario, mientras que en Matemática las mejoras son más leves, pero no menos importantes, pues la AUH establece una diferencia de 3,1 puntos en el nivel primario (gráfico 8.6).

## 8.10. Impacto de la AUH en la educación de jóvenes de entre 18 y 24 años

La pobreza y la exclusión social se determinan entre sí, en un círculo vicioso que se perpetúa de una generación a otra. Los jóvenes constituyen un eslabón crucial en esta posta intergeneracional, pues están en la fase del ciclo de vida en que opera más intensamente la dialéctica que vincula el desarrollo de capacidades adquiridas con su capitalización en oportunidades efectivas. De este modo, el acceso insuficiente a la formación de capacidades condena, en general, a trayectorias de vida donde la inserción laboral es más precaria y no permite ingresos para salir de la pobreza ni para acceder a redes adecuadas de protección social (ONU, 2008).

Los “circuitos de vida” son totalmente diferentes según el estrato social al que se pertenezca. Los sectores de estratos altos pueden aspirar a tener niveles educativos, de salud, trabajos, vivienda, semejantes a los de jóvenes de países desarrollados. Del otro lado, los jóvenes más pobres ven su vida drásticamente marcada por la falta de oportunidades que

**Gráfico 8.6.** Impacto de la AUH en el rendimiento escolar en Lengua y Matemática según nivel educativo. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

presenta la sociedad. Deben trabajar desde temprana edad, sus posibilidades de cursar estudios primarios y secundarios son limitadas, tienen riesgos significativos en salud, no tienen red de relaciones sociales que pueda impulsarlos, no hay crédito para ellos, su inserción laboral es muy problemática, difícilmente logran quebrar la situación de privación de sus familias de origen. (Kliksberg y Sen, 2007)

He aquí la importancia de finalizar el secundario como requisito mínimo que amplía las probabilidades de acceder a una mejor calidad de vida y otorga un diferencial en el desarrollo de las capacidades de cada persona y en el tipo de trayectorias laborales.

Como podemos observar en el cuadro 8.17, los jóvenes pertenecientes a hogares AUH presentan tasas de asistencia menores (33,5%) que el promedio urbano (41,4%). Como contracara, los jóvenes de estratos económicos más altos –cuarto cuartil– poseen una tasa de completitud del secundario mucho más elevada y logran continuar sus estudios superiores en mucha mayor proporción que el resto (48,5%).

**Cuadro 8.17.** Jóvenes de 18 a 24 años de hogares receptores de la AUH según asistencia escolar y completitud del secundario. Total urbano, primer y cuarto cuartil y receptores AUH por estrato poblacional. En porcentaje

Condición de asistencia y finalización del secundario	Total urbano	1 <sup>er</sup> cuartil de IPCF Total urbano	4 <sup>o</sup> cuartil de IPCF Total urbano	Jóvenes que pertenecen a hogares receptores de AUH			
				Total	Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Asiste y no terminó el secundario	14,1	16,1	7,8	17,0	18,2	15,9	27,0
Asiste y terminó el secundario	27,3	17,4	48,5	16,5	16,4	16,9	12,6
No asiste y no terminó el secundario	31,1	43,1	8,9	32,9	37,8	31,1	36,9
No asiste y terminó el secundario	27,6	23,3	34,9	33,5	27,5	36,1	23,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Podemos advertir, sin embargo, que los jóvenes de hogares receptores de AUH han logrado mejorar sus trayectorias educativas, por la vía de la permanencia y completitud del secundario (67,1%) (cuadro 8.17).

La educación primaria no es condición suficiente para la reducción de la pobreza, la promoción de la equidad y el pleno desarrollo del capital humano, por lo que en la actualidad la conclusión de la enseñanza secundaria es esencial para aumentar las oportunidades futuras y superar la pobreza de los adolescentes y jóvenes, constituyéndose en el piso mínimo. (UNICEF-CEPAL, 2010)

Podemos observar importantes mejoras en términos de impacto para beneficio de estos jóvenes. Si analizamos el impacto entre el grupo de tratamiento y el grupo de control, podemos afirmar que la AUH logró reducir en 7,8 puntos la proporción de jóvenes que no asisten ni terminaron el secundario (gráfico 8.7). Es esperable que los efectos del PROG.R.ES.AR<sup>6</sup> potencien aun más las mejoras en las trayectorias educativas en la población joven de hogares vulnerables.

Entre los jóvenes se observan diferencias significativas según el sexo. Los varones presentan tasas de asistencia menores y mayores niveles de abandono de los estudios sin haber finalizado el secundario (45,9%) que sus pares femeninas (20,5%) (cuadro 8.18).

Si analizamos las mujeres que experimentaron una maternidad precoz respecto de las que no, podemos observar apreciables diferencias. Entre quienes no son madres, la completitud del secundario es el doble y la asistencia es 11,2 puntos porcentuales mayor que entre las jóvenes que tienen hijos.

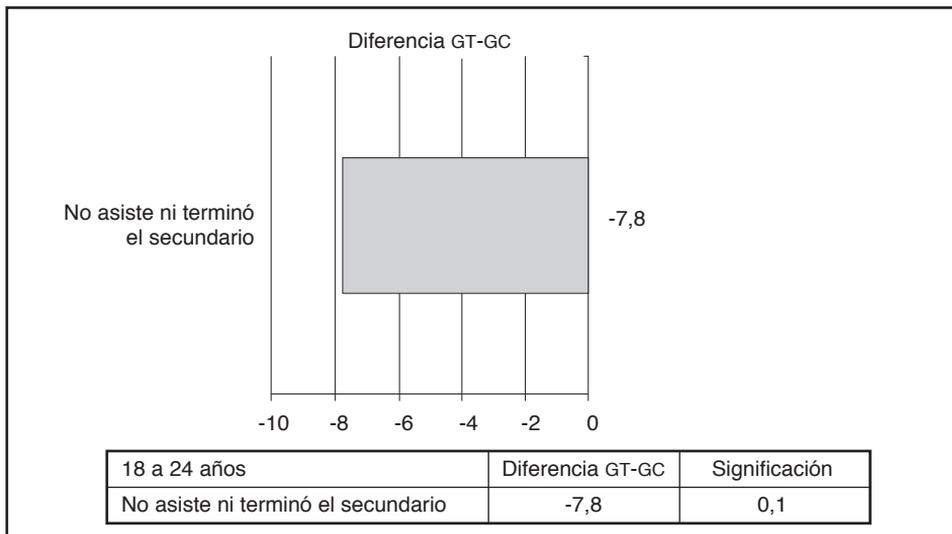
[L]a condición de maternidad a temprana edad afecta a las probabilidades de salir de la pobreza de varias generaciones a la vez, ya que dificulta la acumulación de activos en la madre y la inserción laboral de los progenitores. (CEPAL, 2004)

Como se ha dicho anteriormente, es importante destacar el impacto diferencial que tiene la maternidad temprana con relación a la asistencia escolar y a la completitud de los estudios al considerar los distintos estratos socioeconómicos. Aquellas jóvenes de sectores pobres que han sido madres tienen mayores probabilidades de abandonar el sistema educativo formal, mientras que las jóvenes de mayores ingresos presentan tasas de asistencia más elevadas.

Puede concluirse que la deserción escolar, sobre todo entre las jóvenes pobres, tiene bases socioeconómicas poderosas que van más allá del

6. El Programa de Respaldo a Estudiantes de Argentina se puso en vigencia a partir del ciclo lectivo 2014 para jóvenes de 18 a 24 años que asistan a instituciones educativas habilitadas por la Ley de Educación Nacional 26.206 y centros de formación profesional registrados ante el Ministerio de Educación o el Ministerio de Trabajo.

**Gráfico 8.7.** Impacto de la AUH en la educación de jóvenes de 18 a 24 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 8.18.** Jóvenes de 18 a 24 años de hogares receptores de la AUH según asistencia escolar y completitud del secundario por sexo y tenencia de hijos. En porcentaje

Condición de asistencia y finalización del secundario	Jóvenes que pertenecen a hogares receptores de AUH			
	Varones	Mujeres	Mujeres sin hijos	Mujeres con hijos
Asiste y no terminó el secundario	19,0	15,2	13,0	20,6
Asiste y terminó el secundario	10,2	22,7	28,0	9,2
No asiste y no terminó el secundario	45,9	20,5	11,7	42,5
No asiste y terminó el secundario	25,0	41,7	47,2	27,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

síndrome de iniciación reproductiva temprana. Entre deserción escolar, embarazo precoz y pobreza los vínculos son complejos y están entrelazados. (CEPAL, 2004)

El empoderamiento de las madres jóvenes a través de la educación es clave para reducir la reproducción intergeneracional de la pobreza. En tal sentido,

la capacidad de retención y reinserción en el sistema educativo por parte de la AUH y la extensión de sus efectos a través del PROG.R.ES.AR, junto con el desarrollo de estrategias que incrementen los espacios de cuidado para los niños, en donde se complementan las posibilidades de crianza y asistencia de las jóvenes madres, auspician un futuro mejor para las nuevas generaciones.

### **8.11. Impacto de la AUH en la disminución de la exclusión de los adolescentes y jóvenes. Los jóvenes que no estudian ni trabajan**

El desarrollo de capacidades entre los jóvenes es una cara de la moneda. La otra cara es el acceso a oportunidades en que tales capacidades puedan ejercerse en aras del desarrollo y bienestar de los propios jóvenes. En este ámbito cumplen un papel principal el empleo y las oportunidades de trabajo para la juventud [...] A los jóvenes la inserción laboral les permite integrarse de manera autónoma a la sociedad, facilita el desarrollo interpersonal, la autoestima y el reconocimiento mutuo en colectivos con características comunes. Por lo tanto, las oportunidades de empleo son decisivas en la promoción de la cohesión social de cara al futuro. (ONU, 2008)

Sin embargo, los jóvenes son quienes encuentran mayores obstáculos para insertarse plenamente en el mercado de trabajo. Presentan mayores niveles de rotación laboral, precariedad laboral y bajos salarios. Estas situaciones perjudican especialmente a los jóvenes de hogares más empobrecidos, donde las trayectorias educativas juegan un rol central.

En este contexto, en donde la educación marca un diferencial, se combinan diferentes situaciones en torno a la inserción educativa y laboral. Pero no todos los adolescentes y jóvenes pueden elegir libremente el rumbo a seguir: finalizar el secundario, continuar los estudios, conseguir un empleo o combinar ambas actividades.

En términos de las posibilidades de integración plena a la vida adulta, es indudable que cuanto más extenso es el período de desafiliación de las principales instituciones que estructuran el paso a la adultez (educación y trabajo), mayor es el peligro de exclusión social. (CEPAL, 2010)

Pero cabe señalar que “si bien es preocupante el fenómeno a nivel general, los jóvenes de estratos más bajos muestran niveles de exclusión del sistema educativo y del mercado de trabajo notablemente superiores a los de los jóvenes de estratos medios y altos. Las brechas se amplían a partir de los 19 años, fenómeno asociado fundamentalmente a la transición entre la escuela y el trabajo; la mayoría de estos jóvenes pertenece a los estratos más bajos de la distribución de ingresos y no ha terminado el secundario, por lo que tienen pocas posibilidades de encontrar un empleo decente y bien remunerado, y de salir de la pobreza en el futuro” (D’Alessandre, 2014).

En efecto, la exclusión de ambas esferas es una problemática que afecta de manera desigual según el sector social de pertenencia. Como podemos observar en el cuadro 8.19, los adolescentes y jóvenes de hogares urbanos del primer cuartil de ingresos presentan niveles muchos más altos de exclusión (8,3% y 15,4%, respectivamente) en comparación con sus pares del cuarto cuartil (2% y 5,4%).

Sin embargo, podemos advertir que en los hogares receptores de AUH, a pesar de encontrarse entre los más vulnerables, los adolescentes y jóvenes han logrado mejorar sus trayectorias educativas y laborales: casi el 3% de los adolescentes y el 9,3% de los jóvenes se encuentran por fuera de ambas actividades. Estos niveles permiten dar cuenta de que los adolescentes y jóvenes AUH se posicionan superando el promedio urbano y disminuyendo la brecha respecto de los estratos más altos (cuadro 8.19).

**Cuadro 8.19.** Adolescentes y jóvenes de 15 a 25 años según condición educativa y laboral por grupos de edad. Total urbano, primer y cuarto cuartil y hogares receptores de la AUH

Condición educativa y laboral	Total urbano	1 <sup>er</sup> cuartil de IPCF Total urbano	4 <sup>o</sup> cuartil de IPCF Total urbano	AUH
15 a 17 años				
No estudia ni trabaja*	5,4	8,3	2,0	2,9
No estudia ni trabaja, y no terminó el secundario*	5,3	8,2	2,0	2,7
No estudia y está desocupado*	1,1	2,2	0,1	0,0
18 a 25 años				
No estudia ni trabaja*	10,4	15,4	5,4	9,3
No estudia ni trabaja, y no terminó el secundario*	5,3	9,0	0,7	5,3
No estudia y está desocupado*	6,6	9,4	3,5	6,2
15 a 25 años				
No estudia ni trabaja*	9,0	13,0	4,7	7,5
No estudia ni trabaja, y no terminó el secundario*	5,3	8,8	1,0	4,6
No estudia y está desocupado*	5,1	7,1	2,9	4,4

\* Excluye a las mujeres con hijos e inactivas.

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Estas mejoras en los indicadores se explican por mayores niveles de asistencia, más completitud del secundario y mejor acceso al empleo.

En relación con el grupo de control, se observan diferencias significativas con respecto a la exclusión del sistema educativo y laboral de adolescentes y jóvenes. A partir de esta comparación, puede afirmarse con certeza que la AUH aumenta las posibilidades de inclusión social al reducir significativamente el

riesgo de exclusión educativa y/o laboral. La AUH impacta en la problemática de los jóvenes que no estudian ni trabajan (gráfico 8.8).

Considerando la evidencia cualitativa, es posible reforzar estos efectos desde la propia perspectiva de las titulares de AUH:

*Cambió en el sentido de que había muchos chicos en la calle.*

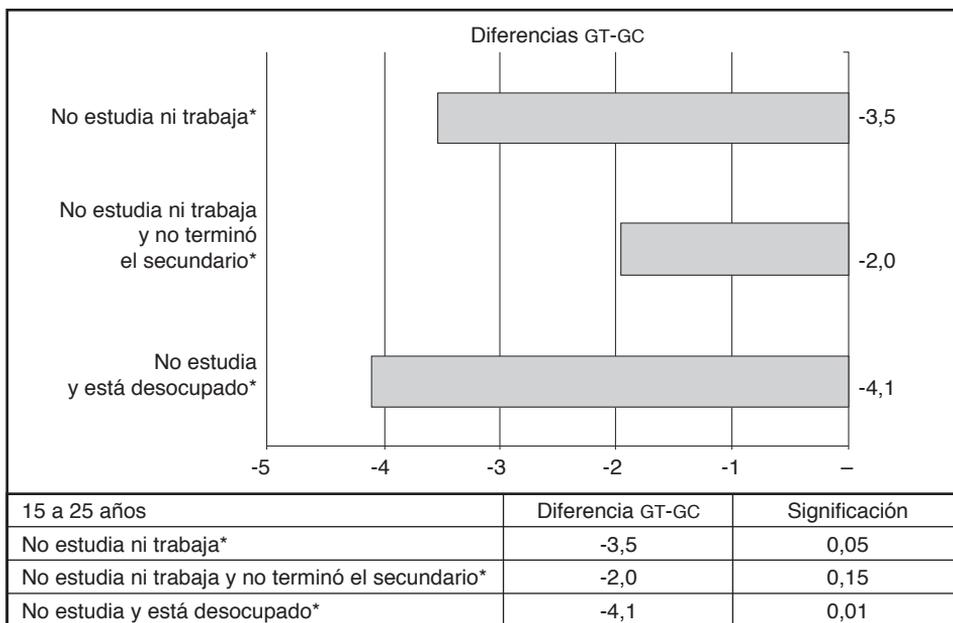
*Hay oportunidad para todos.*

*Rescato algo positivo: en el barrio hay madres que tienen siete u ocho chicos, en la Boca es así. Esos chicos no están más en la calle, están en la escuela.*

*Es una ayuda para que esos chicos que estaban en la calle se puedan recibir. Y mis hermanas por otro lado he visto que les dicen a sus chicos de 15 o 16: “Tenés que ir a la escuela”. Hasta los 18 tienen que hacerse controlar una vez al año.*

*Había chicos en la calle y la madre no hacía nada. Ahora las obligan.*

**Gráfico 8.8.** Impacto de la AUH en la condición educativa y laboral de adolescentes y jóvenes. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



\* Excluye a las mujeres con hijos e inactivas.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Los efectos positivos repercuten de manera directa en la ruptura del círculo vicioso (de bajos rendimientos educativos, mayores niveles de abandono escolar y altas tasas de desempleo) en que se encontrarían los jóvenes de no mediar los efectos de la AUH. Esta ventaja comparativa que la AUH está generando impacta en la calidad de vida actual y apuesta a un futuro de mejores oportunidades.

### **8.12. Impacto de la AUH en la ruptura de uno de los mecanismos de reproducción intergeneracional de la desigualdad de origen**

Contribuir a que los jóvenes completen estudios secundarios es una virtud sumamente destacable de la AUH. Se ha señalado infinidad de veces que el bajo nivel educativo alcanzado por los progenitores incrementa la probabilidad de repetir intergeneracionalmente este tipo de trayectorias educativas. Por lo tanto, “mejorar el clima educacional de los hogares cuyos jefes futuros serán los actuales jóvenes escolarizados produce un efecto favorable en el desempeño educacional de los niños y jóvenes de la próxima generación, reduce los niveles de deserción y repetición, y aumenta el número de años de estudio completados” (CEPAL, 2007).

Particularmente, resulta relevante poner el foco en las mujeres. La escolaridad de la madre está directamente asociada a la asistencia y al rendimiento escolar de los niños, gran parte del cuidado recae en los integrantes femeninos del hogar, y en particular en la madre. En este sentido, la influencia de su nivel educativo se constituye en uno de los mecanismos más poderosos de reproducción del comportamiento que adoptarán sus hijos.

A pesar del sostenido crecimiento de la asistencia escolar durante la última década, si se analiza la información para todos los adolescentes del total urbano, se observa que la predicción de repetición del nivel de asistencia de los adolescentes según el nivel de escolaridad de la madre se cumple con creces. Existe una brecha de 10 puntos porcentuales en la tasa de asistencia entre los adolescentes que tienen madres que no han llegado a finalizar el nivel medio y aquellos con madres con nivel medio completo (87,8% y 98% respectivamente) (cuadro 8.20).

En este contexto, cabe destacar que el impacto de AUH en la asistencia escolar, mediada por las corresponsabilidades impuestas por la prestación, logra hacer cuña en este círculo vicioso. En efecto, la brecha en las tasas de asistencia de población adolescente de hogares receptores de la AUH según el nivel educativo de la madre se achica a 4 puntos (94,3% versus 98,5%) superando en ambos segmentos la media de asistencia del total nacional urbano (91,4%).

Este dato es alentador, ya que permite vislumbrar la ruptura de uno de los mecanismos más poderosos de reproducción intergeneracional de la pobreza y la desigualdad en hogares donde se conjugan necesidades económicas que obligan a los adolescentes a alternar trabajo y estudio, con un mandato familiar ejercido sobre las nuevas generaciones más débil que el que suele estar

presente en hogares donde existen antecedentes –y “tradición”– de finalización del ciclo medio.

**Cuadro 8.20.** Adolescentes de 13 a 17 años según condición de asistencia por nivel educativo alcanzado de la madre. Total urbano y receptores de la AUH. En porcentaje

Condición de asistencia	Adolescentes 13-17 años* Total urbano Nivel educativo alcanzado de la madre		Adolescentes 13-17 años* en hogares AUH Nivel educativo alcanzado de la madre	
	Hasta secundario incompleto	Secundario completo y más	Hasta secundario incompleto	Secundario completo y más
Asiste	87,8	98,0	94,3	98,5
No asiste	12,2	2,0	5,7	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Incluye a los adolescentes de 17 años.

Fuente: EAHU-INDEC 2013 y Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

### 8.13. Opiniones de los informantes clave sobre el impacto de la AUH en la educación

La tasa de asistencia de niños, niñas y adolescentes experimentó un impacto positivo gracias al efecto que la AUH impuso en la retención y reincorporación al sistema escolar, tal como se señaló en los puntos anteriores.

Garantizar el derecho a la educación constituye uno de los pilares de la AUH y, por lo tanto, estos resultados constituyen un logro cardinal para esta política.

Se consultó a los referentes provinciales sobre su apreciación acerca de si se experimentaron cambios en la matrícula escolar a partir de la implementación de la AUH. De sus testimonios se desprenden varios puntos interesantes que evidencian distintas percepciones:

- Se observa un aumento en la matrícula, si bien los mayores impactos se evidenciaron en el nivel secundario, ya que el nivel primario ya había alcanzado altos niveles de cobertura.

[Los chicos] *abandonan menos* [y otros] *han retomado*.

*Sí, ha crecido un poquito. Hay un incremento [...] Sin duda los que recibieron esa Asignación empezaron a hacerse más constantes en la escuela. Ésta es la zona más vulnerable. En otros contextos no tiene tanta repercusión. Pero en todo Tucumán sí ha habido un gran incremento de población escolar en el contexto vulnerable.*

*En la escuela secundaria se inscriben más los chicos [...] la primaria me parece que el proceso cultural de universalización ya lleva cien años.*

*Teníamos una matrícula de 340 alumnos. Aparece la AUH y la obligación de asistir a la escuela. Aparecen chicos con edad de 12 o 13 que jamás habían ido a la escuela. No tenés idea de la complicación pedagógica para las maestras de tener chicos de 12 en primer grado... pero fue una alegría cómo creció la matrícula. Estamos en más de 400.*

*Los requisitos de la AUH mostraron cosas del Estado que faltaban. Ahora una docente tiene treinta pibes cuando antes por ahí muchos dejaban de ir y nadie se hacía problema.*

- Asimismo, identifican problemas de infraestructura y pedagógicos que se suscitaron con este aumento de matrícula y resaltan la responsabilidad que le compete al sistema educativo.

*Sí que las escuelas aumentaron la matrícula, entonces ahí es donde se empieza a notar la deficiencia en infraestructura educativa que hay que acompañar; hay que acompañar pero ese acompañamiento es más lento, no hay la cantidad de escuelas que deberíamos tener, con lo cual las condiciones donde esos chicos estudian...*

*Habrán algunos que van para cobrar y otros que no les interesan la escuela [...] pero hay otros que no están integrados con la escuela, no les da lo que necesita la escuela, muchas veces somos la escuela misma lo que no les dan, y no es por la Asignación Universal, dejan de ir por la escuela. No se puede hacer una relación unívoca.*

*Hacer también que los chicos estén en la secundaria, pero no solamente a través de determinadas políticas sino que además también haya una modificación interna, que la escuela se pregunte hacia adentro qué es lo que sucede [...] Ayuda muchísimo, pero adentro tenemos que hacer algo para retenerlos. Y habrá alguna familia que tendrá que hacer algún cambio para acercarse a la escuela.*

- Otros, en tanto, afirman que no se produjo un aumento de la matrícula escolar como consecuencia de la AUH, aunque los testimonios se muestran contradictorios.

*No [aumentó la matrícula]. En realidad no. Es la misma hace unos cuantos años. Es de ir y venir, no es estable todo el año, cambian de escuela o vuelven [...] Entran y salen los chicos constantemente porque los papás se mudan, o hay problemas en el barrio y se mueven. Estamos en un barrio conflictivo. Hay muchas mudanzas.*

*Y no hemos visto un impacto importante dentro de lo que es educación. En nivel preprimario y primario... dentro de la provincia es muy alto. Cerca del 95%. Es muy baja la deserción. No ha variado con la asignación. En nivel secundario seguimos manteniendo el... ya como un 40% de deserción [...] Creo que no ha producido un gran impacto dentro de la escuela.*

*Nosotros no sabemos qué pasa con los chicos, donde están los chicos, ésa es nuestra pregunta del millón, dónde están los chicos, porque los chicos no están en las escuelas [...] Yo venía de una escuela como la 39, de cuarenta alumnos. Y hoy no llegan ni a quince, en las aulas.*

*La matrícula depende de otros factores, ahora cambiamos a un nuevo secundario [...] un cambio curricular genera más movimiento que la Asignación por Hijo, no es tan fuerte si uno analiza la matrícula, depende mucho más de dónde está ubicada la escuela. De los barrios, a medida que crecen los barrios van creciendo.*

Sin embargo, más tarde sostiene:

*Yo creo que si la sacás, vamos a perder chicos, eso estoy seguro, si vos sacás hoy la Asignación vamos a perder chicos, son esos chicos de situación de riesgo, no el chico sino la familia está en riesgo, en ese sentido es un paliativo muy importante. Si la sacás ahora, vamos a perder chicos, pero no me parece que sea un elemento que produzca o genere matrícula.*

En cuanto al ausentismo, varios entrevistados se muestran optimistas:

*Lo que se producía era mucho ausentismo durante el año. El ausentismo es el que mejoró. Tal vez no fue tan significativo el cambio de matrícula, pero en ausentismo sí.*

*Eso en cuanto a inscripción. En cuanto a asistencia analizábamos el ausentismo... porque muchos por ahí se anotan por la Asignación y después no aparecen más. Pero no.*

Para otros se presenta como un nuevo problema en la trayectoria educativa de las niñas, los niños y adolescentes, sobre el cual la escuela debe actuar:

*A la escuela secundaria van más los primeros meses y los últimos meses que es cuando se entregan los certificados. En un concepto que [...] lo he empezado a trabajar como la intermitencia. Los chicos empiezan la escuela más, se notan interesadas las familias en que el chico empiece la escuela, pero no se nota que haya un convencimiento en la escuela por ella misma, es decir, no es que culturalmente todos nos hemos acercado a la escuela secundaria, sino que estamos un poco empujados por esta política, acercarnos a la escuela secundaria. Sé que es mejor estar que no estar en*

*la escuela secundaria, aun con las intermitencias, pero es un proceso que va a llevar tiempo...*

*Hacemos citaciones cuando no viene el chico, citamos a través de compañeritos. O hacemos visitas domiciliarias.*

*Rendimiento y egreso [mejoraron]. Una cosa es con qué matrícula iniciás. No es sólo garantizar el inicio, hay que garantizar el mantenimiento y el egreso. Estamos teniendo chicos que empiezan su ciclo superior con la Asignación Universal.*

## 9. Trabajo infantil

### 9.1. Impacto de la AUH en el trabajo infantil

Que los niños y las niñas trabajen acarrea graves problemas para su desarrollo. Sus consecuencias se hacen sentir tanto en la salud como en los logros escolares y personales. Por una parte, constituye una amenaza a la salud que se agrava cuando la actividad acontece en situaciones de trabajo pesado. El trabajo infantil potencia y amplifica la vulnerabilidad y los padecimientos que les imponen las condiciones en que viven. Por otra parte, el tiempo dedicado al trabajo es tiempo robado a la educación y a la recreación, aspectos centrales en el desarrollo de todo niño. El trabajo se traduce en bajo rendimiento, repitencia y abandono (Feldman, García Méndez y Araldsen, 1997).

La problemática del trabajo infantil constituye una prioridad en materia de política pública y alcanza en los últimos años un sólido andamiaje jurídico, institucional y programático que responde a una nueva orientación del Estado como garante de la inclusión social y de la protección de los derechos de la infancia. (OIT-MTEYSS, 2014)

Se presenta a continuación la conceptualización de la Comisión Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (CONAETI).

Se entiende por trabajo infantil a toda actividad económica y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no, realizada por niñas y niños, por debajo de la edad mínima de admisión al empleo o trabajo, o que no han finalizado la escolaridad obligatoria o que no han cumplido los 18 años si se trata de trabajo peligroso.

Partiendo de esta definición, el trabajo infantil puede concebirse como una actividad económica de manera remunerada o no remunerada, realizada para el mercado (trabajo en sentido estricto), pero también como una actividad no económica, orientada al autoconsumo del hogar o al trabajo doméstico intensivo.

Para su operacionalización se establece como período de referencia la semana

previa a la encuesta para la medición del trabajo infantil en sentido estricto, así como de las actividades de producción para el autoconsumo y domésticas intensivas. De esta forma, se pueden caracterizar tres situaciones diferenciadas, que se detallan a continuación:

- 1) Trabajo: se considera que un niño, una niña o adolescente es trabajador cuando realiza una actividad que genera bienes o servicios que tienen valor económico en el mercado. Integran este grupo aquellos que trabajaron al menos una hora en la semana de referencia. Puede ser de manera remunerada o no remunerada.
- 2) Actividad productiva dirigida al autoconsumo del hogar: incluye la construcción de la vivienda propia, el cultivo y la cosecha de productos agrícolas o de huerta, y el cuidado de animales para el consumo del hogar.
- 3) Tareas domésticas intensivas para el hogar: la definición operacional de este concepto contempla 10 horas o más de tareas domésticas en la semana en el caso de los niños y las niñas (5 a 13 años) y 15 horas o más en la semana en el caso de los adolescentes (14 a 17 años).

El cuadro 9.1 desagrega la información de trabajo infantil para distintos tramos de edad ya que existe una estricta prohibición del trabajo hasta los 15 años, mientras que el grupo entre 16 y 17 puede incorporarse al mercado de trabajo bajo ciertas condiciones que establece la ley 26.390.<sup>1</sup> Asimismo se distingue la situación de niños y niñas de hasta 13 años del grupo entre 14 y 15 años. Los resultados se presentan comparados con el Módulo de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (MANNYA) –relevamiento llevado a cabo a través de un cuestionario adjunto a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos durante el tercer trimestre de 2012 para el total urbano nacional (MTEYSS-INDEC)–, a los fines de contar con un parámetro confiable para la comparación.

Tal como se aprecia en el cuadro, el 3,2% del total de niños, niñas y adolescentes que reciben AUH actualmente se encuentra ejerciendo una actividad económica para el mercado laboral. Dicho porcentaje presenta una incidencia baja en el segmento de 5 a 13 años (1,1%) y se incrementa con la edad: alcanza a 5,1% entre adolescentes de 14 y 15 años y supera el 15% entre los jóvenes de 16 y 17 años. Cabe resaltar, por otra parte, que, a excepción de las actividades vinculadas al autoconsumo, los guarismos de trabajo infantil de la población receptora de AUH se encuentran por debajo de los valores para el total urbano correspondientes a 2012 (cuadro 9.1).

1. La ley 26.390, de Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente, fue promulgada en 2008 y prohíbe el trabajo infantil por debajo de la edad mínima de admisión al empleo, establecida en 16 años. El grupo de adolescentes entre 16 y 17 años goza de una protección especial referida a la cantidad de horas semanales permitidas, a la prohibición del trabajo nocturno y al desempeño en actividades que impliquen tareas peligrosas.

**Cuadro 9.1.** Niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años según actividades que realizan por grupos de edad. Receptores de la AUH y total urbano. En porcentaje

Trabajo infantil	NNYA receptores AUH				MANNYA 2012		
	Total	5-13	14-15	16-17	5-13	14-15	16-17
% en actividades económicas	3,2	1,1	5,1	15,1	2,0	7,5	16,8
% en actividades productivas para autoconsumo	4,0	2,6	6,6	10,3	2,1	6,4	8,5
% en tareas domésticas intensas	2,6	1,8	5,3	5,3	2,6	6,5	11,3

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014 y MANNYA 2012.

Para finalizar el análisis, se presentan dos cuadros elaborados para el conjunto de total de niños y adolescentes de 5 a 17 años que exhiben diferencias significativas que enriquecen el análisis. El cuadro 9.2 muestra porcentajes de trabajo infantil según sexo. Podrá observarse que existe una mayor proporción de varones en actividades económicas y de autoconsumo, en tanto que las mujeres principalmente desarrollan en mayor proporción trabajos vinculados a actividades domésticas con carga intensiva.

**Cuadro 9.2.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH de 5 a 17 años según tareas que realizan por sexo. En porcentaje

Trabajo infantil	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Doméstico	2,0	5,9	4,0
Autoconsumo	4,7	0,6	2,6
Trabajo	4,2	2,1	3,2

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

El cuadro 9.3 diferencia la situación de niños, niñas y adolescentes que actualmente asisten a la escuela de aquellos que abandonaron sus estudios. La brecha es abrumadora: el trabajo doméstico y las tareas de autoconsumo se quintuplican entre la población no escolarizada, en tanto que las actividades económicas se multiplican por diez, pasando de 2,8% entre los escolarizados a 27% entre niños, niñas y adolescentes que se encuentran por fuera del sistema educativo formal.

**Cuadro 9.3.** Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH de 5 a 17 años según tareas que realizan por asistencia escolar. En porcentaje

Trabajo infantil	Asistencia escolar		Total
	Asiste	No asiste, pero asistió	
Doméstico	3,8	19,6	4,0
Autoconsumo	2,5	14,7	2,6
Trabajo	2,8	27,0	3,2

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

En relación con el grupo de control, se observan diferencias significativas en función de las actividades económicas para los segmentos de 14 y 15 años, y de 16 y 17 años. A partir de esta comparación, puede afirmarse con certeza que la AUH reduce la propensión a que los adolescentes se vuelquen de manera temprana en el mercado de trabajo. En cuanto a las actividades de autoconsumo y tareas domésticas, no se observan diferencias significativas entre ambas muestras (cuadro 9.4).

**Cuadro 9.4.** Impacto de la AUH en las actividades económicas de niños, niñas y adolescentes según grupos de edad

Actividades económicas	Tramo de edad			Total 5 a 17 años
	5 a 13 años	14 y 15 años	16 y 17 años	
Diferencia	0,1	-4,7	-3,8	-1,4
Significación	No sign.	0,15	0,15	0,15

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 9.2. Opiniones de los informantes clave sobre el trabajo infantil

Una de las problemáticas que se presentan entre niños, niñas y adolescentes de sectores vulnerables es la del trabajo infantil. Al ser consultados sobre los cambios experimentados a partir de la implementación de la AUH, los referentes fueron optimistas sobre el efecto, aunque atribuyen parte del descenso al trabajo hecho desde la escuela o la salita con cada caso particular:

*Venimos de un porcentaje de asistencia bastante bajo antes de la asignación, porque nuestros chicos trabajaban. En 2008, 2009 hicimos un trabajo de investigación sobre la cantidad de chicos que trabajaban.*

*Teníamos 310 alumnos aproximadamente. El 25% trabajaba. Hablo de chiquitos de jardín. Los papás trabajaban en el basural de la ciudad... llevaban a sus chiquitos. Lo que el nenito podía recolectar era un beneficio para el padre, estamos hablando de chiquitos de 5 años. O el papá era verdulero y con el chico se iba con el carro, o el papá era diariero y el nenito le acompañaba. El diario a las 23 está para ser repartido. El chico a esa hora salía a vender con el papá. Al otro día no venían o venían y se dormían. Eso cambió rotundamente. Son muy poquitos los chicos que trabajan y no incide en el trabajo pedagógico. Para mí la AUH en el aspecto educativo nos ayudó muchísimo.*

[Refiriéndose al descenso de trabajo infantil] *Si... más o menos. Tampoco hay una cantidad de trabajo infantil. Por lo menos en esta zona. Lo hemos visto en pueblos de la zona norte de la provincia. Junto con el Ministerio de Trabajo se han armado centros de atención para cuidar a los chicos mientras los papás trabajan la frutilla, el algodón... no en las zonas urbanas sino en pueblos alejados. Ahí había más trabajo infantil. Acá a lo sumo al cartonero lo acompaña su hijo... le hablamos para ver cómo hacer para que no viaje con él.*

*¿Laburar en el taller con el papá, mecánico, carpintero? Son muy poquitos, los chicos de hoy no son muy laboradores digamos. Chicos de estacionamiento medido te contaba que hay, he tenido hasta profesores de estacionamiento medido que hizo un trabajo medio... y después algunos casos pero son mínimos, no es para generalizar, gente del basural, gente que vive en el basural y ha venido a la escuela. El tema del campo, acá vienen muchos chicos cuyos padres o familia están en el campo, son gente de campo desarraigada que cuando pueden vuelven... [Y luego cierra] Creo que tenemos casos de chicos que están mejor.*

*Dejaban la escuela para ir a pelar caña, a recoger limón. Ahora con la Asignación se mantienen... o sea incrementó un poquito [...] pero también hay niñas que trabajan en casas de familia. O en el MercoFrut. Es para ayudar más a sus padres, a pesar de que tienen Asignación. De todas formas no faltan a la escuela.*

Y luego dice:

*En nuestro caso yo hablaba de la cosecha del limón. He logrado que los papás no los lleven. Quizá el padre se traslada pero el chico se mantiene en la escuela con la AUH.*



## 10. Opiniones sobre la AUH

En este capítulo se analizan las opiniones de las titulares de la AUH de acuerdo con diferentes dimensiones. Para lograr esto, se recolectaron testimonios de decenas de titulares a lo largo del país mediante la organización de doce grupos focales y se incluyeron las respuestas a preguntas de opinión incluidas en la encuesta llevada a cabo por esta evaluación.

Se pretende captar cuál es la percepción de las mujeres receptoras acerca de cuestiones clave que hacen a la definición de esta política. Así se recupera la visión subjetiva de los protagonistas, brindando un valor agregado a los datos de impacto que surgen de los modelos estadísticos.

Al abordar los diversos temas que atraviesan la AUH, se vuelven a analizar todos los testimonios ya volcados en otros capítulos, pero intentando contextualizar las miradas individuales en el escenario de la implementación de la AUH, teniendo en cuenta tanto el enfoque que la sustenta como los cuestionamientos que surgieron a lo largo de estos cinco años. En este sentido, algunos de los testimonios aparecen repetidos en otros capítulos.

### 10.1. La Asignación como derecho y como ayuda

Se ha señalado desde algunos enfoques críticos que la AUH se presenta desde el Gobierno como un derecho universal, pero funciona en los hechos como política focalizada hacia sectores de población pobre, y que no hace más que reproducir la lógica de los programas de transferencias condicionadas de ingresos, fuertemente promovidos en Argentina en la década de los 90.

Desde los organismos del Estado, se ha aseverado de manera enfática que la AUH, desde su origen, no se ha concebido como una ayuda, sino como un derecho de todos los niños, las niñas y adolescentes, y forma parte de una política universal que no hace más que extender masivamente a sectores hasta ahora no alcanzados (el sector informal, el servicio doméstico y los desocupados) los beneficios del sistema de asignaciones familiares por hijo que el Estado venía otorgando a los trabajadores del sector formal de la economía desde 1968.

Esta afirmación, directriz de la concepción y ejecución de la AUH, no parece contradecir que, por su orientación hacia los eslabones más débiles de la escala de ingresos, se asuma, al mismo tiempo, como una ayuda social para madres y padres de sectores en situación de vulnerabilidad. Parece razonable que se vislumbre, al decir del director de la ANSES, como una política inclusiva y reparadora, basada en la idea de solidaridad del Sistema de Seguridad Social por la cual las generaciones pasivas y activas contribuyen a mejorar el piso social para que los niños y las niñas reciban una mejor alimentación, salud y educación.

Por otra parte, es innegable que la AUH resulta una herramienta trascendental en la lucha contra la pobreza y la indigencia que, además, como dinamizador del consumo, genera un efecto multiplicador, no sólo para las microeconomías familiares, sino también para la economía en su conjunto.

La AUH fue concebida como un derecho; sin embargo, para que esto sea internalizado por los receptores, requiere un tiempo de estabilización e institucionalización, y el refuerzo de la estrategia comunicacional.

En la percepción por parte de los titulares sobre si la AUH es un derecho o una ayuda, a partir de la encuesta, se puede observar cómo 7 de cada 10 titulares entrevistadas la consideran sólo como una ayuda provista por el Gobierno y 3 de cada 10 la asimilan como un derecho atendido (cuadro 10.1). Sin embargo, para niños y niñas comienza a ser percibido como un derecho propio.

Ya en la etapa cualitativa del estudio esta valoración estaba presente de manera muy extendida entre los titulares participantes de los grupos focales:

- Entre las que consideraban que era un derecho:

*Porque mucha gente lo paga para tener mañana la jubilación y no por eso te tienen que sacar la Asignación, que es un derecho.*

*Yo no comparto que sea mendigar. Es un derecho.*

*Esto es como que están todos los niños igual. Los que tienen padres trabajando en blanco como los que no.*

*Cristina dijo que es un derecho, entonces es un derecho porque a Cristina yo la quiero.*

*Los chicos necesitan su computadora y tienen su computadora, nosotras necesitamos el coso universal, lo tenemos. Y cada cosa que sale, que son proyectos es un bienestar para la humanidad, para la comunidad.*

*Es el derecho que nos brinda el Gobierno para que tengamos el mismo acceso que los que tienen.*

*El Gobierno hace esto para que todos tengamos la Asignación, porque los que están en blanco la cobran.*

**Cuadro 10.1.** Titulares de la AUH según opinión sobre la naturaleza de la AUH por estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

	Total	Tamaño localidad		% de participación de AUH en ITF				
		Área Metropolitana	De más de 100.000 habitantes	De hasta 100.000 habitantes	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y más
La AUH es un derecho	28,3	34,9	26,8	17,7	23,3	29,9	31,1	31,3
Es una ayuda que da el Gobierno	71,5	65,1	73,0	82,1	76,6	69,7	68,8	68,7
Ambas	0,2	0,1	0,2	0,2	-	0,4	0,1	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

*Es un derecho que Cristina puso.*

*¿Quién tiene el derecho entonces? En realidad todos, pero habría que evaluar cada caso.*

*Yo lo que digo es que una cosa es tener un derecho y otra cosa es necesitarlo o no. Si tenés propiedades o ganás más de 15.000 ponele... es una cosa. El derecho lo tenés igual mientras tengas los papeles que te piden.*

*Es para todos los que lo necesitan.*

- Se internaliza como un derecho de los niños y las niñas:

*Mi hija me dice: “¿Me prestás 100? En la otra Asignación te los devuelvo”.*

*Vos estás cobrando por mí: “Dame la plata”. O me dice: “¿Cuándo me vas a comprar tal cosa?”. “No necesitás eso”. “Si te pagan por mí...”*

*En la escuela muchas maestras les dicen que uno cobra por ellos. Entonces vienen los chicos y dicen eso.*

*Mi hija sabe también, es reviva... ve la tarjetita: “Esa es mía, mamá”.*

*Dependo de la Asignación y de lo que pueda llegar a trabajar. Me duele gastar la plata de mi hija en tapar agujeros pero...*

*Aparte vamos a cobrar al cajero y ella me dice: “Yo te los presto y cuando tengas me lo devolvés”.*

*Mi hijo tiene 4 y cuando escucha se da cuenta: “¿Me vas a comprar tal cosa con mi Asignación?”*

*A mí me pasó que mis chicos querían esos pantalones de colores que se usan ahora y como iba a cobrar les dije que iba comprar y me dijo: “Pero mami, siempre nos comprás a nosotros, ¿cuándo te vas a comprar vos?”. ¡Mi amor! “Pero ese es tu sueldo”, “No, es de ustedes”. Y se quedaron pensando.*

*Y el chico espera que llegue el día.*

*La mía sabe que cobro esa plata. Viene y me pregunta: “¿Cuánto falta para que cobres?”.*

*Es de ella.*

*Sabe que es de ella.*

*No es “quién manda a quién”, hay que ponerse de acuerdo. Tampoco le podés decir al chico: “Hoy cobré tu Asignación, andá a gastártela”.*

*Hasta te preguntan: “¿Ya has cobrado, mamá?”. Porque esperan siempre algo para ellos, un regalito. Una zapatilla, una remerita nueva... no se puede todo junto.*

*Mi hija tiene 14. Cobré la Asignación el otro día y me dice: “Bueno, mamá, esta plata es para mi pieza”. Y el varoncito me dice lo mismo. Compré chapas para techarle la pieza de los dos.*

*Porque cuando ya sean grandes una le puede dar la plata al chico para que la administren ellos. Varias madres hacen eso.*

*Mi hija está pagando la ortodoncia con la Asignación Universal. Tenía los dientes horribles. Cuando empezó a cobrar fuimos a la odontóloga que le puede pagar en cuotas. Ella dice orgullosa: “Le puedo pagar con mi salario”.*

*Cuando eran chicos lo manejaba yo, ellos ni enterados estaban. Pero ahora con 15 comenzó a comprarse sus cosas.*

*Nunca me dice: “¿Cobraste?”, “¿Cuándo cobrás?”. Jamás. Sé que es de él y le digo: “Es tu salario, ¿qué te vas a comprar?”.*

*Mi hijo me decía: “Es mi salario”, y yo le decía: “Pero la pancita también necesita de comida”.*

- Entre los que consideran que es una ayuda:

*La ayuda que da el Gobierno.*

*Es una ayuda.*

*Una ayuda que te dan para tus hijos. Para que cumplás. Que los llevés a los controles del médico, a la escuela, no puede faltar.*

*Es una ayuda para que esos chicos que estaban en la calle se puedan recibir.*

*Yo considero que no es una obligación del Gobierno regalar esa plata.*

*Para mí sí. Llegamos a un punto en el país en que necesitaron ayudar a los pobres.*

Se aventura allí, como hipótesis, que la migración automática de planes a la AUH contribuyó a diluir las diferencias entre los planes focalizados y el derecho sobre el cual se yergue la nueva política pública.

**Cuadro 10.2.** Titulares de la AUH según opinión sobre quién cree que le otorga la AUH por estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

	Total	Estrato			% de participación de AUH en ITF			
		Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y más
El Gobierno Nacional	73,8	60,6	78,9	75,6	69,3	76,2	72,5	76,5
La ANSES	18,3	29,8	14,0	16,0	23,1	17,0	18,1	12,9
Cristina/la presidenta	2,9	6,0	1,8	1,6	2,2	3,0	3,8	2,5
Otro	5,0	3,6	5,3	6,8	5,3	3,8	5,6	8,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

*Yo tenía un Plan Trabajar, nadie me preguntó nada, se dio de baja el Plan Trabajar y entré directamente a la Asignación. Es un reemplazo.*

*Es lo mismo con otro nombre.*

*Yo la tengo desde que era Plan Familia.*

Contrariamente a la idea que manifiesta que la AUH es una medida clientelista, la mayoría de las respondentes considera que quien otorga la prestación es el Estado (cuadro 10.2).

La mayoría de las entrevistadas avizora una posible interrupción de esta política pública en caso de producirse un cambio en el signo político del Gobierno Nacional. Esta apreciación resulta aún más arraigada por fuera del Área Metropolitana y cuanto mayor es el peso del monto de la AUH en el total de los ingresos familiares, y presenta una diferencia significativa de casi 5 puntos porcentuales respecto del grupo de control para la categoría “muy probable” (cuadro 10.3).

Debe tenerse en cuenta la influencia de las experiencias pasadas sobre esta percepción. Históricamente, las políticas sociales en Argentina se caracterizaron por la interrupción o neutralización de las acciones dirigidas a los sectores más vulnerables ante cambios de gobierno. Este fenómeno obedeció, generalmente, a pujas redistributivas entre sectores sociales.

Los siguientes testimonios de las titulares confirman esta aseveración:

*Van a sacarla.*

*No la van a poder sacar.*

*El que venga atrás de Cristina la va a mantener porque se pone la gente en contra.*

*Por las noticias de Buenos Aires, hay políticos de allá que son contrarios a la Asignación Universal que está haciendo Cristina. Los adversarios. Por eso que si ella no está, no lo vamos a tener más.*

*No sé qué van a hacer cuando esto se termine...*

*No lo pueden sacar.*

*Cristina habrá firmado algo, a lo mejor si cambia se puede cambiar.*

*Cobos dijo que lo quiere cambiar. Así hay menos vagancia.*

## 10.2. Valoración general de la AUH

La valoración de la AUH por parte de las titulares es el resultado del impacto personal que han vivenciado en la economía del hogar, en la toma de decisiones y en la planificación de las compras. Estos cambios han repercutido en el bienestar personal y familiar, brindando sensaciones de protección y seguridad para con ellas y sus hijos.

*A nivel seguridad... tengo esto para el alimento de mis hijos.*

*Más protegida.*

*Toda mi vida ha cambiado. Ha levantado hasta mi autoestima. Tener esta seguridad. Saber que un día al mes voy a tener algo seguro... estás más protegida. No tan desamparada.*

*Yo cambié hacia una mentalidad positiva cuando empecé a cobrar. Antes no compraba cosas porque por ahí mi marido quedaba sin trabajo y no iba a poder pagarlo. Ahora le puedo comprar una zapatilla al nene...*

*Yo estaba sola con dos nenes y me sirvió un montón. Tenía el nene bebé que necesitaba pañales. Te hablo del otro plan, éste me lo dieron hace poco. Cuando me lo sacaron sentí la falta muchísimo.*

*Es que uno cuenta con esa plata para ciertas cosas.*

*Con el bebé estoy comprando cosas que voy a necesitar para cuando nazca.*

*El mes que viene con esa plata compro las sábanas para la cuna.*

*Me la llegan a sacar y me muero.*

*A nivel seguridad... tengo esto para el alimento de mis hijos.*

*Pasa que es más rico el tiempo dedicado a los hijos. Nos da una posibilidad de no esclavizarnos afuera y que podamos dedicarlo a nuestros hijos.*

*La Asignación está educando a muchas madres que no sabían.*

*Yo creo que por la Asignación no se ve la pobreza. Si no estuviera la Asignación, se vería mucha pobreza.*

*Lo importante es que les hace bien a los chicos.*

Una gran parte de los niveles de satisfacción expresados debe leerse como producto de la importancia atribuida a las corresponsabilidades impuestas por

**Cuadro 10.3.** Titulares de la AUH según nivel de probabilidad percibido de que si cambia el Gobierno, dejará de cobrar la AUH, por estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. Impacto GT-GC. En porcentaje y en puntos porcentuales

	Total	GT-GC	Estrato			% de participación de AUH en ITF			
			Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y más
Es muy probable	41,5	4,6 (sign. 0,1)	34,9	44,0	43,2	38,7	41,3	45,7	42,7
Es algo probable	34,6		35,5	34,9	28,7	34,6	34,8	30,4	39,1
Es poco probable	16,4		21,9	13,8	19,4	17,7	15,7	18,6	12,8
Es nada probable	7,5		7,7	7,3	8,7	9,0	8,3	5,4	5,4
Total	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 10.4.** Titulares de la AUH que le atribuyen importancia a las corresponsabilidades impuestas por la AUH en educación y salud según estrato poblacional y tramo de participación del ingreso AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

	Total	Tamaño localidad			% de participación de AUH en ITF			
		Área Metropolitana	De más de 100.000 habitantes	De hasta 100.000 habitantes	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y más
Obligación de enviar a niños/as a la escuela	98,4	97,4	98,8	98,5	98,4	98,5	99,0	96,4
Obligación de cumplir con controles de salud de niños/as	99,0	98,3	99,2	99,0	99,1	99,4	99,4	96,3

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

la política pública en cuestión. En tal sentido, es prácticamente unánime la opinión de las entrevistadas al emitir su juicio de valor sobre la importancia de la obligatoriedad de cumplir con el envío de niños y niñas a la escuela, y con los controles de salud periódicos reglamentados. Para tan sólo 1% de las entrevistas estas obligaciones son consideradas una carga y deberían quedar a criterio puro y exclusivo de las familias, sin la tutela del Estado (cuadro 10.4).

En sintonía con lo dicho anteriormente, las titulares de la asignación se manifiestan especialmente de acuerdo con afirmaciones sobre la AUH que apuntan a vincular las virtudes del sistema con el hecho de lograr que más niños y niñas vayan a la escuela y que se hayan conseguido mejoras en sus condiciones de salud.

Son innumerables las declaraciones para extraer de la etapa cualitativa que remiten a la importancia atribuida a la AUH como motivador de la asistencia escolar y del cuidado de la salud. Se citan algunas a los fines de ilustrar esta noción, tan presente y valorada por las titulares:

*Ahora las madres lo llevan a la escuela. ¿Sabés cuántas conocía que no los llevaban, ni se preocupaban por esa criatura?*

*Las han hecho razonar: “Si no me hago el control, no recibo la plata”.*

*Hay que ser más responsable con los chicos. Porque por ahí lo tenés que llevar al control y antes decías... “Lo llevo el mes que viene”.*

*Es mejor porque también te controlan por la educación de tus hijos.*

*Mi hermana con cinco hijos no les llevaba a la escuela, ni al doctor. Con la libreta lo empezó a hacer.*

*Muchas no le llevaban el apunte a los hijos, que se críen solos. Ahora que tienen su plata atienden más a los hijos.*

*Antes no veías a ninguna, ahora están todas en la salita.*

*Ahora se vacunan. Hay chicos que han mejorado la alimentación.*

*Yo digo que gracias a la Asignación no hay lugar en la escuela. En barrios bajos la gente no mandaba a los chicos al colegio. Ahora si no los mandan, no cobran. Ahora es un lío encontrar lugar.*

*Hay chicos que no iban antes a la escuela y ahora van.*

*Lo importante es que les hace bien a los chicos. Van a la escuela y ahí comen y además aprenden. No van a ser como los padres, que son ignorantes.*

*Me parece bien porque hay control de que los chicos tengan una es-*

*colaridad y vayan al médico. Es una manera para que la gente cumpla con el requisito.*

*Cuando yo iba al secundario mi viejo a veces no me podía dar plata para las fotocopias o para el pasaje y me tenía que quedar. Ahora no hay mucha excusa...*

*Se motiva a muchos chicos para ir a la escuela.*

*Me obliga a que obligue a mi hija a ir. La de 12 no la crié yo, ahora es responsabilidad mía. Y la chiquita es más consciente que yo: "Tengo que ir porque si no, no te van a pagar". Ella dice que es como ir a trabajar porque va y le pagan.*

*Creo que los chicos sienten que tienen que ir porque cobran.*

*Mi hijo tiene un amigo de 17 que le dice: "Tengo que ir a la escuela porque mi mamá cobra la Asignación".*

Estos niveles de acuerdo son menos contundentes al momento de indagar sobre la capacidad de la AUH para llegar a la gente que realmente lo necesita, para lograr que todos tengan posibilidades de acceder a una alimentación adecuada, para mejorar las condiciones de vida generales del barrio donde viven o para efectuar un cambio radical en la cotidianidad de los hogares receptores. Aun así, los niveles de desacuerdo son realmente exiguos.

Como contrapartida a los altos niveles de acuerdo con impactos positivos percibidos, sólo 2 de cada 10 entrevistadas están plenamente de acuerdo con que la AUH predispone a la gente a no trabajar. Y, en tal caso, si se manifiesta alguna motivación para rechazar el trabajo, como surge de la información cualitativa, aparece claramente dirigido hacia el trabajo precario, en negro y mal pago ("*...lo único que piden es extranjeras, porque les pagan menos. Negrean a la gente*").

Es interesante señalar, finalmente, que todos estos indicadores presentan diferencias significativas con el grupo de control, es decir que recibir o no la AUH implica una toma de posición diferente al momento de evaluar sus impactos (cuadro 10.5).

Como corolario de este punto, cabe señalar que sólo 1 de cada 10 de las titulares entrevistadas manifiesta haber sentido vergüenza o haber sido discriminada por el hecho de percibir la AUH (cuadro 10.6). No obstante lo exiguo de estos guarismos, en los grupos focales aparecen en algunas ocasiones opiniones fundamentadas en discursos anclados en representaciones sociales descalificadoras y discriminatorias, apuntados hacia sectores que no hacen merecimientos suficientes para cobrar la AUH. En los grupos focales surgieron manifestaciones siempre referidas a conductas de "otras mujeres" u "otras madres" que reciben AUH. Las titulares que participaron de esta instancia identificaban actitudes y

**Cuadro 10.5.** Titulares de la AUH según nivel de acuerdo con afirmaciones acerca de la AUH. Impacto GT-GC. En porcentaje y en puntos porcentuales

La AUH...	Grado de satisfacción						Total
	Mucho			Algo	Poco	Nada	
	% Mucho	GT-GC	Sign.				
...es importante porque más niños van a la escuela	71,3	15,0	0,0	22,7	4,5	1,5	100,0
...mejoró la salud de los niños	66,3	14,0	0,0	27,2	4,4	2,0	100,0
...la recibe la gente que realmente la necesita	44,7	18,1	0,1	35,8	14,9	4,5	100,0
... permite que todos tengan para comer	41,3	7,4	0,2	40,8	13,9	4,0	100,0
...mejoró la vida de la gente del barrio	39,0	4,0	0,0	43,2	11,2	6,6	100,0
... fomenta que la gente no trabaje	23,2	-5,7	0,0	33,4	22,1	21,2	100,0
... nos cambió la vida*	28,0			40,4	17,7	13,9	100,0

\* Esta afirmación se realizó únicamente al grupo de tratamiento.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

acciones negativas con respecto a la educación y al cuidado de la salud de los hijos, así como a los usos del dinero recibido a través de la AUH. Estas “otras mujeres” y “otras madres” que actuaban mal servían de antagonistas de su propia conducta; podían así diferenciarse y distanciarse de ellas. Este discurso estigmatizante se basa en la necesidad de construir la identidad propia como enfrentada a un “otro”. Como señalan Margulis y Urresti (1999):

Toda cultura supone un “nosotros” que constituye la base de las identidades sociales. Éstas se fundan en los códigos compartidos, en las formas simbólicas que permiten apreciar, reconocer, clasificar, categorizar, nominar y diferenciar. La identidad social opera por diferencia: todo “nosotros” supone un “otros...”.

Para afirmarse en una actitud positiva con respecto a su rol de madre y en la toma de decisiones dentro de su hogar, es preciso encontrar en las “otras mujeres” la contracara negativa de estas acciones, como una forma de discriminación horizontal entre receptoras. La discriminación consiste “en colocar la diversidad, que se observa en los grupos humanos, dentro de escalas sociales jerarquizadas que se estructuran sobre lo legítimo/ilegítimo, bueno/malo, igualdad/desigualdad” (Margulis y Urresti, 1999).

Durante los grupos focales llevados adelante surgieron varias de estas expresiones:

**Cuadro 10.6.** Titulares de la AUH que sintieron vergüenza o se sintieron discriminadas por cobrar la AUH según estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

	Total	Tamaño de la localidad			% de participación de AUH en ITF			
		Área Metropolitana	De más de 100.000 habitantes	De hasta 100.000 habitantes	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y mas
Sintió alguna vez vergüenza por cobrar AUH	10,8	9,6	11,5	9,5	10,7	10,4	10,3	14,7
Se sintió discriminada alguna vez por cobrar AUH	13,7	12,8	14,0	14,1	11,7	15,2	16,4	9,3

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

*Yo veo un montón de gente que tiene hijos y se aprovecha del tema de los planes, en mi barrio es muy común. No salen a buscar trabajo.*

*Mucha gente que está sentada en la casa y cobra... Un conocido que tiene flor de casa, es dueño, y cobra dos planes del Gobierno.*

*Familias bolivianas, no les importan los hijos, les importa la plata, ya vienen deformadas.*

*Hay muchas que tienen hijos, tienen hijos, tienen hijos... para cobrar el plan.*

*Yo tengo una conocida que quedó embarazada para cobrar la Asignación porque quiere salir a bailar todos los fines de semana.*

*Nada los estimula para salir adelante.*

*Yo conozco un caso de una madre que con la plata de la Asignación anda pintada, arreglada, tiene moto... Y no manda los chicos al colegio ni nada.*

*No les importan los hijos, les importa la plata.*

*Hay casos que cobran para usarlo en la joda. Compran droga, salen a bailar y aprovechan la plata para no ir a trabajar.*

*La gente recibe por ahí muchos beneficios y dice: "Para qué voy a trabajar si me puedo quedar en casa".*

*Esas personas no quieren salir adelante.*

*Yo no soy racista ni nada por el estilo pero te digo con qué no estoy de acuerdo. Vas a otro país y te dan una patada en el culo, acá le damos plata a todo el mundo. A mí me sacaron el plan y tuve que ir a pelear seis meses porque decían que tenía un auto que no tenía. Había gente de todos lados menos de este país.*

### **10.3. Nivel de satisfacción con el monto de la AUH**

Dos de cada tres titulares de la AUH se encuentran satisfechas con el monto de la prestación (cuadro 10.7).

Esta apreciación resulta más significativa cuanto mayor ha sido el impacto en la calidad de vida de los hogares, es decir, allí donde las posibilidades de consumo se incrementaron más sensiblemente, donde se hace más ostensible la percepción de que la política implicó un cambio radical en las condiciones de vida y donde existe mayor seguridad de que el dinero ya no será tan escaso.

Sin embargo, esto no coincide estrictamente con el peso de la AUH en los ingresos: la mayor valoración se da en los hogares donde el monto actual de la

Asignación representa una parte importante pero no esencial de los ingresos del hogar (entre el 26 y el 49% del ITF) o donde la asignación se percibe como un complemento importante, pero no fundamental (cuadros 10.7-10.9).

Las diferencias de apreciación de acuerdo con la importancia de la asignación en el total de ingresos ya se advertían en las declaraciones volcadas por las titulares participantes en los grupos focales: donde la AUH resulta un complemento (*“Muchas veces escucho: «Es muy poco». Lo que pasa es que es una ayuda, no es para dejar de trabajar”*), el nivel de satisfacción con el monto recibido es mayor que en los extremos, es decir, donde la incidencia de la Asignación es baja o donde representa una parte importante o todo el ingreso familiar (*“Es muy poco”, “No alcanza”, “Rinde cada vez menos”, “Comparado con la economía es poco”*).

Se agregaba además, en esta etapa, como variable de análisis, la diferencia de acuerdo con la cantidad de hijos por la que se recibe la AUH. Donde se cobra por un solo hijo, el monto tiende a ser considerado más insuficiente (*“Para las personas que tienen más hijos sí es una entrada más importante. Pero el problema es si tenés uno solo. No alcanza para nada...”*).

Respecto del estrato poblacional, cabe decir que cuanto mayor es el centro urbano, mayor es el nivel de satisfacción con el monto percibido (en las ciudades más pequeñas el porcentaje de insatisfacción trepa 6 puntos porcentuales respecto de la media y 8 puntos sobre los guarismos del Área Metropolitana) (cuadro 10.7).

#### 10.4. Opiniones de los informantes clave sobre la AUH

Al ser consultados sobre su valoración general de la AUH, los entrevistados coincidieron, sin distinción de cargo, lugar o signo político, en destacarla como una política “equitativa”, “positiva” e “inclusiva”, una medida que “dignifica”:

*Me parece la medida más equitativa que conozco. Es la posibilidad de acceso como en ningún otro ámbito.*

*[La AUH es] un milagro. Tengo veintiséis años de docente y he vivido todas las políticas educativas habidas y por haber. No recuerdo ninguna tan positiva. Si la madre se queda con la plata y no le da al hijo, no lo puedo saber. Pero sí sé que traen los chicos. Eso es apostar al futuro. Yo a los chicos los veo mejor. Que sean educados y tengan control sanitario ya es una victoria.*

*La Asignación tuvo un impacto muy positivo en la sociedad toda. Yo estaba trabajando en un barrio que se llama Cacique Pelayo, de pueblo originario muy humilde. Mejoró notablemente la calidad de vida.*

*Es una llave de inclusión de la gente pobre al sistema. A partir de que salió la Asignación, el Sistema de Salud se vio desbordado. Teníamos la*

**Cuadro 10.7.** Titulares de la AUH según nivel de satisfacción con el monto de la AUH por estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

	Total	Estrato			% de participación de AUH en ITF			
		Área Metropolitana	Localidades de hasta 100.000 habitantes	Localidades de más de 100.000 habitantes	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y más
Muy/bastante* satisfecho	65,9	67,9	65,7	59,2	64,0	63,0	74,2	64,1
Poco/nada satisfecho**	34,1	32,1	34,3	40,8	36,0	37,0	25,8	35,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* El 25,7% corresponde a muy satisfecho y el 40,1% a bastante satisfecho.

\*\* El 29,8% corresponde a poco satisfecho y el 4,4% a nada satisfecho.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 10.8.** Titulares de la AUH según nivel de satisfacción con el monto de la AUH por peso del ingreso de la AUH e incremento del consumo de productos. En porcentaje

	Total	Usted diría que la AUH es...			Incrementó el consumo de productos*			
		El principal ingreso del hogar	Un complemento del ingreso	No influye, no tiene peso en el ingreso	Ninguno	1 a 3	4 a 7	Más de 7
Muy/bastante satisfecho	65,9	66,2	68,6	34,7	64,0	66,4	67,0	71,5
Poco/nada satisfecho	34,1	33,8	31,4	65,3	36,0	33,6	33,0	28,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Carne, leche, frutas, verduras, lácteos, postres, galletitas dulces, golosinas, pañales, champoo y crema de enjuague, útiles escolares.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 10.9.** Titulares de la AUH según nivel de satisfacción con el monto de la AUH por seguridad provista por la AUH y nivel de acuerdo con que ésta cambió su vida. En porcentaje

	Total	Desde que recibe la AUH, se siente más segura de que no le faltará dinero		Acuerdo con: la AUH nos cambió la vida			
		Sí	No	Mucho	Algo	Poco	Nada
Muy/bastante satisfecho	65,9	73,2	49,4	77,2	71,1	57,4	38,6
Poco/nada satisfecho	34,1	26,8	50,6	22,8	28,9	42,6	61,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

*trazadora de 0 a 5 en un 40%, hoy día estamos en el 80 o 90. Gente que estaba excluida del sistema. Es una inclusión.*

*La AUH desde que salió produjo un cimbronazo en la cuestión social. Nosotros en la provincia colaboramos, apuntalamos, agregamos un poquito más.*

*Como toda persona humilde a veces a las familias de bajos recursos les entregábamos productos y se sentían mal. Mercadería, por ejemplo. A los papás o a los alumnos. La AUH para ellos fue...*

*Estoy muy agradecida de los docentes pero esto lo voy a cobrar con más dignidad. La Asignación para ellos los hace sentir personas, personas dignas.*

Destacaron, además, el hecho de que el dinero sea “para el chico”:

*Lo veo bien porque muchas veces vemos, ¿cuántas madres solteras hay? Y a veces el que padece va a ser el niño. A lo mejor ese dinero no es a la mamá, ese dinero es al nene que a lo mejor está desprotegido por un montón de cosas [...] Yo tengo que decir que eso es positivo, porque ayuda, alguien que tenga 400 o 500 pesos porque no sé cuánto le dan en este momento a la mamá o a los chicos que estudian, es importante.*

*El dinero es para el chico y es para que ellos tengan lo que necesitan para estudiar; para alimentarse si es que le alcanza, para comprarse un par de zapatillas, ropa, lo que el chico necesite.*

Y lo enmarcaron en una visión más integradora de políticas de Estado:

*No se puede analizar ese programa solo, hay que analizarlo como una especie de políticas que se complementan con la computadora en el aula, Conectar Igualdad, la plata que viene de Nación, a mí me parece que todo eso junto con la Asignación por Hijo... yo no puedo analizar la Asignación por Hijo sola, es parte de una política y a mí me parece bien.*

Desde la perspectiva de los efectores, se abordó la cuestión de la forma de pago a través de la tarjeta. Los entrevistados señalaron el aspecto positivo que este factor tuvo en el quiebre de los vínculos clientelares:

*A partir de que sale se saca el aspecto clientelar. Eso es importantísimo, incluso más importante que el dinero [...] el gran clientelismo que se había generado con todos los programas sociales, locales o nacionales... y el mal uso de eso... que todavía sigue, ojo. Pero la Asignación le ha otorgado a la gente esa libertad. La independencia de los punteros.*

*Pero en general... creemos que ha independizado a la gente de toda la*

*cuestión clientelar y ha permitido que la gente esté más tranquila. Aun sin trabajo todavía. Esto dio más tranquilidad a la gente. Sabe que tiene una plata segura por mes.*

A las entrevistadas titulares se las indagó acerca de si consideraban la AUH un derecho o si pensaban que constituía una ayuda. Las opiniones fueron disímiles:

- La AUH como un derecho, reconocida como tal tanto por los referentes así como por los receptores.

*Mirá... a veces derechos tenemos todos a un montón de cosas, pero el derecho hay que aplicarlo. Y yo creo que el Gobierno aplicó un derecho que correspondía. Así que es una aplicación de un derecho.*

*Para mí es un derecho que tiene todo niño, lo único que es algo que nosotros vemos que es un derecho que esto ya estaba, que está dentro de nuestra Constitución que es el derecho del niño, pero que debería ser como la palabra lo dice, universal, a todos los niños.*

*El déficit cultural del que hablo está en una clase media que no entiende que esto es un derecho igual que el que tengo yo estando en blanco.*

*[Las madres que recibe AUH] tienen en claro que es un derecho. Pero es más o menos como con las netbook. Los chicos tienen muy en claro que es un derecho que han adquirido.*

*Es un derecho totalmente. El chico no tiene la culpa de que los padres estén desocupados o en una situación vulnerable.*

*El Estado tiene que garantizar que esos niños tengan el mismo desarrollo que los que nacen en buenos lugares. Por eso creemos que es un derecho. Si los padres no pueden garantizarles todo, el Estado tiene que estar.*

*La Asignación Universal por Hijo yo la entendí, yo la entiendo y la visualizo al interior de la escuela, en el vínculo con la escuela, como una política absolutamente necesaria, en primer lugar, que se vivencia como un derecho y yo lo vivencio... yo fui director de escuela mucho tiempo y ahora en esta función también, de supervisor, yo lo vivo como un derecho y adscribo totalmente a la política.*

*[Los chicos] lo sienten como un derecho de ellos [...] Saben que es suyo. No sé si lo ven como un derecho. Quizá ahí sí habría que reforzar y promover esto.*

*Nosotros cobramos un salario, el salario familiar. Esto es eso. Un salario que le corresponde a la persona.*

[Las madres] *Lo toman como un derecho. Saben que el Gobierno lo ha dado el beneficio para mejoría. Al comienzo lo tomaban como “bajan plata”. Ahora aumentan las consultas, los requerimientos.*

*Un derecho. Del ciudadano, de que el Estado esté presente. Que el Estado diga: “Acá estoy, asegurando la salud de tu hijo, la educación de tu hijo”.*

- La AUH como “ayuda”, como “programa social”, diferente del derecho a la educación y la salud.

*Para mí no es un derecho. El chico tiene derecho a todo, a venir a la escuela, ser educado, contenido en casa, tener lo que necesite. La otra parte de la ayuda viene después.*

*No sé si es un derecho en realidad. No he leído nada sobre si es un derecho esto que tienen que recibir. Lo veo como un plan, no como un derecho. Me parece que está bien, no estoy en contra de esto. Lo que veo como un derecho es que las personas trabajen.*

*La mayoría de la gente dice: “Estos vagos prefieren cobrar que laburar y prefieren vivir con dos mangos que vienen de arriba que trabajar”, a mí me parece que las Asignaciones son muy importantes pero cubren una etapa que hay que superar; hay que darle laburo a la gente, no la plata, pero también me parece que en un período es necesario, es muy importante.*

*Me parece que el derecho es tener educación y trabajo, tener la posibilidad de estudiar y de trabajar, no de recibir plata, para mí la Asignación es un paliativo, en un momento es muy importante y en otro momento tiene que ser reemplazada por otro tipo de política.*

*Es una ayuda social. Una asignación que tiende a dar cuenta de ciertas falencias sociales. Uno asigna algo cuando da algo. No quiero hablar de una ayuda, sería una prestación que lo ideal sería que en algún momento se pueda dejar de brindar. Son planes que van surgiendo por una emergencia social, por necesidad, por contingencia que yo como sujeto político-social me gustaría que pudiera desaparecer, o dejar de dártele porque tu Estado mejoró. Hoy la definiría como una prestación... o una ayuda.*

Por otro lado, se consultó a los referentes acerca de sus opiniones sobre las corresponsabilidades que establece la AUH en materia de salud y educación. En términos generales, expresan una visión positiva, lo ven como una medida que acerca a las familias a la escuela o al centro de salud, y se muestran comprometidos en su aplicación:

*Para mí los controles está bien, tiene que ver con esta posibilidad de poder ver que esto realmente le llegue a todos, en el medio no hay intermedios que le saquen ningún tipo de dinero, que realmente le llegue a ellos*

*me parece que no está mal [...] Y si esta asignación universal hace que el papá tome conciencia de que tiene que mandarlo a la escuela.*

*Te pelean porque le firmes la libretita. Se sienten orgullosos de cobrarla y se sienten contentos. A veces le digo a mi secretario, porque cuando llega la época de que tienen el turno te empiezan a aparecer todos juntos: "Juntame todo que yo te firmo todo junto al final".*

*Desde el punto de vista de salud acerca a la familia a la institución. Vienen acá ahora. Antes venían por la leche. Y captábamos a los chicos de 0 a 5. Y viene el padre por la vacuna del hijo y ya le das la doble adulto al padre. No quieren pisar el hospital. Mejora la integración de la familia con el Sistema de Salud.*

*Cuando firmamos tratamos de ver el tema de la asistencia, por la continuidad. O tratamos de ver si el chico no está viniendo y sabemos que el papá cobra la Asignación le decimos: "Mirá, mamá, vos cobrás esto pero tenés que mandarlo a la escuela o comprarle las zapatillas", porque a veces nos plantean que no tienen zapatillas: "Bueno... esto es para el nene o para que te ocupes de enviarlo a la escuela". Esa charla la sabemos tener con los papás.*

*Por ahí a papás que no vienen aunque los convoques, cuando vienen por la libreta aprovechás para hablar de alguna situación.*

*Nosotros un día empezamos a firmar libretas y nos dimos cuenta de a poquito la importancia que tenía para el padre que le firmáramos la libreta, hay de esos padres que no se preocupan [...] está ese incentivo de "lo mando y cobro" y ya empiezan a faltar, y cuando llega el momento de venir a cobrar y el chico está en el aula, firmo y al otro día ya no viene, hay un porcentaje mínimo, pero son muchas las tarjetas que firmamos.*

*[Si no asiste] lo siguen cobrando igual. Salvo en casos extremos y el chico desaparece o desaparece la madre [...] Yo no se la negué a nadie [la firma de libreta].*

*Yo exijo a los chicos, para firmar las libretas, el presentismo y las notas.*

*Antes era lo mismo que los vacunaran, no los llevaban a control. Ahora se sienten obligados, para el certificado, pero bueno... En algún momento será normal llevarlos al control, a vacunarlos, que asistan a la escuela. Hubo algún otro programa en que los inscribían y al final iban por el certificado. Ahora hay que hacer el seguimiento. Es lo que debe hacer la gente de la escuela.*

*Antes la gente decía: "Me tienen que atender porque para eso el Gobierno les paga". Hemos escuchado mucho eso. Ahora nosotros podemos decir: "Te tenemos que controlar porque para eso el Gobierno te paga".*

*El paciente ingresa con controles programados. Una madre necesita que le firme la libreta. El agente sanitario se fija si tiene el control anual hecho. Si está, se firma. Si no, se pide turno con la enfermera.*

Aunque, en menor medida, aparecen algunos reclamos sobre las actitudes de los padres que “aparecen para firmar la libreta” o la falta de controles por parte de ANSES y de apoyo institucional:

*Algunos docentes me dicen: “Aparecen cuando tienen que firmar la libretita”...*

*Y vos aparecés en dirección cuando tenés que traer el certificado de escolaridad de tus hijos.*

*Ah, pero no es lo mismo...*

*Ahí hay un déficit cultural.*

*No hay control de ANSES o de la Nación. Firmás una sola vez la libreta. Algunos se quejan de que firmaban a principio de año y después no aparecían más. No hemos notado esa deserción pero la queja la escuché en reuniones de directores. Falta de control, de una herramienta que los obligue a asistir todo el año. Acá al lado está el centro de salud. Cualquier problema recurrimos a ellos. Y notan un crecimiento importante de su trabajo porque tienen que firmar la libreta cuando los chicos están controlados, vacunados... y ahí no hay vuelta que darle: o vacunás a tu hijo o vacunás a tu hijo. En la escuela hay todo un ciclo lectivo que cumplir. Pero al que critica la AUH yo le digo... que un chico esté vacunado... no podíamos conseguir que los padres lleven al odontólogo al chico.*

*Nos traen las libretitas. Las tenemos que firmar. Vemos si estuvo, la asistencia, que tenga continuidad. Si hace tres meses que no viene le decimos: “No te podemos firmar” [...] Lo firmamos igual. Pero mientras tanto le decimos... hacemos ese trabajo de tratar de que asista. No dejamos de firmar. Uno lo dice pero no deja de hacerlo [...] No podemos negarnos a firmar. Tenemos que hacer todo este trabajo. El Ministerio debiera acercarse.*

*Y tal vez se flexibilizan los controles. En escuela también hemos visto casos donde los directores firman sin que los chicos asistan. Porque no quieren tener conflicto con los padres.*

Finalmente, se les preguntó a los entrevistados cómo veían ellos la continuidad de la AUH. En este punto hubo coincidencia en afirmar que creen o esperan que sea una política que se mantenga en el tiempo:

*Para mí va a continuar porque si lo toman que está dentro de una ley como es la Constitución donde hay un derecho, deberían continuarlo, es un*

*derecho. No es algo que me están dando como una dádiva, es un derecho que tengo. Es un derecho que los ciudadanos lo tienen que hacer ejercer. No importa, es para el chico.*

*Es una ley, un derecho adquirido pero con tantos políticos andando uno no sabe qué puede llegar a pasar. Hay mucha gente que habla en contra y nunca han pasado necesidades así que no sabe lo que significa.*

*Va a quedar, tiene que quedar. Aunque creo que van a intentar sacarla. Pero tiene que quedar.*

*En un primer momento fue el Nacional [el que capitalizó la AUH]. Pero creo que ahora se lo ha apropiado la gente. Cuando se vaya el Gobierno actual, el que venga no va a poder hacer absolutamente nada respecto a esto más que sostenerlo [...] No hay margen para que no tenga continuidad. Sí para hacer modificaciones...*

*Sería bueno que se sostenga a pesar del gobierno de turno. Pero... todo gobierno tiene sus medidas.*

*Me parece que no se va a ir. Es mucha la gente que está cobrándolo. Me parece bien.*

## 11. Accesibilidad

El presente capítulo focaliza su atención en la accesibilidad a la AUH. Como ya se ha mencionado, actualmente el Sistema de Protección Social alcanza a 92% de niños, niñas y adolescentes del país, tomando en cuenta el sistema de AFH, la AUH, las deducciones del impuesto a las ganancias y la cobertura de pensiones, programas y subsidios por desempleo.

Dentro de la población receptora, al indagar en los grupos focales sobre sus experiencias en el acceso y en la relación con ANSES, en términos generales se aprecia una percepción positiva.

*El servicio espectacular.*

*Hermoso.*

*Menos llamar por teléfono.*

*En persona está bueno.*

*Por internet es rapidísimo.*

*Todo rapidísimo me hicieron.*

*La atención es buena.*

*Las pocas veces que he ido me atendieron bien, algunos dicen que son ogros. Depende del día supongo.*

*Mi nena tiene 5 años, cuando la anoté era muy reciente lo de la Asignación y se juntaba mucha gente. Había que esperar casi toda la mañana. Ahora está un poco más organizado. Tenés que sacar turno, vas ese día y te atienden enseguida por primera vez.*

*Ha mejorado la atención al público.*

### Sobre el tiempo para los trámites:

*No porque te dan turno con fecha y hora.*

*Ellos se organizan bien, con los números, te dan turno. Podés sacar el turno e ir a hacer otra cosa y volver.*

*Diez minutos... más no.*

*Es más rápido.*

*Antes tenías que ir a la mañana, hacer fila, entregar el documento, esperar en una sala de espera y después esperar adentro cerca de las ventanillas donde te atienden personalmente. Ahora cuando hice el trámite para este bebé, sacás turno y te dicen el día y la hora.*

*Hay una maquinita para sacar turno, te da la fecha y el horario. No hay que esperar, no se amontona la gente, no tenés que perder toda la mañana.*

### Respecto de la información de la página web y el número de información 130:

*Sí, buenísima.*

*Para llamar al 130 no tuve problema tampoco.*

*Nunca tuve problema y eso que soy repesada.*

*Ahora sí, antes era un poquito más difícil.*

### Asimismo, se han vivenciado experiencias negativas:

*No te atiende el 130: "Todas las líneas ocupadas".*

*El 130 es difícil.*

*Cuesta comunicarse horrores.*

*El 130 no funciona.*

*No atienden nunca. Por internet tampoco. Nunca conseguís turno.*

*Es difícil. Pienso que mucha gente desiste y pierde de ir a renovar porque no puede perder el tiempo en buscar el turno.*

### Del personal de ANSES:

*Llegado el momento encontrás la persona capacitada. Siempre encontrás la solución.*

*Y le dije: “Yo trabajo por mi cuenta, no pensaba sacarla”. Me pidió el DNI y me dice: “Vos sos fulana de tal, tu hija es tal, tiene tantos años: a partir del 25 de diciembre está depositada”. No hice ningún trámite. La chica me dijo: “Te corresponde, porque si no estás en relación de dependencia no te están pagando el salario y te corresponde. La plata está y es para vos”.*

### 11.1. Acceso, altas y bajas

Se presentan a continuación algunos resultados obtenidos a partir de la encuesta en hogares receptores y no receptores de la AUH que dan cuenta de los procesos de altas y bajas del sistema, ilustrando de alguna manera la problemática de los sectores que buscan ser incorporados a la prestación.

En primer lugar, se dirá que 3 de cada 10 titulares de AUH dejaron de cobrar la prestación en al menos una oportunidad (cuadro 11.1).

Los motivos principales de la baja se relacionan con el hecho de haber conseguido, circunstancialmente, trabajo registrado (36,3%). En tanto, en un cuarto de los casos (25,8%) se argumenta que la baja fue producto de incumplimiento en la entrega de documentación de diversa índole solicitada por la ANSES.

El 15%, en tanto, expresa que no sabe exactamente el motivo por el cual fue discontinuado y el 5,9% atribuye la baja a un problema burocrático de la ANSES. Ambas situaciones resultan más mencionadas entre las titulares provenientes de hogares donde la AUH representa un peso sustancial en el ingreso (27% y 8%, respectivamente, entre quienes la AUH representa 50% o más del ITF).

Resta señalar que sólo 3,6% de las titulares de AUH que sufrieron la interrupción de la Asignación manifiesta incumplimiento de las corresponsabilidades impuestas por la prestación como motivo de la suspensión (cuadros 11.2 y 11.3).

#### 11.1.1. Corresponsabilidades como motivo de baja

Continuando el análisis de los motivos de baja, y haciendo especial énfasis en las corresponsabilidades, se analizó la situación de niños, niñas y adolescentes que forman parte del grupo familiar receptor de la AUH según el cumplimiento de las corresponsabilidades de salud y educación, y el cobro de AUH.

El 6,9% de niños, niñas y adolescentes no cumple con las corresponsabilidades de salud y/o educación. Dentro de este grupo, el 1% fue dado de baja, mientras que el 5,9% continúa recibiendo la AUH (cuadro 11.4).

**Cuadro 11.1.** Titulares de la AUH según cese en la recepción de la AUH por estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

Dejó de recibir	Total	Tamaño de la localidad		% de participación de AUH en ITF				
		Área Metropolitana	De más de 100.000	De hasta 100.000	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y más
Sí	29,1	27,1	29,7	32,0	29,2	27,3	31,8	27,6
No	70,9	72,9	70,3	68,0	70,8	72,7	68,2	72,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 11.2.** Titulares de la AUH que dejaron de recibir la AUH en algún momento según motivo por estrato poblacional. En porcentaje

Motivos	Total	Estrato		
		Área Metropolitana	Localidades de más de 100.000 habitantes	Localidades de hasta 100.000 habitantes
Consiguieron trabajo en blanco	36,3	39,9	34,9	36,8
No cumplió con la entrega de papeles/documentos	25,8	25,9	25,5	27,3
No sabe por qué se la suspendieron	15,0	9,6	16,8	16,8
Problemas burocráticos atribuidos a la ANSES	5,9	4,8	6,6	3,3
Hijo concurría a colegio privado	4,4	5,8	4,3	0,6
Incompatibilidad con otro plan/seguro	4,1	5,9	3,2	5,7
No cumplió corresponsabilidades (salud y/o educación)	3,6	0,7	4,6	3,5
Otro	5,1	7,5	4,1	6,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Base: Dejaron de cobrar la AUH en algún momento (29,1%).

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 11.3.** Titulares de la AUH que dejaron de recibir la AUH en algún momento según motivo por tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

Motivos	% de participación de AUH en ITF			
	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y más
Consiguieron trabajo en blanco	35,4	38,4	41,6	22,5
No cumplió con la entrega de papeles/documentos	29,8	19,3	28,2	26,4
No sabe por qué se la suspendieron	13,7	13,7	12,8	27,4
Problemas burocráticos atribuidos a la ANSES	6,3	5,9	3,3	7,9
Hijo concurría a colegio privado	2,8	5,5	6,7	0,2
Incompatibilidad con otro plan/seguro	5,0	2,0	3,9	10,6
No cumplió responsabilidades (salud y/o educación)	3,2	6,0	1,4	1,2
Otro	3,8	9,3	2,1	3,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Base: Dejaron de cobrar la AUH en algún momento (29,1%).

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 11.4.** Niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años receptores de la AUH según cumplimiento de las corresponsabilidades de salud y educación, y cobro de la AUH. En porcentaje

Cumplimiento de las corresponsabilidades	%
Cumple las corresponsabilidades	93,1
No cumple las corresponsabilidades	6,9
Cobra AUH	5,9
No cobra AUH	1,0
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

El porcentaje de niños, niñas y adolescentes que permanece como receptor, sin cumplir corresponsabilidades, se explica por el margen temporal que existe, por un lado, entre el momento del relevamiento de estos datos y el período de presentación por parte de las titulares de los certificados ala ANSES, y por el otro, en el circuito administrativo que va desde la recepción de la información hasta la baja.

## 11.2. Situación de los hogares no receptores

En tanto, a partir del análisis de resultados de la muestra de no receptores de AUH (GC) –construida sobre el listado de demandantes y reclamos de ANSES, excluidos de la AUH por diferentes motivos (inconsistencia en la carga de datos, trámite incompleto, no cumple requisitos, falta de documentación y suspensión por impago, etc.)–, se reconocen tres grupos diferenciados de similares proporciones. Un primer grupo (34,1%) que nunca se acercó a la ANSES para hacer averiguaciones o trámites para interiorizarse sobre las posibilidades de acceder a la prestación; un segundo grupo (37,4%) que en alguna oportunidad realizó un trámite para gestionar la asignación, pero fue rechazado, y finalmente un tercer grupo que en alguna oportunidad recibió la prestación y fue dada de baja (28,5%) (cuadro 11.5).

Entre quienes nunca tuvieron contacto con la ANSES, casi 6 de cada 10 argumentan no haber consultado porque reconocen no cumplir con los requisitos de elegibilidad de la prestación (sabe que no le corresponde, cuentan con empleo en relación de dependencia, monotributo o plan/subsidio/programa/pensión). En tanto que 1 de cada 10 se autoexcluye porque considera que “hay gente que lo necesita más”. El resto de los motivos se distribuye entre carencia de información (10,8%), complejidad del trámite (12,1%) y falta de documentación para realizarlo (6,1%). Estos últimos dos motivos son más relevantes entre quienes (según un ejercicio de simulación) la AUH representaría una parte fundamental en el total del ingreso familiar (28,5% expresa

**Cuadro 11.5.** Hogares no receptores según realización de trámite/averiguación para recibir la AUH por estrato poblacional y tramo de participación potencial del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

	Total	Tamaño de la localidad			% de participación que significaría AUH en ITF			
		Área Metropolitana	De más de 100.000 habitantes	De hasta 100.000 habitantes	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y más
No	34,1	37,7	32,8	31,9	42,4	31,2	33,3	14,1
Sí y no le otorgaron	37,4	53,8	31,1	37,4	36,4	36,5	33,9	54,0
Le otorgaron y luego le dieron la baja	28,5	8,5	36,1	30,7	21,2	32,3	32,8	31,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 11.6.** Hogares no receptores que no realizaron ningún trámite/averiguación para recibir la AUH según motivo por estrato poblacional y tramo de participación potencial del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

	Total	Tamaño de la localidad			% de participación que significaría AUH en ITF			
		Área Metropolitana	De más de 100.000 habitantes	De hasta 100.000 habitantes	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y más
Sabe que no le corresponde	27,5	29,2	26,4	33,4	30,7	23,2	25,3	37,6
Cuenta con empleo formal en relación de dependencia	21,3	20,9	22,0	14,3	22,3	20,7	26,0	5,3
Cuenta con monotributo	4,6	4,3	4,8	4,2	7,7	2,2	1,1	3,6
Tiene otro plan/subsidio/programa/pensión	2,6	3,2	2,4	2,9	1,1	4,6	3,3	-
Falta de documentación	6,1	3,7	7,2	4,0	4,2	4,1	16,0	19,7
No la necesita/Hay gente que la necesita más	12,4	15,0	11,6	9,7	15,9	12,7	3,3	-
Los trámites son complicados	12,1	9,9	12,6	17,4	6,7	15,6	11,5	28,5
Por falta de información/no sabe dónde o cómo	10,8	10,2	10,8	14,0	8,3	13,9	12,8	3,6
Otros	2,6	3,7	2,3	-	3,1	2,9	0,6	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Base: No hizo trámite/averiguación (34,1%).

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

que el trámite es complejo, 19,7% sabe que no será considerada por falta de documentación) (cuadro 11.6).

En el segmento de rechazados, algo más de una cuarta parte (26,8%) no tuvo éxito en su gestión por contar con un empleo registrado o estar inscripto en el monotributo (cuadro 11.7). Este motivo presenta, de manera previsible, una mayor incidencia cuanto mayor es el ingreso total familiar (donde menor sería el peso de la prestación). A este segmento puede sumarse otro 6,4% que no fue aceptado por incompatibilidad con programas y subsidios. Ambos motivos dan plena cuenta de la falta de información sobre los requisitos de elegibilidad, ya que, de haberlos conocido, probablemente no habrían asistido a una oficina de la ANSES para reclamar el acceso a la prestación.

Por otra parte, si al porcentaje alcanzado por la suma de estos motivos (33,2%) se le agrega el 34,2% que manifiesta no entender con claridad por qué causa no fue aceptada su incorporación, se pone en evidencia que estamos frente a un grupo con un fuerte déficit de información sobre las condiciones de acceso a la prestación. La consecuencia de la desinformación deviene muchas veces desconfianza sobre la transparencia del sistema ya que se vive como un ejercicio de poder discrecional de las autoridades.

Asimismo, para este segmento que 1 de cada 4 de los rechazos se produjo por falta de documentación, incumplimiento del tiempo de residencia o bien porque no pudo completar el trámite (probablemente como resultado de alguno de los dos motivos mencionados) y que sólo el 3,7% atribuye a problemas burocráticos de la ANSES la decisión de no incorporarlos (cuadro 11.7).

Entre el grupo de entrevistadas que en algún momento cobró la AUH y dejó de hacerlo se destacan nuevamente de manera relevante los problemas de comunicación, ya que para el 38,3% los motivos nunca fueron comprendidos. Este déficit informativo se hace más notorio cuanto mayor es el centro urbano (en el Área Metropolitana alcanza al 53,6% y desciende a 28,0% de los casos en las ciudades más pequeñas; cuadro 11.8).

Ya en la etapa cualitativa de la evaluación surgían, en algunos testimonios de las titulares receptoras sobre los problemas derivados de la falta o inadecuación de la información, la percepción de complejidad en los trámites, la “suerte” de acuerdo con la dependencia visitada o al empleado que atiende, la mala atención, la confusión, el desconocimiento y los cambios de la normativa y, en definitiva, la desconfianza general en el sistema. Las citas que se presentan a continuación ilustran esta problemática:

*Siempre en ANSES te faltan cinco para el peso. Falta este papel, falta este otro.*

*Están saturados, faltan oficinas.*

*Los primeros meses que había que llevar la libreta era un desastre.*

*La máquina para sacar turnos está rota.*

**Cuadro 11.7.** Hogares no receptores a los que no les otorgaron la AUH según motivo, por estrato poblacional y tramo de participación potencial del ingreso AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

	Total	Tamaño de la localidad			% de participación que significaría AUH en ITF				
		Área Metropolitana	De más de 100.000 habitantes	De hasta 100.000 habitantes	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y más	
Cuenta con empleo formal/monotributo	26,8	28,2	24,6	41,5	38,8	23,8	18,5	9,7	
Tiene otro plan/programa /subsidio/pensión	6,4	4,8	7,6	3,7	5,3	5,2	14,9	1,6	
Falta de documentación/ no cumple residencia	13,0	18,0	9,7	12,1	13,2	8,6	19,7	20,9	
No pudo completar el trámite	14,3	11,9	16,1	11,8	9,0	17,7	9,7	23,9	
Por problemas burocráticos atribuidos a ANSES	3,7	2,0	4,8	3,6	3,2	5,0	1,4	3,4	
No sabe/no le informaron/no entendió por qué	34,2	32,6	35,9	27,3	28,4	37,8	35,8	39,0	
Otros	1,7	2,4	1,3	0,0	2,1	1,8	0,0	1,4	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Base: Fue rechazada (37,4%).  
Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

*Mucha cola.*

*Tendría que mejorar la atención. Te dicen 15.30 y te atienden a las 16-17... Y vos estás con los chiquitos.*

*En Resistencia es mucho caminar e ir todos los días. Siempre te dan alguna vuelta. "Falta tal papel", lo llevás y al final ni les importaba eso.*

*Me hicieron esperar sesenta días y cuando fui me dijeron que no estaba inscripta.*

*Cambia la información. Voy al de Barracas y es una cosa, en México es otra.*

*Depende de la dependencia de ANSES donde lo hagas.*

*Depende del humor de la empleada.*

*A veces es un caos.*

*No me estaban depositando, yo me manejaba por el correo y volví a llevar las cosas y me dijeron que estaban las cosas para cobrar. No sé qué pasó.*

*Me la cortaron. Pregunté y me dijeron que no me la daban más porque estuvieste un montón de tiempo sin venir a cobrarla... Hice el trámite de nuevo... tardaron tres meses.... finalmente cobré. Evidentemente falló el sistema.*

*Me dieron de baja porque mi hijo va a un colegio privado. Me parece mal porque uno con la plata debería poder hacer lo que quiera, mientras sea por la educación de los hijos.*

*Súper difícil.*

*Cuando vas les molesta que les preguntes.*

*Depende de quién te atiende.*

*Depende de la dependencia de ANSES, no todas son iguales.*

*Depende de la persona que te atienda y su humor.*

Finalmente, entre las titulares dadas de baja, para el 31,5% de los casos la interrupción se produjo por acceder a un empleo formal (27% corresponde a empleo registrado y 4,5% a inscripción en monotributo) y el 5,3%, por acceder a un programa, subsidio o pensión.

El incumplimiento de corresponsabilidades explica el 10,1% de las bajas de

la asignación, en tanto que otro porcentaje similar (10,2%) acusa problemas burocráticos de la ANSES como motivo de su expulsión del sistema. Esta última razón se manifiesta con mayor énfasis entre los hogares donde la prestación significaría una alta proporción en el total de los ingresos familiares (16,2%) (cuadro 11.8).

### 11.3. Acceso al pago con tarjeta

La forma de pago es uno de los elementos que le brinda a la AUH transparencia y eficiencia. La posibilidad de que las titulares cuenten con una tarjeta de débito y una cuenta bancaria favorece la planificación y la previsión de los gastos, facilita y dinamiza el trámite de cobro y otorga seguridad en el manejo del dinero.

Sin embargo, hay una porción de hogares receptores (10%) que no utiliza este medio de pago. Esto se debe, en algunos casos, según lo señalado por ANSES, a las dificultades existentes para el contacto y la entrega de la tarjeta vía correo postal en ciertas zonas (como villas, asentamientos y áreas rurales). En estos casos, las titulares deben acudir todos los meses a la sucursal más cercana de Correo Argentino para cobrar el monto de la asignación. Este sistema implica una gran inversión de tiempo y dinero en traslados y espera. Particularmente en algunas zonas del conurbano bonaerense, suelen formarse largas colas a la espera del cobro. La fecha y los horarios son fijos y limitados, y se pierde el día de trabajo.

En los grupos focales con receptoras surgió este tema y se evidenciaron las diferencias que genera la forma de cobro en cuanto a las opciones que brinda para los hogares. Asimismo, las receptoras comentaron que recibieron distintas respuestas en las oficinas de ANSES acerca de por qué no podían acceder a la tarjeta, lo que evidencia deficiencias en la transmisión de información:

*Yo sí [compro en cuotas], zapatillas.*

*No sabía [todas las demás].*

*Yo sé que cuando me queda plata en la tarjeta la puedo usar en la farmacia.*

*Yo cobro en el correo en efectivo.*

*Yo no tengo la tarjeta.*

*Yo cobro por el de 3, hace tres años también. No me estaban depositando, yo me manejaba por el correo y volví a llevar las cosas y me dijeron que estaban las cosas para cobrar. No sé qué pasó. Pasa que es mucha gente la que la cobra.*

**Cuadro 11.8.** Hogares no receptores a los que les dieron de baja de la AUH según motivo por estrato poblacional y tramo de participación potencial del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

	Total	Tamaño de la localidad			% de participación que significaría AUH en ITF			
		Área Metropolitana	De más de 100.000 habitantes	De hasta 100.000 habitantes	< 10%	10 a 25%	26% a 49%	50% y más
Cuenta con empleo registrado	27,0	18,2	28,6	43,0	34,3	28,6	16,6	33,1
Se inscribió en monotributo	4,5	10,0	2,7	0,0	3,1	5,4	6,8	0,0
No cumplió responsabilidades (salud y/o educación)	10,1	1,4	11,2	5,9	3,2	10,9	18,3	6,9
Tiene otro plan/ programa/subsidio/ pensión	5,3	7,0	5,0	6,5	1,5	6,8	6,1	7,5
Por problemas burocráticos atribuidos a ANSES	10,2	5,6	11,1	0,0	9,3	11,5	2,8	16,2
No sabe/no le informaron/no entendió por qué	38,3	53,6	37,4	28,0	42,5	34,3	45,6	36,3
Otros	4,6	4,2	4,0	16,7	6,0	2,6	3,6	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Base: Recibió y le dieron de baja (28,5%).  
Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

[Cobro por] cajero.

Yo [cobro] por ventanilla, porque no me dejaba cambiar el código.

Yo [cobro] en el correo. Reclamé la tarjeta y me dijeron que tenía que vivir a 40 kilómetros para que me la mandaran.

Yo presenté los papeles pero no cobro con tarjeta, sino por correo. Me dijeron que es porque soy menor.

A mí me tocó el correo porque es lo más cercano de mi domicilio.

Esta fragmentación en la forma de pago es un punto clave por trabajar. Si la dificultad consiste en la entrega de la tarjeta en domicilio en zonas a las cuales no accede el correo, se podría implementar la opción de retiro de la tarjeta en sede del correo, ANSES o entidades bancarias.

En el caso de las menores de 18 años, se puede designar a un adulto de referencia para que se efectúe la bancarización.

Si existen otros obstáculos, será preciso evaluarlos en busca de una solución, a fin de garantizar la igualdad en la forma de pago para todas las receptoras.

#### 11.4. Opiniones de informantes clave sobre la accesibilidad

Los referentes entrevistados de las áreas de educación, salud y gestión pública de diversas localidades del país fueron consultados acerca de su conocimiento sobre los aspectos administrativos de la AUH y sobre si estaban al tanto de algún problema vinculado con este punto.

En cuanto al nivel de conocimiento de los mecanismos y requisitos de acceso y permanencia de la AUH, y sobre las funciones de ANSES en general, surgieron varios comentarios que denotaban la falta de información:

*No, sinceramente no [conozco el mecanismo de la AUH].*

*No sé [de cuánto es el monto de AUH] [...] Debe estar 300 pesos más o menos. ¿Cuánto está?*

*No, no hubo ninguna reunión [con ANSES] [...] No sabía dónde tenía que firmar [la libreta].*

*Porque el ANSES maneja lo que es Seguridad Social... Ni yo le podría decir muy bien. Sé que en un principio era un fondo del BID o del Banco Mundial... pero no tengo muy claro.*

*Yo sé que tiene que ver con los jubilados y que últimamente en la política actual está cobrando otro impacto social, se trabaja de otra forma que es*

*lo que se critica por qué el ANSES entrega netbook [...] pero el inconsciente colectivo es que es la plata de los jubilados, todo el mundo habla de eso y plantea que el Gobierno usa el ANSES de otra forma.*

*Se me vino a la cabeza toda la cuestión de los rumores que van surgiendo. Este Gobierno fue el que empezó a trabajar con algunas cuestiones del ANSES y a generar en la sociedad algunos comentarios a favor o en contra de lo que implicaba empezar a trabajar con ANSES, sacar fondos para algunas cuestiones, redistribuir o dar nuevas asignaciones, algunos recursos. Y me vuelvo a parar en esto: es necesario volver a pensar de quiénes son y para qué se utilizan los recursos. Este imaginario: “¿De dónde se va a sacar la plata? Van a dejar sin recursos”. [...] Hago hincapié en esta falta de información, porque no hay comunicación sostenida respecto de las finalidades [...] Pero ha sido revolucionario esto de trabajar con ANSES, histórico.*

Con respecto a los problemas, se tuvieron en cuenta tanto aquellos vinculados a la tramitación como a las corresponsabilidades. Las percepciones fueron repartidas en este punto:

- No identificaron problemas o los problemas iniciales fueron resueltos.

*Esta Asignación tiene un tema administrativo muy práctico, a mí no me genera estorbo, no me genera dolores de cabeza.*

*Conversando con papás, ellos me comentaban que no tienen mayores problemas. Sacan por internet el turno, se presentan, presentan todos los papeles... no es tan burocrático. Eso me han manifestado los papás.*

*La verdad que acá está trabajando bien. Están más organizados. La gente que tiene que cobrar y necesita la documentación tiene su turno que puede sacar hasta por internet, no tiene que ir y volver.*

*Al principio hubo [problemas], ahora no. Al acceso hubo dificultades. Mucha gente no estaba enterada o pensaba que no le correspondía. Porque tenía la pareja que trabajaba por ejemplo. Por otro lado, por el aluvión de gente en ANSES hubo problemas, pero se fue acomodando.*

- Identificaron problemas: referidos a la documentación, la actualización de los datos, los tiempos, los turnos de atención (en salud).

*Porque hay muchas familias que no están casados, y cobran por un lado y cobran por el otro. Tienen que entrecruzar datos. O sea para que esto sea transparente, tienen que entrecruzar datos y no lo hacen [...] yo lo que digo es que para transparentar algo tengo que cruzar datos.*

[Refiriéndose a información sobre cobertura de obra social] *Y, en ANSES*

*son muy lentos en bajar esas cosas de la base de datos. Entonces entretanto las personas están un año o dos sin trabajo pero no pueden acceder a ningún beneficio [...] Un problema burocrático que tiene el ANSES.*

*Y, mucha gente no puede hacerlo por falta de documentación. Gente del Chaco, de Formosa... hay que gestionar las partidas de nacimiento allá. Es muy dificultoso aun cuando tenemos buenos lazos armados.*

*No sé si es un problema de la gente o de los turnos pero lo que pasa es que de un día para el otro ya tienen que tener el control, vienen un día porque ese mismo día o al día siguiente tienen el turno y si no, lo pierden. No termino de entender si es un problema de responsabilidad de la gente o si los turnos los dan de un día para el otro.*

*Con esto de la libreta hubieron algunos problemas como programar los turnos para un tiempo, no poder brindarlo cuando la gente viene...*

*Antes de que aumentaran los recursos humanos. Pediatría fue la que más lo sintió. Aumentaron las consultas significativamente. Se va manejando el recurso humano para brindar la adecuada calidad de atención.*

Asimismo, los entrevistados fueron consultados sobre la cobertura que perciben que tiene la AUH. Se procuró saber si conocían gente que no la recibía y ellos consideraban que debía recibirla o, por el contrario, receptores que según su criterio no correspondía que cobraran la AUH. Encontramos opiniones variadas con respecto a esta cuestión:

*Creo que ANSES se está acercando muchísimo con este tema. Mi hermana es madre sola y no tiene trabajo en blanco. Yo le insistía que fuera a tramitar la Asignación: "¡No, a mí no me va a corresponder!...". Un día le llega una carta de ANSES diciéndole que tenía creo que todo un año de la nena para ir a retirar.*

*Todos tienen la AUH. El que no la tiene es porque no tiene la documentación. Pero la mayoría tiene [...] la mayoría la necesita. Está bien que la reciba.*

*Hay gente que todavía no conoce. Si uno recorre una villa te vas a encontrar con esta gente que no tiene nada. Ni planes porque no están con los punteros, ni Asignación Universal porque no tienen la menor idea que tienen ese derecho [...] Porque son familias que les cuesta mucho pedir. Hay familias que, nos ha pasado a nosotros, hay familias que tienen mucha vergüenza y no van a ir a pedir. Nosotros les dábamos todo, les decíamos adónde tenían que ir, qué tenían que hacer y por ahí no van. Esas familias están perdidas en el montón de los otros que tienen y que cobran y esas familias que realmente necesitan no les llega absolutamente nada.*

---

*Se está asignando a gente que no correspondería. Empezamos a tener gran cantidad de extranjeros. Gente que no sabemos si está viviendo acá o no. Que por ahí gestiona un documento. Nos da esa sensación [...] Muchas veces son padres extranjeros que tienen un hijo argentino. Se les otorga la Asignación que en otro momento se corroboraba con la documentación de los padres, si tenían o no cobertura. Cuando son extranjeros no hay forma de saber si tienen cobertura... mientras no tenga trabajo en el país.*



## 12. El impacto de la AUH en la movilidad intergeneracional

Como capítulo final de esta evaluación de impacto y a modo de corolario, se dirá que, si bien resultaría pretencioso que la AUH, con tan sólo cinco años de vigencia, ejerciera una ruptura definitiva de los principales mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza, existen evidencias empíricas que dan cuenta de importantes progresos muy alentadores.

Ya se ha visto la capacidad que ha demostrado la prestación en aspectos centrales del desarrollo de niños, niñas y adolescentes, como son la salud y la educación (expansibles a sus progenitores). También se ha abordado la mejora en su contexto familiar a través del incremento en los ingresos, el consumo y la participación en el mercado laboral. Dichos avances se encaminan a torcer las probabilidades de repetir en el futuro historias cargadas de carencias básicas que no hacen más que cristalizar para el presente y perpetuar para el futuro la pobreza.

En las trayectorias vitales de las personas y en sus logros no sólo pesan las capacidades naturales y el empeño de sus esfuerzos. Hay condiciones manifiestamente desiguales desde el punto de partida. Las características del hogar de origen condicionan fuertemente los desempeños y las elecciones posteriores.

Los déficits nutricionales en la primera etapa de la vida y el ambiente familiar afectan de manera irreversible las capacidades cognitivas y limitan los aprendizajes posteriores.

Esto se debe a que las experiencias negativas, la falta de estimulación, la nutrición insuficiente y el estrés durante la vida intrauterina y los primeros mil días imprimen ciertas características que acompañan todo el curso de vida. También se reflejan en retrasos en los ámbitos físico, psíquico, cognitivo y/o social, se traducen en fracaso escolar y trastornos en el comportamiento: estilos de vida poco saludables, delincuencia, abuso de sustancias, bajos ingresos, violencia intrafamiliar y en enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, entre otras. (Barker, 1999)

La estimulación temprana, fuertemente dependiente del capital cultural disponible en los hogares —en sus tres formas: “incorporado, objetivado e insti-

tucionalizado”, tal como lo ha definido Bourdieu (1979)—, es asimismo esencial para los desempeños en la infancia y en la adolescencia, influyendo fuertemente el que se logra en el ámbito escolar.

López y Tedesco (2002) definen la “educabilidad” como el conjunto de recursos, aptitudes o predisposiciones que hacen posible que un niño, una niña o adolescente pueda asistir y desempeñarse exitosamente en una institución educativa, y ella depende “del desarrollo cognitivo básico que se produce en los primeros años de vida (vinculado a una adecuada estimulación afectiva, buena alimentación y salud) y de la socialización primaria mediante la cual los niños adquieren los rudimentos de un marco básico que les permite incorporarse a una situación especializada distinta de la familia, como lo es la escuela”.

Como ya hemos mencionado a lo largo de los capítulos anteriores, una trayectoria escolar exitosa, que permita el acceso en tiempo y forma a las credenciales educativas necesarias —al menos la completitud del nivel medio—, resulta una condición imprescindible para posibilitar la inserción laboral en condiciones adecuadas.

Los niños, las niñas y adolescentes de los hogares de menores ingresos enfrentan, sin embargo, múltiples acechanzas y obstáculos en el cumplimiento de estas metas. Sus motivaciones y expectativas suelen ser menores, la inserción prematura en la actividad económica en el caso de los varones y el desempeño temprano de responsabilidades domésticas en el caso de las niñas suelen apartarlos antes de lo deseable de la escuela. Asimismo, en las adolescentes, el embarazo también suele interrumpir las trayectorias educativas.

También el acceso a la salud preventiva es más dificultoso en los hogares de menores recursos, lo que se adiciona a menudo a condiciones habitacionales deficitarias para amenazar el sano desarrollo psicofísico de niños, niñas y adolescentes.

Cuando el hogar de origen no provee los elementos necesarios a través de la socialización primaria, la escolarización temprana es tanto más necesaria como estrategia de adquisición de capital cultural, para compensar estas desventajas iniciales. Y cuando las redes relacionales de los hogares de origen, así como su patrimonio material son exiguos, la permanencia en el sistema educativo por parte de los jóvenes es la única vía posible para reducir sus desventajas frente a sus pares provenientes de los estratos medios o altos.

El mercado, en tanto, no opera sobre estas desigualdades básicas reduciendo las brechas, sino ampliándolas. Compete al Estado, pues, a través de las políticas públicas, la función de atenuar las desigualdades y equiparar las oportunidades.

Las estrategias de transferencias de ingresos que imponen responsabilidades en materia de salud y educación, además de extender la protección social desde la primera infancia, se encaminan a ese cometido.

En primer lugar, se trata de transferir ingresos a hogares con niños y niñas que, por lo común, se ubican en los estratos más bajos. Por lo tanto, en una

alta proporción, esos ingresos permiten brindar seguridad alimentaria en las etapas iniciales de la vida.

En segundo término, estas estrategias generarán una corresponsabilidad en los cuidados de niños y niñas que abarca los controles de salud, prenatales durante la gestación y luego del nacimiento, hasta la pubertad y la adolescencia.

En tercera instancia, imponen la asistencia a la educación en las edades obligatorias, con lo que procuran asegurar la adquisición de los conocimientos y las credenciales que, más tarde, han de resultar esenciales para la inserción laboral en un trabajo decente.

Al tiempo que contribuyen a prevenir y evitar inserciones laborales tempranas que brindan nulas experiencias valorables y coartan las trayectorias educativas.

Se trata, pues, de asegurar el ejercicio efectivo de los derechos a una nutrición adecuada, a la salud preventiva y a la educación. Éstos son los propósitos que guían las políticas que extienden la protección a sectores que están al margen de ella y que, por las características de sus hogares, presentan una menor dotación de recursos para afrontar circunstancias adversas. No persiguen otra cosa que establecer una más equitativa distribución de las oportunidades vitales, promoviendo la “equidad desde el principio de la vida” (Molina Milman, 2012).

### 12.1. Percepción de las titulares

A partir de esta evaluación, las propias entrevistadas, a través de sus percepciones, ponen de manifiesto una marcada movilidad intergeneracional.

Los hogares que reciben AUH pertenecen, en su mayor parte, a los estratos de ingresos más bajos: ya se ha visto que casi tres cuartas partes se ubican en el primer cuartil de ingreso per cápita del total urbano nacional.

También se ha visto en este informe que, en proporciones no desdeñables, reportan carencias materiales importantes e incapacidad para afrontar gastos esenciales. Sin embargo, en más de la mitad de ellas quien responde a la encuesta (la titular de AUH) evalúa su situación actual como ventajosa en relación con el hogar de origen. A la inversa, solamente en el 17% de los hogares se percibe una movilidad descendente (cuadro 12.1).

Si se tiene en cuenta que la edad promedio de las titulares se sitúa en torno a los 32 años, esto sugiere la existencia de una mejoría o un proceso de movilidad ascendente en los estratos populares en la última década.

En cuanto a los motivos percibidos en relación con esa mejoría, en más de dos terceras partes se la vincula con un progreso económico. Y en segundo lugar (14%), con la situación de empleo. El acceso a la educación y a la vivienda aparece también, aunque con ponderaciones muy menores (cuadro 12.2).

La segunda pregunta relacionada, ya no con una movilidad efectiva, indaga

acerca de las expectativas hacia el futuro para el hogar propio. Tres cuartas partes de las entrevistadas imaginan una mejora hacia el futuro. Solamente el 4% lo percibe de un modo pesimista (cuadro 12.3).

**Cuadro 12.1.** Titulares de la AUH según percepción de cambios de la situación del hogar con respecto al hogar de sus padres. En porcentaje

En relación con la situación de sus padres durante su infancia y adolescencia, ¿considera que usted y su familia están...?	%
En mejor situación	55,3
En peor situación	16,6
En igual situación	28,1
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 12.2.** Titulares de la AUH que perciben estar en mejor situación que el hogar de sus padres según motivo de la mejoría. En porcentaje

¿Por qué motivo cree estar mejor?	%
Por la situación económica/ingresos	67,9
Por la situación del empleo	13,7
Por el acceso a la salud	2,9
Por el acceso a la educación	6,3
Por situación habitacional/vivienda	7,0
Otras razones	2,2
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 12.3.** Titulares de la AUH según expectativa de cambios en la situación del hogar en el futuro con respecto a la situación actual. En porcentaje

¿Cómo imagina que estará su propio hogar en el futuro respecto de la situación actual?	%
En mejor situación	75,3
En peor situación	4,3
En igual situación	20,4
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Si se atiende a las razones de esta perspectiva optimista, confiada en la mejora de la situación del propio hogar en el futuro, casi 6 de cada 10 la rela-

cionan con una mejora económica y en los ingresos. Un nada desdeñable 27% espera una mejor situación laboral. El acceso a la educación es la tercera razón alegada, aunque con mucha menor frecuencia (cuadro 12.4).

**Cuadro 12.4.** Titulares de la AUH que creen que estarán en mejor situación en el futuro según motivo de la mejoría. En porcentaje

¿Por qué motivo cree que estará mejor?	%
Por la situación económica/ingresos	56,3
Por la situación del empleo	27,3
Por el acceso a la salud	1,8
Por el acceso a la educación	8,2
Por situación habitacional/vivienda	5,8
Otras razones	0,5
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Finalmente, se indaga acerca de la percepción de la probable situación del hogar de los hijos en relación con el propio. Nuevamente, aparece una acentuada confianza en el futuro: casi 9 de cada 10 titulares de la AUH piensan que sus hijos estarán mejor (cuadro 12.5).

**Cuadro 12.5.** Titulares de la AUH según expectativa de cambios en la situación del hogar de sus hijos en el futuro con respecto a la situación de su hogar. En porcentaje

¿Y cómo imagina que estará el hogar de sus hijos en el futuro?	%
En mejor situación	88,1
En peor situación	3,2
En igual situación	8,7
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

¿Cuáles son las razones alegadas para sustentar esta confianza en el futuro? Similares a las mencionadas en los casos anteriores. Aunque la posible mejoría económica cede lugar, en este caso, a la educación, que alcanza a casi un tercio de las respuestas. Sin dudas, la educación continúa siendo valorada como un canal de movilidad social ascendente, y ello se relaciona estrechamente con la apreciación positiva hacia las corresponsabilidades establecidas por la AUH en esa materia (cuadro 12.6).

Las respuestas se refieren a percepciones y no a hechos objetivos. Sin

embargo, revelan la existencia de vivencias de mejoría que alientan, además, expectativas positivas y esperanzadas hacia el futuro. Puesto que las percepciones y expectativas se fundan necesariamente en las experiencias, parece posible afirmar que las condiciones sociales y económicas se han mostrado alentadoras para los sectores populares en el transcurso de la última década.

No se trata de una exclusividad de Argentina, sino de un panorama que se replica en otras naciones de la región, pero dentro del cual el país ha tenido un comportamiento especialmente destacable, tal como ha sido resaltado recientemente por organismos internacionales como el Banco Mundial (2014).

**Cuadro 12.6.** Titulares de la AUH que creen que sus hijos estarán en mejor situación en el futuro según motivo de la mejoría. En porcentaje

Motivo de mejoría	%
Por la situación económica/ingresos	48,5
Por la situación del empleo	14,6
Por el acceso a la salud	1,8
Por el acceso a la educación	31,8
Por situación habitacional/vivienda	2,7
Otras razones	0,5
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## 12.2. Impacto de la AUH

En este punto se comparan las respuestas provenientes de los hogares integrantes del grupo de tratamiento (titulares de AUH) y del grupo de control (potenciales titulares) a fin de evaluar el impacto neto de la intervención sobre estas percepciones (cuadro 12.7).

**Cuadro 12.7.** Impacto de la AUH en la percepción de mejoría de la situación del hogar y los motivos. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales

	GT-GC	Sign.
Percepción de mejoría/movilidad ascendente		
Cree que su hogar está en mejor situación que el de sus padres	8,9	0,01
Motivos de la mejoría		
Su hogar estará mejor por la situación económica/ingresos	4,6	0,15
El hogar de sus hijos estará mejor por la situación económica/ingresos	8,0	0,01
El hogar de sus hijos estará mejor por la situación de empleo	-5,2	0,05

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

En cuanto a la percepción de movilidad ascendente, solamente se muestra significativamente más elevada la proporción de hogares receptores de AUH donde las titulares manifiestan que creen estar en mejor situación que su hogar de origen. La confianza en la evolución favorable de la situación del propio hogar y en la del hogar de los hijos en el futuro no muestra diferencias atendibles entre el grupo de tratamiento y el grupo de control.

Sin embargo, cuando se responde positivamente a esas tres preguntas, algunas de las motivaciones alegadas sí se muestran significativamente diferentes en su incidencia. Así, entre quienes creen en la mejora de la situación propia hacia el futuro, prevalece en el grupo de tratamiento –como motivo alegado de esa eventual mejoría– la situación económica y de ingresos. Y, en el grupo de control, resulta más mencionada, como causa de mejoría, la situación de empleo.

Entre los que confían en la movilidad ascendente de los hijos con relación al hogar propio destacan dos motivaciones de distinto orden: en los hogares receptores de AUH prevalece la mención, nuevamente, de la situación económica y los ingresos, mientras que en los hogares del grupo de control es significativamente más frecuente la respuesta vinculada a la evolución favorable de la situación laboral.

Pero también en términos más objetivos es verificable a través de la encuesta un impacto concreto en la movilidad intergeneracional.

Seis de cada diez de las titulares AUH han conseguido acceder en mayor medida que sus padres a la educación, en tanto que sólo 1 de cada 10 manifiesta una movilidad descendente (cuadro 12.8).

Un tercio de los hogares receptores de AUH demuestra una movilidad habitacional ascendente (cuadro 12.9).

Asimismo, en las nuevas generaciones es posible apreciar la continuidad y los años de escolaridad ganados; un tercio de adolescentes que reciben la prestación consigue una movilidad educacional ascendente respecto de la titular. Este dato es 6 puntos porcentuales más favorable que el obtenido para el grupo de control (cuadros 12.10 y 12.11).

**Cuadro 12.8.** Titulares de la AUH según movilidad educativa con respecto a la madre y al padre. En porcentaje

Movilidad educativa	Con respecto a la madre	Con respecto al padre
Ascendente	60,6	58,6
Estable	29,1	31,3
Descendente	10,3	10,1
Total	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 12.9.** Hogares receptores de la AUH según movilidad habitacional con respecto al hogar de los padres de la titular de la AUH. En porcentaje

Movilidad habitacional	%
Ascendente	34,1
Estable	63,0
Descendente	2,9
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014,

**Cuadro 12.10.** Adolescentes de 15 a 17 años\* receptores de la AUH según movilidad educativa con respecto a la titular de la AUH. En porcentaje

Movilidad educacional con respecto a la titular	%
Ascendente**	32,5
Descendente***	3,4

\* Incluye a los adolescentes de 17 años.

\*\* Alcanzaron o superaron el nivel medio cuando la titular no sobrepasó la primaria.

\*\*\* No ingresaron al nivel medio cuando la titular lo cursó al menos parcialmente.

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

**Cuadro 12.11.** Impacto de la AUH en la movilidad educacional ascendente de los adolescentes de 15 a 17 años con respecto a la titular de la AUH o la potencial titular. En porcentaje y en puntos porcentuales

	GT-GC	Sign.
Movilidad ascendente	6,1	0,15

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

## Conclusiones y recomendaciones

En 2009 el Gobierno Nacional implementó la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH), concebida como reconocimiento de derechos e integrada al Sistema de Seguridad Social. De esta manera, se inauguró una nueva forma de planificar, administrar y ejecutar las políticas sociales en Argentina y en la región.

De tal modo, se hace extensivo el régimen de asignaciones familiares a niños, niñas y adolescentes que hasta entonces no estaban alcanzados porque sus progenitores se encontraban excluidos del mercado de trabajo formal, y robustece así, al vincular prestaciones contributivas y no contributivas, el Sistema de Protección Social.

En esta línea, la AUH se forja como parte de un Sistema de Seguridad Social Universal tendiente a dar estructura integral y articulada al conjunto de políticas sociales, incorporando también salud y educación. Asimismo, se relacionan ambas prestaciones, Asignación Universal por Hijo y Asignación Familiar por Hijo (AUH y AFH), lo que permite el traspaso automático de una a otra. Coloca la titularidad en cabeza de las madres, para asegurar la vinculación entre las prestaciones y garantizar una mejor llegada a sus legítimos destinatarios (niños, niñas y adolescentes).

Se dejan atrás, de este modo, y de manera definitiva, las viejas concepciones de programas sociales tradicionales focalizados sobre la base de necesidades coyunturales.

En tan sólo cinco años de vigencia, el régimen de AUH ha demostrado una extraordinaria capacidad para achicar las brechas de desigualdad que separan a niños, niñas y adolescentes provenientes de hogares vulnerables y excluidos de aquellos que antes de su implementación ya gozaban del acceso a la protección social cimentada sobre su condición de hijos de trabajadores registrados. Los resultados de este proceso de evaluación así lo ponen de manifiesto.

La AUH realiza una contribución muy significativa a la reducción de la desigualdad de ingresos, tanto entre los mismos hogares receptores como en el conjunto total de los hogares urbanos. Y, especialmente, permite reducir las desigualdades de acceso a los ingresos entre niños, niñas y adolescentes. Con ello, concurre eficazmente a instalar equidad en el punto de partida, en una

etapa inicial de la vida que resulta decisiva, cuando se define gran parte de las oportunidades futuras.

Un niño o una niña que nace en un hogar con carencias de ingresos depende de adultos con capacidad limitada para hacer frente a sus necesidades, lo que se traduce en menores expectativas de supervivencia durante los primeros años de vida, mayores posibilidades de sufrir privaciones de alimentación y acceso más restringido o discontinuo a los servicios de salud. En la etapa escolar, todo esto significa una mayor probabilidad de recorrer un camino sinuoso, signado por la repitencia, el retraso o el abandono de los estudios. Además, predice mayores chances de tener que alternar estudio con trabajo a edades tempranas y un futuro de precariedad laboral, a la vez que incrementa seriamente las probabilidades de maternidad/paternidad precoz. En este contexto, la AUH se muestra como una política pública medular, ya que se trata de una intervención directa del Estado al corazón del problema.

Desde la temprana infancia, mediada por las corresponsabilidades que garantizan la atención de la salud (incluso desde los controles prenatales y el parto promovidos a partir de la implementación de la Asignación por Embarazo para Protección Social), los niños y las niñas acceden masivamente a los cuidados adecuados y regulares determinados por la normativa nacional y las recomendaciones de los organismos internacionales. Especialmente durante los primeros años de vida este dato es crucial, porque previene desenlaces fatales que en ausencia de la intervención ocurrían con mayor asiduidad. Y es, sin duda, un indicador que desdibuja cualquier discusión acerca de la legitimidad o sobre el posible carácter paternalista y punitivo de la condicionalidad impuesta por la AUH.

En capítulos anteriores se mencionó que la escolaridad iniciada de manera temprana contribuye a igualar oportunidades y a superar los obstáculos iniciales que la pobreza impone a niños y niñas (propensión a tener dificultades de aprendizaje, ausentismo, repitencia e interrupción de la escolaridad). Como hallazgo significativo de esta evaluación al respecto, cabe destacar que más allá del óptimo cumplimiento de las corresponsabilidades que aspiran a garantizar asistencia en edades de educación obligatoria (educación preescolar, primaria y secundaria), la AUH ha demostrado una gran capacidad para ejercer un efecto estímulo de la asistencia escolar de los más pequeños, principalmente entre niños y niñas de 4 años (8 de cada 10 asisten), ganando un año de escolaridad adicional entre los sectores más vulnerables. Esto conlleva ventajas tanto para ellos como para sus madres, que liberan tiempo para dedicar a otras actividades (fundamentalmente laborales). La AUH contribuye así a achicar la brecha de desigualdad respecto de otros sectores sociales, neutralizando la estratificación de origen. En este contexto, la ley sancionada el 3 de diciembre de 2014 y en vigencia a partir del 7 de enero de 2015 sobre la extensión de la obligatoriedad para la sala de 4 años del nivel inicial brindaría un fuerte respaldo legal para que esta conducta se generalice hasta alcanzar cobertura plena.

En el nivel preescolar, la asistencia alcanza un porcentaje superior a la media

urbana y se acerca a la plena cobertura (99%). En el nivel primario, la AUH ha reforzado un logro de las últimas décadas: que todos los niños y niñas entre 6 y 12 años se encuentren escolarizados y finalicen de manera exitosa el ciclo.

En el nivel medio se ha conseguido que la tasa de asistencia supere el 90%, alcanzando valores por encima de la media nacional. En términos de impacto, el efecto de recibir la AUH contribuyó a incrementar en 6,3 puntos porcentuales los niveles de asistencia, si se toma como referencia el grupo de control previsto para la evaluación. La AUH no sólo incidió en la retención de niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo formal, sino que también potenció los rendimientos educativos.

Entre los adolescentes de 14 a 17 años, el regreso a la educación media y la mayor retención implican una ganancia de casi un año de permanencia en el sistema educativo. Este impacto se traduce en el incremento del capital educativo de los hogares de pertenencia de este grupo y aumenta las posibilidades de mejorar las condiciones de vida presentes y futuras. En efecto, la mejora en el nivel educativo de los adolescentes permitirá una participación más plena en la sociedad, aumentará las posibilidades de acceder a un empleo de calidad en el futuro, además de ejercer un freno a la inserción precoz y precaria en el mercado de trabajo (especialmente en el caso de los varones), reducirá las probabilidades de realizar tareas domésticas intensas que habitualmente corresponden al universo de los adultos (especialmente en el caso de la mujeres) y acotará las probabilidades de un embarazo no deseado o de iniciar una maternidad y/o paternidad temprana. En este último aspecto, a partir de la comparación de cohortes generacionales de madres actualmente receptoras de AUH, previa y posterior a la implementación de la prestación, se observa una reducción de 10 puntos porcentuales en el indicador de maternidad adolescente, un factor clave en la interrupción de los mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza.

Por efecto expansivo de las corresponsabilidades, la AUH demuestra que para los jóvenes de entre 18 y 24 años la terminalidad secundaria está mucho más al alcance de la mano. Los avances que se han producido en este aspecto (incremento de 8 puntos porcentuales de la asistencia educativa del segmento y reducción de la exclusión, expresada en el descenso del porcentaje de jóvenes que no estudia ni trabaja) se traducen en un doble efecto virtuoso. Por una parte, dota a estos jóvenes, que en muchos casos ya tienen una familia a cargo, de mayores y mejores herramientas para adecuarse a la oferta laboral del mercado formal que cada vez exige mayores credenciales; por otra parte, garantizará para sus hijos mayores probabilidades de transitar una trayectoria educativa menos escarpada que la propia y, de este modo, evitará la reproducción de las carencias y la exclusión propias de su hogar de origen. No es extraño entonces que, en este contexto, las titulares de la AUH valoren positivamente casi de manera unánime las corresponsabilidades impuestas por la prestación.

Respecto del inicio temprano en el mercado de trabajo, niñas, niños y adolescentes trabajadores ven ampliada la vulnerabilidad que sus desfavo-

rables condiciones de partida les imponen, pues los dramas de la pobreza se potencian por las consecuencias de la ocupación temprana y la imposibilidad de afrontar caminos de desarrollo alternativos, que puedan revertir el signo negativo de las escasas oportunidades iniciales. En este sentido, la AUH ejerce un impacto positivo en la reducción del trabajo, tanto de niños y niñas como de adolescentes, evitando así que las dificultades propias de la situación de vulnerabilidad en que viven resulten acrecentadas por la dedicación prematura a la actividad económica.

En el marco familiar, debe reconocerse a la AUH una importante capacidad para atenuar la desigualdad dentro de los hogares de menores ingresos. Este fenómeno ocurre, “virtuosamente”, elevando más en términos relativos y absolutos los ingresos de los más pobres, es decir, igualando “hacia arriba”. Tal progresividad se explica por la estrecha relación existente entre cantidad de niños e insuficiencia de ingresos. Los hogares más pobres, que suelen ser más numerosos, reciben por ello una mayor prestación. Aun así, cabe pensar si, tanto en los casos de familias con uno o dos hijos y con recursos escasos como en las familias monoparentales, no sería conveniente fijar un piso más alto para la prestación. De este modo, se garantizaría un ingreso que asegurara un estándar mínimo.

Asimismo, se puso de manifiesto que la prestación de la AUH brinda la seguridad de un ingreso que se cobra con regularidad y certeza cada mes, hecho que no solamente se aprecia por el bienestar material que trae aparejado, sino porque también aporta una mayor sensación de dignidad y autovaloración. El hecho de tratarse de un ingreso mensual y regular permite planificar el gasto futuro.

El ingreso complementario y estable que constituye la AUH representa, en promedio, un cuarto del conjunto de los ingresos familiares, y para los hogares más pobres alcanza el 40%. Esto ha permitido asegurar la alimentación y un incremento en la cantidad y calidad de alimentos que consumen sus receptores. Se puede señalar al respecto que los acrecentamientos más sustanciales ocurren en rubros especialmente sensibles y prioritarios (proteínas, lácteos, frutas y verduras), indispensables para una nutrición saludable y equilibrada. La AUH se muestra así como un importante coadyuvante de la mejoría de la salud infantil y de la reducción del riesgo alimentario, en el marco de un destacable fortalecimiento de la comensalidad familiar.

En el lapso en que han recibido la AUH, los hogares destinatarios también han mejorado el acceso a bienes de consumo durable. Se trata de una democratización del uso de elementos de confort y de acceso a la información (como el televisor y la computadora) que están ampliamente difundidos y contribuyen a la calidad de vida. Desde una perspectiva macroeconómica, el incremento de ingresos se traduce también en impactos en el consumo interno y en la generación de puestos de trabajo.

Por otra parte, se destaca enfáticamente que el acceso al ingreso provisto por la AUH no reduce la propensión a insertarse en el mercado de trabajo.

Por el contrario, la potencia, tanto entre varones como mujeres. A su vez, se evidencia un mayor poder de selectividad en las búsquedas de empleo en un contexto de incremento de la actividad. Tampoco ha contribuido a alimentar una preferencia por la informalidad, ya que la aspiración a un empleo formal y a sus beneficios siempre se muestra presente en las familias receptoras. A lo sumo se observó, en algunos casos, cierta confusión como producto de la falta de información entre las titulares que desempeñan tareas en el servicio doméstico quienes, a veces, rehúyen la registración por miedo a tener que resignar el ingreso proveniente de la AUH, desconociendo que existe una excepción normativa particular que ampara su situación.

La evidencia empírica arrojada por esta evaluación sustenta la hipótesis de un impacto empoderador de la AUH sobre las mujeres titulares, al brindarles un mayor control de los recursos económicos del hogar. Esto se deriva de la capacidad para decidir sobre el destino del dinero, ya que la proporción de hogares donde el manejo de éste queda a cargo de las titulares es significativamente mayor que entre las “potenciales titulares” del grupo de control de la muestra. Es cierto que la carga de la reproducción doméstica continúa pesando desproporcionadamente sobre las mujeres; sin embargo, no se desprende de la evaluación evidencia empírica que permita afirmar que los roles de género tradicionales se cristalicen como consecuencia del acceso a la AUH. Además, se observa por parte de las mujeres titulares de AUH una mayor propensión a participar en actividades sociales.

Sin duda, la AUH habilita un proceso de movilidad ascendente que está comenzando a gestarse entre los hogares que la reciben. Su aptitud para detener la dinámica de reproducción intergeneracional de la pobreza así lo demuestra. Un ejemplo resulta relevante: la AUH logró hacer cuña en el círculo vicioso donde la escolaridad de la madre ejercía efectos determinantes sobre el control de salud y la asistencia y el rendimiento escolar de sus hijos. En los hogares receptores, los hijos superan el nivel educativo de sus padres.

En los últimos años las políticas públicas implementadas reforzaron significativamente las transferencias intergeneracionales: hacia la niñez con la AUH, AE y SUMAR, hacia los jóvenes con el PROGRESAR y hacia los adultos mayores a través de las moratorias previsionales y los mecanismos de actualización de los haberes jubilatorios. Se genera así una base de protección y seguridad social, que permitirá a futuro desarrollar líneas de acción más complejas y transversales para abordar la multicausalidad de la pobreza.

Se identifican algunos desafíos, entre los que se destacan:

- Para asegurar los resultados e impactos de la AUH es fundamental la actualización del monto de la prestación, que hasta ahora ha sido constante. Sin embargo, no está fijado un mecanismo automático y permanente para dicha actualización, por lo que sería fundamental institucionalizar los incrementos, como en el caso de los jubilados.
- En cuanto a errores de exclusión, para evitarlos, sería importante incluir

a los hijos de trabajadores monotributistas con ingresos menores al salario mínimo

- Respecto del acceso a la AUH, persisten, aunque en menor medida, algunas trabas administrativas. En cuanto al vínculo de receptores y potenciales receptores con la ANSES, se han puesto en evidencia algunas falencias en la comunicación que generan un cierto déficit de información sobre la normativa, las condiciones de acceso y las altas y bajas de la prestación. Asimismo, un 10% no cobra a través de la tarjeta, lo que implica traslados y esperas. Dado que la mayoría de las titulares utiliza celulares, se deberían utilizar los mensajes de texto para informar y estar en contacto con ellas, así como aprovechar este medio para enviarles información sobre salud y educación.
- Queda como punto pendiente, todavía, lograr una mayor bancarización y acceso al crédito. Los sectores más vulnerables tienen que recurrir a canales que encarecen desmedidamente el acceso a préstamos monetarios. En este sentido, podría pensarse en extender los beneficios de la tarjeta ARGENTA, que tantas ventajas ha traído a jubilados y pensionados.
- En el área de salud se observa todavía cierto desacople de la oferta pública a la demanda generada por la AUH. Un quinto de las titulares manifestó tener dificultades cuando concurrió a realizar controles de salud, en especial con los turnos. Sería conveniente aprovechar más la oportunidad que significa la AUH como motivadora de la demanda, que permite acercarse a las mujeres embarazadas y a niños, niñas y adolescentes de los sectores vulnerables a la consulta médica oportuna. Es decir, el acceso a la consulta estimulado por la AUH debería ser la puerta de entrada a otros niveles de la atención de salud. Asimismo, se detectaron algunas críticas respecto de cierta superficialidad con que se ejerce la medicina preventiva con los más chicos.
- Se observan también algunas falencias en relación con análisis, estudios y vacunación durante el embarazo. Con respecto a la salud reproductiva, se detectó cierto déficit en el acceso a la información y la realización de estudios preventivos (PAP y mamografía). Sería importante reforzar la información acerca de salud reproductiva y métodos anticonceptivos al momento de la consulta, en particular a adolescentes y titulares jóvenes, así como garantizar la realización periódica de estudios ginecológicos de detección temprana. En este sentido, se propone encontrar la forma de incluir al conjunto de corresponsabilidades de la AUH, quizá a modo de un plus en el ingreso, controles y estudios ginecológicos de rutina para titulares e hijas adolescentes.
- En la educación inicial, si bien hay importantes progresos en la asistencia al jardín de niños de 4 años, todavía falta avanzar para garantizar un acceso gratuito y universal en la primera infancia. Esto priva a muchos niños y niñas de acceder a una estimulación temprana, con los beneficios que esto acarrea, y niega a sus madres la oportunidad de liberar tiempo para dedicarlo al trabajo o al estudio. Dado el déficit de oferta estatal de jardines

maternales y de infantes, sería conveniente incorporar un bono o aumentar el monto de la prestación entre niños y niñas de 0 a 2 años cuyas madres trabajan o estudian para que puedan asistir al jardín maternal, y entre los niños y las niñas de 3 y 4 años al jardín de infantes, para los casos en que no haya vacantes en establecimientos públicos.

- Para el nivel primario, se remarca que la asistencia es universal, pero en jornada simple, pues la jornada extendida resulta minoritaria por déficit de la oferta. Significa un desafío pendiente, ya que brindar la posibilidad de que los niños y las niñas pasen más horas en la escuela generaría un impacto virtuoso al mejorar sus oportunidades a futuro, a la vez que disminuiría la carga sobre las mujeres que muchas veces se ven obligadas a sacrificar horas de estudio y/o trabajo para dedicarse al cuidado de sus hijos. También es una deuda, porque está contemplado en la Ley 26.206 de Educación Nacional de 2006 (art. 28) que esto se cumpla.
- Para el nivel medio, el desafío será acompañar exitosamente en su carrera escolar a un gran número de adolescentes, algunos de ellos con trayectorias educativas complicadas, cargadas de frustración, marcadas por la repitencia y las interrupciones. Sería conveniente desarrollar un sistema de acompañamiento y apoyo educativo para aquellos adolescentes con dificultades en su escolaridad. Igualmente sería apropiado aumentar el monto de la prestación entre los 15 y los 17 años, para estimular la asistencia y neutralizar la salida temprana al mercado de trabajo.
- Para reforzar los efectos de la AUH sería interesante hacer extensiva la ayuda escolar anual otorgada a niños, niñas y adolescentes que reciben el salario familiar, a la población receptora de la AUH. De este modo, se facilitaría afrontar los gastos del inicio del año escolar y se fomentaría una mayor igualdad y homogeneización de ambas prestaciones (AUH y AFH).
- Sin duda, el Formulario Libreta Salud, Educación y Declaración Jurada ha significado un gran avance en las políticas sociales, pero aún recae en las titulares la presentación de estos instrumentos para la certificación de corresponsabilidades. Sería fundamental avanzar en la informatización de los Sistemas de Educación y Salud y la articulación de bases de datos para que, entre otros múltiples beneficios y necesidades, la corroboración de corresponsabilidades se realice en forma automática, y así volver más eficiente y ágil el circuito.
- Con relación a las condiciones habitacionales, presentan deficiencias para casi cuatro de cada diez de los hogares receptores de AUH. Una posibilidad de abordar esta problemática podría lograrse a partir de una mayor articulación entre la AUH y los planes de vivienda en marcha.

En síntesis, la AUH se constituye, por sus características, su impacto y la posibilidad de llegar a la población más vulnerable, en una puerta de entrada al Sistema de Políticas Sociales. Se ha logrado la integración de las prestaciones contributivas y no contributivas de manera de generar un verdadero

Sistema de Protección Social. La problemática de la desigualdad y la pobreza requiere de un abordaje integral dada la multiplicidad de factores que actúan simultáneamente como causas y efectos de su producción y reproducción. En ese sentido, sería clave avanzar en dos direcciones: por un lado, profundizando la articulación con el resto de las políticas, programas y prestaciones sociales, y por otro abordando los déficits existentes. En este sentido se requiere establecer normativa, procedimientos y circuitos para institucionalizar una Red de Protección e Inclusión social.

Entre las estrategias de articulación y abordaje de los déficits, sería importante establecer que los receptores de AUH tengan prioridad en jardines maternales y de infantes, en escuelas de doble escolaridad, en apoyo escolar, en actividades deportivas y culturales, en programas para la terminalidad educativa de jóvenes y adultos, en prestaciones de salud, en descuentos en medios de transporte y tarifas de servicios públicos, en programas de fomento al empleo, en microcréditos, en planes de vivienda, en provisión de servicios e infraestructura y en acceso a internet, entre otros. Esta propuesta puede abordarse desde distintas perspectivas complementarias, dando prioridad a los destinatarios en forma individual y/o priorizando la inversión e intervención en las áreas geográficas, escuelas, centros de salud, etc., donde se concentran destinatarios de AUH.

También se sugiere enfocar hacia los receptores de AUH acciones integrales interministeriales e interjurisdiccionales en determinados grupos y problemáticas, como familias numerosas, cuidado infantil, embarazo adolescente, trabajo infantil, adolescentes que abandonan la escuela, entre otros.

Así como se analizaron los efectos de la AUH a partir de indicadores cuantitativos o indicadores de impacto, esto tiene su correlato desde las percepciones y opiniones de los receptores e informantes clave. Cabe destacar la valoración positiva de la AUH por parte de las titulares dado el impacto que han experimentado en la economía del hogar, en la toma de decisiones y en la planificación de las compras. Estos cambios han repercutido en el bienestar personal y familiar brindando sensaciones de protección y seguridad para con ellas y sus hijos. Es unánime la importancia atribuida a la AUH como motivadora de la asistencia escolar y del cuidado de la salud. Esta apreciación es compartida por los informantes clave entrevistados, quienes coincidieron, sin distinción de cargo, lugar o signo político, en destacarla como una política “equitativa”, “positiva”, “inclusiva” y “dignificante”. De esta manera, a los ojos de los propios receptores la AUH representa una política transformadora.

Al mismo tiempo, se detectaron temores de las entrevistadas a una posible interrupción de esta política pública. Debe tenerse en cuenta la influencia de las experiencias pasadas sobre esta percepción. Históricamente, las políticas sociales en Argentina se caracterizaron por la interrupción o neutralización de las acciones dirigidas a los sectores más vulnerables ante cambios de gobierno. Este fenómeno obedeció, generalmente, a pujas distributivas entre sectores sociales.

A su vez, hay una doble percepción de las titulares sobre la naturaleza de la Asignación: es entendida como derecho y como ayuda. En cambio, sus hijos la vivencian como un derecho propio, la internalizan como una responsabilidad asumida para contribuir a su propio bienestar y desarrollo. Es también por ello que están atentos a las novedades y proponen el destino del dinero recibido. La AUH genera un efecto igualador con sus compañeros de colegio al permitir acceder a bienes paradigmáticos.

Para finalizar, los resultados que se desprenden de esta evaluación constituyen hallazgos alentadores acerca del camino que ha seguido la AUH a un lustro de su implementación.

Los avances en materia de educación, salud, ingresos e inclusión social, como en la conformación y extensión del Sistema de Seguridad Social, así lo demuestran.



## Referencias bibliográficas

- AAPS (ASOCIACIÓN ARGENTINA DE POLÍTICAS SOCIALES)-REDAIC (RED ARGENTINA DE INGRESO CIUDADANO) (2010), *Asignación Universal por Hijo*, ciclo de conferencias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales y la Red Argentina de Ingreso Ciudadano, con el auspicio de UNICEF Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita.
- ADATO, M., B. DE LA BRIÈRE, A. QUISUMBING y D. MINDEK (2000), *The Impact of Progresa on Women's Status and Intrahousehold Relations*, Washington DC, International Food Policy Research Institute.
- ALZÚA, M.L., G. CRUCES y L. RIPANI (2010), "Welfare programs and labor supply in developing countries. Experimental evidence from Latin America", documento de trabajo N° 95, CEDLAS.
- ANÓS-CASERO, P., D. CERDEIRO y R. TREZZI (2010), "Estimating the fiscal multiplier in Argentina", Policy Research Working Paper 5220, Banco Mundial.
- ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social) (2011), "Asignación Universal por Hijo para la Protección Social: una política de inclusión para los más vulnerables", Observatorio de la Seguridad Social, ANSES.
- (2012), "La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en perspectiva", Observatorio de la Seguridad Social, ANSES.
- ARCIDIÁCONO, P., V. CARMONA BARRENECHEA y M. STRASCHNOY (2011), *Transformaciones en la política social argentina, el caso de la Asignación Universal por Hijo*, Buenos Aires, Leviatán.
- ARIZA, M. y O. DE OLIVEIRA (2002), "Acerca de las familias y los hogares: estructura y dinámica", en C. Wainerman (comp.), *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*, México, UNICEF-FCE.
- ARMAS DÁVILA, A. (2004), "La equidad de género y el Programa del Bono de Desarrollo Humano en Ecuador", Seminario Internacional "Gobernabilidad democrática e igualdad de género", Santiago de Chile, 1-2 de diciembre.
- ARRIAGADA, I. y C. MATHIVET (2007), "Los programas de alivio a la pobreza. Puente y oportunidades. Una mirada desde los actores", Serie Políticas Sociales N° 134, CEPAL-Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- ASIAIN, A. y L. PUTERO (2013), "Los prejuicios sociales y la pobreza. Tienen hijos para cobrar la asignación", *Página 12*, suplemento Cash, 24 de noviembre.
- ATTANASIO, O., J. TRÍAS y M. VERA-HERNÁNDEZ (2008), *Old and new welfare: The*

- relative effect on child nutrition*, documento presentado en el III Seminario Internacional “Transferencias condicionadas, erradicación del hambre y la desnutrición en tiempos de crisis”, Santiago de Chile.
- AUERBACH, A. y Y. GORODNICHENKO (2012), “Measuring the Output Responses to Fiscal Policy”, *American Economic Journal-Economic Policy*, vol. 4.
- AZEVEDO, J.P., M. FAVARA, S.E. HADDOCK, L.F. LÓPEZ-CALVA, M. MÜLLER y E. PEROVA (2012), *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*, Washington DC, BIRF-Banco Mundial.
- BAIRD, S., F.H.G. FERREIRA, B. ÖZLER y M. WOOLCOCK (2013), “Relative effectiveness of conditional and unconditional cash transfers for schooling outcomes in developing countries: A systematic review”, *Campbell Systematic Reviews*, N° 8.
- BAKER, J. (2000). *Evaluación de impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza. Manual para profesionales*, Washington DC, Banco Mundial.
- BANCO MUNDIAL (2001), “Assessment of the Bolsa Escola Programs, Sector Report, N° 20.208”, Washington DC. Disponible en: <http://www1.worldbank.org/sp/safetynets/>.
- (2014a), *Los años no vienen solos. Desafíos y oportunidades de la transición demográfica en Argentina*, Buenos Aires.
- (2014b), “International Bank for Reconstruction and Development. International Finance Corporation. Multilateral Investment Guarantee Agency. Country Partnership Strategy for the Argentine Republic for the period FY15-18”, Buenos Aires.
- y MTEYSS (2008), “Aportes a una nueva visión de la informalidad laboral en la Argentina, Buenos Aires”, Buenos Aires.
- BARBEITO, A. y R. LO VUOLO (1996), “Ingreso ciudadano. Una propuesta diferente”, *Sociedades y Políticas*, N° 2. Buenos Aires.
- (2009), “Ingreso ciudadano para la niñez. Reelaborando ideas para construir una sociedad más igualitaria”, documento N° 70, Buenos Aires, CIEPP.
- BARKER, D. (1999), “Fetal and infant origins of adult disease: The womb may be more important than the home”, *British Medical Journal*, N° 301.
- BARRIOS, F., L. GALEANO y S. SÁNCHEZ (2008), *El impacto del programa Tekopora de Paraguay en la nutrición, el consumo y economía local*, Asunción, Oficina Regional de FAO-FLACSO.
- BARRO, R. y C. REDLICK (2011), “Macroeconomic effects from government purchases and taxes”, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 126 (1).
- BECCARIA, L. (2007), “El mercado de trabajo luego de la crisis. Avances y desafíos”, en B. Kosacoff (ed.), *Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina 2002-2007*, Buenos Aires, CEPAL.
- BERTRANOU, F. y L. CASANOVA (2013), *Informalidad laboral en Argentina. Segmentos críticos y políticas para la formalización*, Buenos Aires, OIT.
- BLANCHARD, O. y D. LEIGH (2013), “Growth Forecast Errors and Fiscal Multipliers”, IMF Working Paper 13/1, FMI.
- BLANCHARD, O. y R. PEROTTI (2002), “An empirical characterization of the dynamic effects of changes in government spending and taxes on output”, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 117.
- BOFFI, S. (2013), “Políticas de transferencias de ingresos. Su impacto en el mercado de trabajo. Experiencias en Latinoamérica y los casos de la Asignación Universal por Hijo y el programa de Inclusión Previsional en Argentina”, *Avances de Investigación*, N° 16, Centro de Investigación en Trabajo, Distribución y Sociedad (CITRADIS).

- BOURDIEU, P. (1979), “Los tres estados del capital cultural”, *Sociológica*, N° 5, Azcapotzalco.
- BRACCHI, C. (2010), “Asignación Universal por Hijo y el impacto en la educación”, en “Asignación Universal por Hijo”, ciclo de conferencias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales y la Red Argentina de Ingreso Ciudadano, con el auspicio de UNICEF Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita.
- BUSTOS, J. y VILLAFANE, S. (2011), “Asignación Universal por Hijo. Evaluación del impacto en los ingresos de los hogares y el mercado de trabajo”, *Trabajo, Ocupación y Empleo*, N° 10, Buenos Aires, MTEYSS.
- BUSTOS, J., G. GIGLIO y S. VILLAFANE (2013), “Asignación Universal por Hijo: alcance e impacto por regiones del país”, *Trabajo, Ocupación y Empleo*, N° 11, Buenos Aires, MTEYSS.
- CAISS (COORDINACIÓN DE ANÁLISIS INTEGRAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL) (2013), “Transferencias netas de la ANSES a los hogares: una estimación a partir de EPH 2003-2013”, nota técnica de circulación interna.
- CALABRIA, A. y M. CARUGATI (2013), “Multiplicador fiscal de empleos: el impacto de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social”, XLVIII Reunión Anual de la Asociación Argentina de Economía Política, Rosario, Santa Fe, Argentina.
- CAMPBELL, D. y J. STANLEY (1973), *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*, Buenos Aires, Amorrortu.
- CAMPOS, L., E. FAUR y L. PAUTASSI (2007), *Programa Familias por la Inclusión Social. Entre el discurso de derechos y la práctica asistencial*, Buenos Aires, CELS.
- CARPIO, J. e I. NOVACOVSKY (comps.) (1999), *De igual a igual. El desafío del Estado ante los nuevos problemas sociales*, Buenos Aires, SIEMPRO-Secretaría de Desarrollo Social-Banco Mundial-FLACSO.
- CECCHINI, S. y A. MADARIAGA (2011), *La trayectoria de los programas de transferencias con corresponsabilidad (PTC) en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, CEPAL-Naciones Unidas.
- CECCHINI, S. y R. MARTÍNEZ (2012), “Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos”, en *Por un Estado que busca ser inclusivo. Redes de Protección Social. Observatorio Social*, N° 35.
- CELS (2010), *Derechos humanos en Argentina. Informe 2010*, Buenos Aires. Disponible en [http://www.cels.org.ar/common/documentos/Informe\\_CELS\\_2010.pdf](http://www.cels.org.ar/common/documentos/Informe_CELS_2010.pdf).
- CEPAL (1998), *Población, salud reproductiva y pobreza*, Oranjestad.
- (2004), *La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias*, Santiago de Chile, CEPAL-OIJ.
- (2012), *Los bonos en la mira. Aporte y carga para las mujeres*, Santiago de Chile, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe.
- (2014), *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe*, Naciones Unidas, Serie Políticas Sociales N° 202, Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- CHACKIEL, J y S. SCHKOLNIK (2003), *América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad*, Santiago de Chile, CEPAL. Disponible en [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/13730/lcl1952\\_p.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/13730/lcl1952_p.pdf).
- CHINN, M. (2013), “Fiscal multipliers”, en *The New Palgrave Dictionary of Economics*. Disponible en [http://www.dictionaryofeconomics.com/article?id=pde2013\\_F000329](http://www.dictionaryofeconomics.com/article?id=pde2013_F000329).
- CIFRA (CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN DE LA REPÚBLICA ARGENTINA) (2014), *Informe de Coyuntura N° 16*, Buenos Aires.

- COGAN, J.F., T. CWIK, J.B. TAYLOR y W. VOLKER (2009), "New keynesian versus old keynesian government spending multipliers", Working Paper N° 14782, NBER.
- Convención sobre los Derechos del Niño, Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989.
- Crecer Juntos para la Primera Infancia* (2011), Encuentro Regional de Políticas Integrales, Buenos Aires. UNICEF. Disponible en [http://www.unicef.org/argentina/spanish/educacion\\_Libro\\_primera\\_infancia.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/educacion_Libro_primera_infancia.pdf).
- CRUCES, G. y L. GASPARIANI (2013), "Políticas sociales para la reducción de la desigualdad y la pobreza en América Latina y el Caribe. Diagnóstico, propuesta y proyecciones en base a la experiencia reciente", Universidad Nacional de La Plata, Maestría en Economía, Facultad de Ciencias Económicas, documento de trabajo N° 142.
- D'ALESSANDRE, Vanesa (2014), *Adolescentes y jóvenes que no estudian ni trabajan en América Latina. El trabajo de cuidado como obstáculo a la escolarización y desarrollo laboral de las mujeres*, Buenos Aires, SITEAL-OEI.
- DAEREN, L. (2004), "Mujeres pobres: ¿prestadoras de servicios o sujetos de derecho? Los programas de superación de la pobreza en América Latina desde una mirada de género", documento preparado para la reunión de expertos "Políticas y programas de superación de la pobreza desde la perspectiva de la gobernabilidad democrática y el género", Unidad de la Mujer CEPAL-CONAMU, Quito, agosto.
- DE LA BRIÈRE, B. y L.B. RAWLINGS (2006), "Examining conditional cash transfer programs: A role for increased social inclusion?", *Social Safety Net*, Primer Series N° 603, junio, World Bank Institute.
- DELAMÓNICA, E. (2010), *Protección social en América Latina*, Buenos Aires, UNICEF.
- DELORS, Jacques (1996), *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI*, París.
- DUBET, F. (2011), *Repensar la justicia social. Contra el mito de la igualdad de oportunidades*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- ESCOBAR, A. y M. GONZÁLEZ DE LA ROCHA (2009), "Girls, mothers and poverty reduction in México: Evaluating Progres- Oportunidades", en Shahra Razavi (ed.), *The Gendered Impacts of Liberalisation*, Nueva York-Abingdon, Routledge-UNRISD.
- ESQUIVEL, V., E. FAUR y E. JELIN (eds.) (2012), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*, Buenos Aires, IDES.
- FAO (Food and Agriculture Organization) (2013), *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.
- FELDMAN, S. (1997), "Los niños que trabajan en Argentina", Cuadernos de UNICEF N° 1, Buenos Aires.
- FELDMAN, S., E. GARCÍA MÉNDEZ y H. ARALDSEN (1997), *Los niños que trabajan*, Buenos Aires, UNICEF Argentina.
- FISZBEIN, A., N. SCHADY, Francisco H.G. FERREIRA, M. GROSH, N. KELEHER, P. OLINTO y E. SKOUFIAS (2009), *Conditional cash transfers. Reducing present and future poverty*, World Bank.
- GALASO, E., P. CARNEIRO y R. GINJA (2009), "El impacto de proveer apoyo psicosocial a familias en extrema pobreza y aumentar su acceso a servicios sociales: evaluando Chile solidario". Disponible en <http://www.chilesolidario.gob.cl/rec/rec1.php>.
- GAMALLO, G. (2003), "La política social de la Alianza: el Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente", *Socialis. Reflexiones Latinoamericanas sobre Política Social*, N° 7, Rosario.

- GAMMAGE, S. (2010), "Time pressed and time poor: Unpaid household work in Guatemala", *Feminist Economics*, vol. 16, N° 3.
- GARGANTA, S. y L. GASPARINI (2012), "El impacto de un programa social sobre la informalidad laboral: el caso de la AUH en Argentina", documento de trabajo N° 133, Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales (CEDLAS).
- GASPARINI, L. y G. CRUCES (2010), *Las asignaciones universales por hijo. Impacto, discusión y alternativas*, La Plata, Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales (CEDLAS).
- GIRALDO, F., J. GARCÍA, A. BATEMAN y A. ALONSO (2006), *Hábitat y pobreza. Los objetivos de desarrollo del milenio desde la ciudad*, Bogotá, ONU Hábitat-PNUD.
- GONZÁLEZ DE LA ROCHA, M. (2003), "México: oportunidades y capital social", documento presentado al seminario de la CEPAL "Capital social y programas de superación de la pobreza: lineamientos para la acción", Santiago de Chile, 10-11 de noviembre.
- (2005), "Familia y política social en México. El caso de Oportunidades", ponencia presentada a la reunión de expertos "Políticas hacia la familia, protección e inclusión sociales", Santiago de Chile, 28-29 de junio, CEPAL.
- (2006), *Procesos domésticos y vulnerabilidad. Perspectivas antropológicas de los hogares con Oportunidades*, México DF, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- GROISMAN, F., F. BOSSERT y M.E. SCONFIENZA (2011), *Avances de investigación: políticas de protección social y participación económica de la población en Argentina (2003-2010)*, Buenos Aires, Centro de Investigación en Trabajo, Distribución y Sociedad (CITRADIS).
- HALL, R. (2009), "By how much does GDP rise if the Government buys more output?", Working Paper N° 15496, NBER.
- HODDINOTT, J. y L. BASSETT (2008), *Conditional Cash Transfer Programs and Nutrition in Latin America: Assessment of Impacts and Strategies for Improvement*, Washington DC, International Food Policy Research Institute.
- IFS-Econometría-SEI (2006), *Evaluación de impacto del programa Familias en Acción*, informe final, Bogotá, Departamento Nacional de Planeación.
- IIPE-Buenos Aires (2001), *Informe sobre educación y pobreza. Informes periodísticos para su publicación*, N° 3, Buenos Aires.
- ISUANI, A. (2010), Presentación en *Asignación Universal por Hijo*, ciclo de conferencias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales y la Red Argentina de Ingreso Ciudadano, con el auspicio de UNICEF Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita Argentina.
- JALAN, J. y M. RAVALLION (1998), *Income Gains from Workfare: Estimates for Argentina's TRABAJAR program using matching methods*, Washington DC, Development Research Group-Banco Mundial.
- JONES, N., R. VARGAS y E. VILLAR (2007), "Conditional cash transfer in Perú: Tackling the multi-dimensionality of childhood poverty and vulnerability", en A. Minujin *et al.* (ed.), *Social Protection Initiatives for Families, Women and Children: An Analysis of Recent Experiences*, Nueva York, The New School-UNICEF.
- JORDÁN, R. y R. MARTÍNEZ (2009), *Pobreza y precariedad urbana en América Latina y el Caribe. Situación actual y financiamiento de políticas y programas*, Santiago de Chile, CEPAL-CAF.
- KAPLAN, C. (2010), "La protección social como derecho de ciudadanía: hacia un cambio cultural en la sociedad y en la escuela", en *Asignación Universal por Hijo*, ciclo de

- conferencias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales, la Red Argentina de Ingreso Ciudadano (REDAIC), con el auspicio de UNICEF Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita Argentina.
- KLIKSBERG, B. (2005), *La agenda ética pendiente de América Latina*, Buenos Aires, FCE.
- (2011a), *Escándalos éticos*, Buenos Aires, Temas.
- (2011b), “Los escándalos éticos de nuestro tiempo”, Buenos Aires, Biblioteca Bernardo Kliksberg, suplemento especial de *Página 12*. Disponible en [http://www.bernardokliksberg.com/images/BibliotecaK/1-esc%C3%A1ndalos\\_%C3%A9ticos.pdf](http://www.bernardokliksberg.com/images/BibliotecaK/1-esc%C3%A1ndalos_%C3%A9ticos.pdf)
- (2012), “Como enfrentar la pobreza y desigualdad”. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/133454863/Como-Enfrentar-La-Pobreza-y-Desigualdad-Bernardo-Kliksberg#scribd>.
- y A. SEN (2007), *Primero la gente*, Barcelona, Deusto.
- LARRAÑAGA, Osvaldo (1997), “Educación y superación de la pobreza en América Latina”, en José Vicente Zeballos (ed.), *Estrategias para reducir la pobreza en América Latina y el Caribe*, Quito, PNUD.
- LAZO, T. y E. PHILIPP (2003), “Uso de la regresión logística para la construcción de un grupo de control”, en S. Lago Martínez, G. Gómez Rojas y M. Mauro (coords.), *En torno de las metodologías: abordajes cualitativos y cuantitativos*, Buenos Aires, Proa XXI.
- LEVY, D. y J. OHLS (2010), “Evaluation of Jamaica’s PATH conditional cash transfer programme”, *Journal of Development Effectiveness*, vol. 2, N° 4.
- LINDERT, K., E. SKOUFIAS y J. SHAPIRO (2006), *Redistributing Income to the Poor and the Rich: Public Transfers in Latin America and the Caribbean*, World Bank.
- LÓPEZ, G. (2004). “Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (antes Progresá), ponencia presentada a la reunión de expertos “Políticas y programas de superación de la pobreza desde la perspectiva de la gobernabilidad democrática y el género”, Quito, CEPAL-CONAMU, agosto.
- LÓPEZ, N. y J.C. TEDESCO (2002), *Las condiciones de educabilidad de los niños y adolescentes en América Latina*, Buenos Aires, IIEP.
- LO VUOLO, R. (2009), *La asignación por hijo y el ingreso de ciudadanía*, Buenos Aires, Red Argentina de Ingreso Ciudadano (REDAIC).
- MALDONADO, J.H., R.D.P. MORENO, I. GIRALDO PÉREZ, C.A. BARRERA ORJUELA (2011), *Los programas de transferencias condicionadas: ¿hacia la inclusión financiera de los pobres en América Latina?*, Serie Análisis Económico, 26, Lima, Internacional Development Research Centre-IDRC-IEP.
- MALDONADO, I., M. NÁJERA y A. SEGOVIA (2006), “Efectos del Programa Oportunidades en las relaciones de pareja y familiares”, en M. de la P. López y V. Salles (coords.), *El Programa Oportunidades: examinado desde el género*, México DF, Oportunidades-UNIFEM-COLMEX.
- MALUCCIO, J., M. ADATO, R. FLORES y T. ROOPNARAINÉ (2005), *Nicaragua. Red de Protección Social Mi Familia. Rompiendo el ciclo de la pobreza*, IFPRI.
- MARGULIS, M. y M. URRESTI (1999), *La segregación negada: cultura y discriminación social*, Buenos Aires, Biblos.
- MATARAZZO SUPLICY, E. (2002), “De la renta mínima a la renta básica. La reciente evolución de un instrumento de combate a la pobreza y a la desigualdad”, *Agalia*, N° 71-72.
- MAURIZIO, R. (2011), “Las transferencias monetarias a los hogares y el comportamiento

- en el mercado de trabajo: el caso de la Asignación Universal por Hijo en Argentina”, informe de consultoría, Buenos Aires, OIT.
- MAZZOLA, R. (2012), *Nuevo paradigma. La Asignación Universal por Hijo en la Argentina*, Buenos Aires, Centro de Estudios y Desarrollo de Políticas (CEDEP)-Prometeo.
- MDS (Ministério de Desenvolvimento Social) (2007), *Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família. Sumário Executivo*, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional-Cedeplar/UFGM-Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação-Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à FOME, octubre.
- MEDEIROS, M., T. BRITTO y F. VERAS SOARES (2008), “Targeted cash transfer programmes in Brazil: BPC and the Bolsa Família”, Working Paper N° 46, International Poverty Centre, UNDP.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL-UNICEF (2013), *Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia. Principales resultados, 2011-2012*, Buenos Aires.
- MOLINA MILMAN, H. (2012), “Política pública de infancia en el desarrollo infantil temprano”, en *Crecer juntos para la primera infancia. Encuentro Regional de Políticas Integrales 2011*, Buenos Aires, UNICEF.
- MOLYNEUX, M. (2006), “Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progresal Oportunidades, Mexico’s Conditional Transfer Programme”, *Social Policy Administration*, vol. 40, N° 4.
- (2009), “Conditional cash transfers: Pathways to women’s empowerment?”, Research Paper, IDS Series on Social Policy in Developing Countries.
- NOVACOVSKY, I. (2010), Presentación en *Asignación Universal por Hijo*, ciclo de conferencias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales, la Red Argentina de Ingreso Ciudadano, con el auspicio de UNICEF Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita Argentina.
- y C. SOBRÓN (1999), “Propuesta de un programa de transferencia directa de ingresos para la argentina: Ingreso para el Desarrollo Humano”, en J. Carpio e I. Novacovsky (comps.), *De igual a igual. El desafío del Estado ante los nuevos problemas sociales*, Buenos Aires, SIEMPRO-Secretaría de Desarrollo Social-Banco Mundial-FLACSO.
- OIT (2011), *Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva*, Informe del Grupo Consultivo presidido por Michelle Bachelet, Ginebra.
- (2014), *Observatorio de Trabajo Infantil y Adolescente. Situación del trabajo infantil en el total urbano nacional. Informe de resultados del Módulo de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes*, Buenos Aires, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social-OIT.
- OIT-MTEYSS (2014), *Observatorio de trabajo infantil y adolescente. Situación del trabajo infantil en el total urbano nacional. Informe de resultados del Módulo de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes*, Buenos Aires, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad.
- OIT-PNUD (2009), *Trabajo y familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*, Santiago de Chile.
- OMS (2014), *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones*. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126318/1/9789243506746\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126318/1/9789243506746_spa.pdf?ua=1).
- ONU (2008), *Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar*, Santiago de Chile. Disponible en [http://www.oij.org/file\\_upload/publicationsItems/document/doc1255080249.pdf](http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/doc1255080249.pdf).

- ONU-HÁBITAT (2012), *Estado de las ciudades de América Latina y el Caribe 2012. Rumbo a una nueva transición urbana*, Río de Janeiro.
- ONU-HÁBITAT-CAF (2014), *Construcción de ciudad más equitativas. Políticas públicas para la inclusión en América Latina*, Bogotá.
- OPS (2005), “Salud sexual y procreación responsable”, en I. Martínez, M. Rossen y M. del C. Mosteiro, *Municipios saludables. Portafolio educativo*, Buenos Aires, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-OPS.
- PAES, R. y L. PACHECO (2009), *Measuring the impact of Bolsa Familia Program based on data from Health and Nutrition Days*, Working Papers N° 07, Iniciativa América Latina y el Caribe sin Hambre, FAO-RLC.
- PASQUALINI, D. y A. LLORENS (2010), *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral*, Buenos Aires, OPS-OMS-Facultad de Medicina, UBA.
- PAUTASSI, L., P. ARCIDIÁCONO y M. STRASCHNOY (2013), *Asignación Universal por Hijo para la Protección Social de la Argentina. Entre la satisfacción de necesidades y el reconocimiento de derechos*, Santiago de Chile, CEPAL-UNICEF.
- PAUTASSI, L. y C. ZIBECCHI (2010), *La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias*, Santiago de Chile, CEPAL-Naciones Unidas.
- PNUD (2009), *Poverty in Focus*, N° 15, Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo Grupo de Pobreza, Oficina para Políticas de Desarrollo, mayo.
- (2010), *Informe regional para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la pobreza*, Nueva York.
- Programa de Acción de la V Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), El Cairo, Naciones Unidas, 5-13 de septiembre.
- PROYECTO DINIECE-UNICEF (2004), “Las dificultades en las trayectorias escolares de los alumnos”, mayo. Disponible en <http://repositorio.educacion.gov.ar/dspace/bitstream/handle/123456789/55302/trayescolar.pdf>.
- PUIG, J. (2014), “Multiplicador del gasto público en Argentina”, 47° Jornadas Internacionales de Finanzas Públicas, Córdoba, Argentina.
- RAMEY, V. (2011), “Identifying Government Spending Shocks: It’s All in the Timing”, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 126 (1).
- REVECO, O (2004), *Reflexiones respecto del cambio en la educación infantil en América Latina*, Santiago de Chile, ARCIS.
- RIVERA, L., B. HERNÁNDEZ y R. CASTRO (2006), “Asociación entre la violencia de pareja contra las mujeres de las zonas urbanas en pobreza extrema y la incorporación al Programa Oportunidades”, en M. de la P. López y V. Salles (coords.), *El Programa Oportunidades examinado desde el género*, México DF, Oportunidades-UNIFEM-COLMEX.
- ROCA, E. (2010), *Asignación Universal por Hijo*, ciclo de conferencias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales, la Red Argentina de Ingreso Ciudadano, con el auspicio de UNICEF Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita Argentina.
- ROCA, O. y O. GRAJEDA (2010), “Programa de transferencias condicionadas en efectivo en ciudad de Guatemala: experiencia de una interrelación de actores que trabajan para reducir la pobreza urbana”, en *Transferencias condicionadas como estrategia para la reducción de la pobreza. Lecciones aprendidas en América Latina. II Seminario Internacional de Política Social*, Guatemala, octubre.
- ROFMAN, R. (2010), Presentación en *Asignación Universal por Hijo*, ciclo de conferen-

- cias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales, la Red Argentina de Ingreso Ciudadano, con el auspicio de UNICEF Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita Argentina.
- ROMER, C. y J. BERNSTEIN (2009), *The Job Impact of the American Recovery and Reinvestment Plan*, Washington DC, Council of Economic Advisers.
- ROQUAUD, I. y M. PÁEZ (2013). *Políticas públicas. Algunas experiencias en Iberoamérica*, Buenos Aires, CLACSO.
- ROSENBAUM, P. y D. RUBIN (1985), "The central role of propensity score in observational studies for causal effects", *Biometrika*, Nº 70, Londres.
- SÁNCHEZ, M., P. ORAZEN y V. GUNNARSS (2005), "The Effect of Child Labor on Mathematics and Language Achievement in Latin America", Social Protection Discussion Paper Nº 0516, Washington DC, World Bank.
- SIEMPRO (2008), "Impacto de las políticas de ingresos. Asignaciones Familiares", Buenos Aires, Serie Políticas Públicas y Equidad.
- SKOUFIAS, E. y V. DI MARO (2008), "Conditional cash transfers, adult work incentives, and poverty", *Journal of Development Studies*, vol. 44, Nº 7.
- SPIILIMBERGO, A., S. SYMANSKY y M. SCHINDLER (2009), "Fiscal multipliers", IMF Staff Position Note 09/11, FMI.
- STAAB, S. y R. GERHARD (2009), "Childcare Service Expansion in Chile and México. For Women or Children or Both?", Gender and Development Programme Paper Nº 10, Ginebra, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).
- TABBUSH, C. (2010). "Latin American women's protection after adjustment: A feminist critique of conditional cash transfers in Chile and Argentina", *Oxford Development Studies*, vol. 38, Nº 4.
- TAVARES, P. (2008), "Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães", *Economia e Sociedade*, vol. 19, Nº 3 (40).
- TEIXEIRA, C. (2010), "Impact Analysis of the Bolsa Família. Programme Effect on Men and Women's Work Supply", Brasilia, International Policy Centre for Inclusive Growth, mimeo.
- TORRADO, S. (2006), "Hogares y familia en América Latina", II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población Guadalajara, México, 3-5 de septiembre. Disponible en [http://www.alapop.org/Congreso06/DOCSFINAIS\\_PDF/ALAP\\_2006\\_pl3\\_03.pdf](http://www.alapop.org/Congreso06/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2006_pl3_03.pdf).
- UCA (2013), "Para terminar con la pobreza es necesario cambiar la actual política de subsidios", Serie Informes de la Economía Real, Empleo y Desarrollo Nº 38, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas.
- UNESCO (2007), *Educación de calidad para todos: un asunto de derechos humanos*, Buenos Aires, marzo.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2002), *El estado de la población mundial 2002. Población, pobreza y oportunidades*, Nueva York.
- (2005), *Estado de la población mundial 2005. La promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Nueva York.
- UNICEF (2012), *Para la vida. Atención primaria de salud "revitalizada"*, Buenos Aires.
- UNICEF-CEPAL (2010), *Pobreza infantil en América Latina y el Caribe*, diciembre.
- UNICEF-Ministerio de Salud de la Nación (2013), *Derechos de los recién nacidos prematuros. Derechos 1 y 2: a un control adecuado del embarazo; y a nacer en un lugar adecuado*, Buenos Aires.

- UNICEF-Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2013), *Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia. Principales resultados 2011-2012*, Buenos Aires.
- VELEDA, Cecilia (2013), *Nuevos tiempos para la educación primaria. Lecciones sobre la extensión de la jornada escolar*, Buenos Aires, CIPPEC-UNICEF.
- VERAS SOARES, F., R. PÉREZ RIBAS y G. ISSAMU HIRATA (2008), *Los logros y las carencias de las transferencias de efectivo condicionadas: evaluación del impacto del Programa Tekoporã del Paraguay*, Brasilia, Centro Internacional de Pobreza-PNUD.
- VILLATORO, P. (2005), *Los programas de protección social asistencial en América Latina y sus impactos en las familias. Algunas reflexiones*, Santiago de Chile, CEPAL.
- (2007), “Las transferencias condicionadas en América Latina: luces y sombras”, documento de la CEPAL para el seminario internacional “Evolución y desafíos de los programas de transferencias condicionadas”, Brasilia, 20-21 de noviembre.
- WAINERMAN, C. (2002), “La reestructuración de las fronteras de género”, en C. Wainerman (comp.), *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*, México DF, UNICEF-FCE.
- WILSON, D. (2011), “Fiscal spending jobs multipliers: Evidence from the 2009 American Recovery and Reinvestment Act”, Working Paper N° 2010-17, Federal Reserve Bank of San Francisco.
- ZIBECCHI, C. (2008), “Programas de transferencias de ingresos. ¿Más condicionalidades y menos derechos para madres pobres? Un análisis en base a tres experiencias en América Latina”, *Aportes Andinos*, N° 21, Quito.

# Índice de cuadros y gráficos

## Primera parte. Marco contextual

<b>Cuadro 3.1.</b> Evolución del total de niños, niñas, adolescentes y personas mayores de 18 años con discapacidad receptores de la AUH. Noviembre de 2009-septiembre de 2014 .....	39
<b>Cuadro 3.2.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH por grupos de edad. 2013 .....	39
<b>Cuadro 3.3.</b> Evolución del porcentaje de titularidad femenina de la AUH. Noviembre de 2009-febrero de 2014 .....	41
<b>Cuadro 3.4.</b> Niños, niñas, adolescentes y personas mayores de 18 años con discapacidad receptores de la AUH según jurisdicción. En absolutos y en porcentaje. Diciembre de 2013 .....	42
<b>Cuadro 4.1.</b> Tasas de asistencia escolar según criterios de elegibilidad de la AUH y hogares con asalariado registrado por edades. En porcentaje. Segundo trimestre de 2008 .....	51
<b>Cuadro 4.2.</b> Impactos de programas de transferencia condicionada en América Latina, según país .....	56
<b>Cuadro 5.1.</b> Hogares relevados en GT según estrato poblacional .....	72
<b>Cuadro 5.2.</b> Hogares relevados en GC según estrato poblacional .....	72
<b>Cuadro 5.3.</b> Distribución de los grupos focales según perfil por localidad .....	73
<b>Cuadro 5.4.</b> Distribución de las entrevistas a informantes clave según tema por localidad .....	74

## Segunda parte. Principales resultados

<b>Cuadro 1.1.</b> Población por grupos de edad. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y población en hogares receptores de la AUH. En porcentajes .....	78
--	----

<b>Cuadro 1.2.</b> Media de edad de los jefes de hogar. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y población en hogares receptores de la AUH. En años .....	79
<b>Cuadro 1.3.</b> Tamaño medio de hogares y cantidad de personas por hogar con menores de 18 años. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y población en hogares receptores de la AUH por estrato poblacional. En personas y en porcentaje .....	80
<b>Cuadro 1.4.</b> Promedio de niños, niñas y adolescentes por hogar y cantidad de niños por hogar con menores de 18 años. Total urbano, primer cuartil de IPCF y población en hogares receptores de la AUH por estrato poblacional. En personas y en porcentaje .....	81
<b>Gráfico 1.1.</b> Población receptora de la AUH según grupos de edad. En porcentaje .....	82
<b>Gráfico 1.2.</b> Población receptora de la AUH según estrato poblacional. En porcentaje .....	82
<b>Cuadro 1.5.</b> Titulares y receptores de la AUH según lugar de nacimiento y tiempo de residencia en el país por estrato poblacional. En porcentaje .....	83
<b>Cuadro 1.6.</b> Hogares con menores de 18 años según tipo de hogar. Total urbano, primer cuartil de IPCF y hogares receptores de la AUH por estrato poblacional. En porcentaje .....	85
<b>Cuadro 1.7.</b> Hogares con menores de 18 años según clima educativo del hogar. Total urbano, primer cuartil de IPCF y hogares receptores de la AUH por estrato poblacional. En años y en porcentaje .....	86
<b>Cuadro 1.8.</b> Titulares de la AUH según grupos de edad por estrato poblacional. En porcentaje .....	87
<b>Cuadro 1.9.</b> Titulares de la AUH según relación de parentesco con el jefe de hogar por estrato poblacional. En porcentaje .....	88
<b>Cuadro 1.10.</b> Titulares de la AUH según residencia con sus hijos en el hogar por estrato poblacional. En porcentaje .....	88
<b>Cuadro 1.11.</b> Titulares de la AUH según nivel educativo formal alcanzado por estrato poblacional. En porcentaje .....	88
<b>Cuadro 1.12.</b> Tasa de asistencia a instituciones educativas de titulares y jóvenes titulares de la AUH por estrato poblacional. En porcentaje .....	90
<b>Cuadro 2.1.</b> Hogares receptores de la AUH según servicio municipal de alumbrado público por estrato poblacional. En porcentaje .....	94
<b>Cuadro 2.2.</b> Hogares receptores de la AUH según servicio municipal de recolección de basura por estrato poblacional. En porcentaje .....	94
<b>Cuadro 2.3.</b> Hogares receptores de la AUH según problemas de hábitat por estrato poblacional. En porcentaje .....	95

<b>Cuadro 2.4.</b> Hogares receptores de la AUH según tipo de problema del hábitat por estrato poblacional. En porcentaje. ....	96
<b>Cuadro 2.4.a.</b> Hogares receptores de la AUH según ubicación de la vivienda en zona inundable por estrato poblacional. En porcentaje .....	96
<b>Cuadro 2.4.b.</b> Hogares receptores de la AUH según ubicación de la vivienda en zona de basurales por estrato poblacional. En porcentaje .....	96
<b>Cuadro 2.4.c.</b> Hogares receptores de la AUH según ubicación de la vivienda en zona de quema de basura por estrato poblacional. En porcentaje .....	96
<b>Cuadro 2.4.d.</b> Hogares receptores de la AUH según ubicación de la vivienda en zona de fábricas contaminantes por estrato poblacional. En porcentaje .....	96
<b>Cuadro 2.4.e.</b> Hogares receptores de la AUH según ubicación de la vivienda en zona de cursos de agua contaminados por estrato poblacional. En porcentaje .....	96
<b>Cuadro 2.5.</b> Hogares receptores de la AUH según distancia de la vivienda a establecimientos de salud y educación. En porcentaje .....	97
<b>Cuadro 2.5.a.</b> Distancia del hogar a una escuela primaria por estrato poblacional. En porcentaje .....	97
<b>Cuadro 2.5.b.</b> Distancia del hogar a una escuela secundaria por estrato poblacional. En porcentaje .....	97
<b>Cuadro 2.5.c.</b> Distancia del hogar a un centro de salud/dispensario por estrato poblacional. En porcentaje .....	98
<b>Cuadro 2.5.d.</b> Distancia del hogar a un hospital público por estrato poblacional. En porcentaje .....	98
<b>Cuadro 2.6.</b> Hogares receptores de la AUH según tipo de vivienda por estrato poblacional. En porcentaje .....	99
<b>Cuadro 2.7.</b> Hogares receptores de la AUH según relación de tenencia por estrato poblacional. En porcentaje .....	99
<b>Cuadro 2.8.</b> Gasto promedio mensual en alquiler de hogares receptores de la AUH inquilinos por estrato poblacional. En pesos corrientes .....	100
<b>Cuadro 2.9.</b> Hogares receptores de la AUH según condición de hacinamiento por estrato poblacional. En porcentaje .....	101
<b>Cuadro 2.10.</b> Hogares receptores de la AUH según material principal de los pisos de la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje .....	101
<b>Cuadro 2.11.</b> Hogares receptores de la AUH según materiales de la cubierta exterior del techo de la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje .....	102
<b>Cuadro 2.12.</b> Hogares receptores de la AUH según acceso a servicios básicos por estrato poblacional. En porcentaje .....	103

<b>Cuadro 2.13.</b> Hogares receptores de la AUH según acceso al servicio de agua corriente en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje .....	103
<b>Cuadro 2.14.</b> Hogares receptores de la AUH según acceso a servicio de red eléctrica en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje .....	103
<b>Cuadro 2.15.</b> Hogares receptores de la AUH según acceso a servicio de red de cloacas en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje .....	104
<b>Cuadro 2.16.</b> Hogares receptores de la AUH según tenencia de inodoro en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje .....	104
<b>Cuadro 2.17.</b> Hogares receptores de la AUH según tenencia de baño de uso exclusivo en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje .....	104
<b>Cuadro 2.18.</b> Hogares receptores de la AUH según acceso a servicio de red de gas en la vivienda por estrato poblacional. En porcentaje .....	106
<b>Cuadro 2.19.</b> Hogares receptores de la AUH según combustible empleado para cocinar por estrato poblacional. En porcentaje .....	106
<b>Cuadro 2.20.</b> Hogares receptores de la AUH según nivel de privación habitacional por estrato poblacional. En porcentaje .....	107
<b>Cuadro 2.21.</b> Hogares receptores de la AUH según equipamiento por estrato poblacional. En porcentaje .....	108
<b>Cuadro 2.22.</b> Hogares receptores de la AUH según año de adquisición de los bienes por estrato poblacional. En porcentaje .....	108
<b>Cuadro 2.23.</b> Hogares receptores de la AUH según tenencia de bienes y servicios por estrato poblacional. En porcentaje .....	109
<b>Cuadro 2.24.</b> Hogares receptores de la AUH según acceso a servicio de telefonía fija por estrato poblacional. En porcentaje .....	110
<b>Cuadro 2.25.</b> Hogares receptores de la AUH según acceso a servicio de telefonía móvil por estrato poblacional. En porcentaje .....	110
<b>Cuadro 2.26.</b> Promedio de equipos de telefonía móvil en el hogar por estrato poblacional. En número de equipos .....	110
<b>Cuadro 3.1.</b> Ingreso medio total familiar y per cápita familiar. Tamaño medio de hogares y promedio de cantidad de niños, niñas y adolescentes. Total hogares receptores de la AUH, total hogares urbanos, total hogares urbanos con menores de 18 años y primer cuartil de IPCF. En pesos corrientes y en personas .....	112
<b>Cuadro 3.2.</b> Ingreso medio total familiar y per cápita familiar. Participación media del ingreso de la AUH en el ITF por estrato poblacional. En pesos corrientes y en porcentaje .....	113
<b>Cuadro 3.3.</b> Hogares receptores de la AUH según tramos de participación media del ingreso de la AUH en el ITF por estrato poblacional. En porcentaje .....	113

<b>Cuadro 3.4.</b> Hogares receptores de la AUH según posición en la escala decílica de ingreso per cápita familiar del total urbano por estrato poblacional. En porcentaje .....	114
<b>Cuadro 3.5.</b> Hogares receptores de la AUH según origen del ingreso total familiar por estrato poblacional. En porcentaje .....	114
<b>Cuadro 3.6.</b> Ingreso laboral medio mensual según sexo. Ocupados receptores de la AUH, total urbano, primer cuartil del IPCF y brecha media. En pesos corrientes y en porcentaje .....	115
<b>Cuadro 3.7.</b> Ingreso laboral medio mensual según posición en el hogar. Población receptora de la AUH, total urbano y primer cuartil de IPCF. En pesos corrientes .....	116
<b>Cuadro 3.8.</b> Hogares receptores de la AUH según participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	117
<b>Cuadro 3.9.</b> ITF medio, monto de la AUH medio y cantidad promedio de receptores en el hogar según la participación del ingreso AUH en el ingreso total familiar. En pesos corrientes y en personas .....	117
<b>Cuadro 3.10.</b> Hogares monoparentales receptores de la AUH según deciles de IPCF del total urbano y participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	118
<b>Cuadro 3.11.</b> Hogares monoparentales receptores de la AUH según tramos de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	118
<b>Cuadro 3.12.</b> Monto de ingresos totales percibidos con y sin la AUH de los hogares urbanos según deciles de IPCF. Medidas de distribución del ingreso. En porcentaje y en pesos corrientes .....	120
<b>Gráfico 3.1.</b> Impacto de la AUH en el coeficiente de Gini del total de hogares urbanos .....	120
<b>Gráfico 3.2.</b> Impacto de la AUH en la relación de ingresos del décimo y el primer decil de IPCF del total de hogares urbanos .....	121
<b>Cuadro 3.13.</b> Monto de ingresos totales percibidos con y sin la AUH e ingresos de la AUH de niños, niñas y adolescentes del total urbano según deciles de ingreso individual. Medidas de distribución del ingreso con y sin la AUH. En pesos corrientes .....	122
<b>Gráfico 3.3.</b> Impacto de la AUH en el coeficiente de Gini en niños, niñas y adolescentes del total urbano .....	122
<b>Gráfico 3.4.</b> Impacto de la AUH en la relación de ingresos del décimo y el primer decil en niños, niñas y adolescentes del total urbano .....	123
<b>Cuadro 3.14.</b> Población receptora de la AUH e ingresos totales por deciles de IPCF de los hogares receptores de la AUH. Medidas de distribución del ingreso. En porcentaje y en pesos corrientes .....	124

<b>Cuadro 3.15.</b> Población receptora de la AUH e ingresos sin monto de la AUH por deciles de IPCF de los hogares receptores de la AUH. Medidas de distribución del ingreso. En porcentaje y en pesos corrientes .....	124
<b>Gráfico 3.5.</b> Impacto de la AUH en el coeficiente de Gini de los hogares receptores de la AUH .....	125
<b>Gráfico 3.6.</b> Impacto de la AUH en la relación de ingresos del décimo y el primer decil de los hogares receptores de la AUH .....	126
<b>Cuadro 3.16.</b> Participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar medio de los hogares receptores de la AUH según deciles de IPCF del total urbano. En porcentaje .....	126
<b>Cuadro 3.17.</b> Número medio de niños, niñas y adolescentes por deciles de IPCF del total urbano nacional .....	126
<b>Cuadro 3.18.</b> Hogares receptores de la AUH según deciles del IPCF del total urbano y escenario con y sin ingreso de la AUH. En porcentaje .....	127
<b>Gráfico 3.7.</b> Proporción del déficit del ciclo de vida financiado mediante transferencias públicas .....	133
<b>Cuadro 4.1.</b> Hogares receptores de la AUH según frecuencia de consumo de productos seleccionados. En porcentaje .....	137
<b>Cuadro 4.2.</b> Hogares receptores de la AUH según cambios en el consumo antes y después de recibir la prestación. En porcentaje .....	139
<b>Cuadro 4.3.</b> Hogares receptores de la AUH que declaran disponer de dinero para realizar gastos antes y después de recibir la prestación según rubro de gasto. En porcentaje .....	140
<b>Cuadro 4.4.</b> Impacto de la AUH en el consumo según alimentos .....	141
<b>Cuadro 4.5.</b> Impacto de la AUH en el nivel de satisfacción en el consumo de alimentos .....	142
<b>Cuadro 4.6.</b> Impacto de la AUH en la disponibilidad de dinero según bienes y servicios .....	142
<b>Cuadro 4.7.</b> Hogares receptores de la AUH según principales destinos que se le otorga al dinero de la AUH. En porcentaje .....	143
<b>Cuadro 4.8.</b> Hogares receptores de la AUH según cambios en la marca/calidad de los productos respecto de antes de recibir la AUH por estrato poblacional. En porcentaje .....	144
<b>Cuadro 4.9.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según frecuencia con que almuerza con su madre o padre por estrato poblacional. En porcentaje .....	145
<b>Cuadro 4.10.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según asistencia a comedor comunitario por estrato poblacional. En porcentaje .....	145

<b>Cuadro 4.11.</b> Hogares receptores de la AUH según tenencia de cuenta bancaria por estrato poblacional. En porcentaje .....	149
<b>Cuadro 4.12.</b> Hogares receptores de la AUH con cuenta bancaria según año de apertura de la cuenta bancaria por estrato poblacional. En porcentaje .....	149
<b>Cuadro 4.13.</b> Hogares receptores de la AUH según tenencia de tarjeta de crédito por estrato poblacional. En porcentaje .....	149
<b>Cuadro 4.14.</b> Hogares receptores de la AUH con tarjeta de crédito según año de emisión de la tarjeta de crédito por estrato poblacional. En porcentaje .....	149
<b>Cuadro 4.15.</b> Hogares receptores de la AUH según tenencia de tarjeta de compra por estrato poblacional. En porcentaje .....	150
<b>Cuadro 4.16.</b> Hogares receptores de la AUH con tarjeta de compra según año de emisión de la tarjeta de compra por estrato poblacional. En porcentaje .....	150
<b>Cuadro 4.17.</b> Hogares receptores de la AUH según lugar principal donde realiza las compras por estrato poblacional. En porcentaje .....	150
<b>Cuadro 4.18.</b> Hogares receptores de la AUH según medio de pago más frecuente por estrato poblacional. En porcentaje .....	151
<b>Cuadro 4.19.</b> Hogares receptores de la AUH según acceso a descuentos en las compras por estrato poblacional. En porcentaje .....	152
<b>Cuadro 4.20.</b> Hogares receptores de la AUH según acceso a compras fiadas en los comercios por estrato poblacional. En porcentaje .....	152
<b>Cuadro 4.21.</b> Hogares receptores de la AUH según acceso a crédito del comercio en las compras por estrato poblacional. En porcentaje .....	152
<b>Cuadro 5.1.</b> Promedio de ocupados, activos y desocupados por hogar. Hogares receptores de la AUH según estrato poblacional, total hogares urbanos y hogares del primer cuartil de IPCF. En personas .....	153
<b>Cuadro 5.2.</b> Tasas de actividad, empleo y desempleo de la población de 18 años y más. Total urbano y primer cuartil IPCF y población mayor de 18 años en hogares receptores de la AUH .....	155
<b>Cuadro 5.3.</b> Tasas de actividad, empleo y desempleo de jefes de hogar. Total urbano y primer cuartil IPCF y jefes de hogares receptores de la AUH .....	156
<b>Cuadro 5.4.</b> Impacto de la AUH en las tasas de actividad, empleo y desempleo según grupos poblacionales seleccionados. Diferencia GT-GC .....	157
<b>Cuadro 5.5.</b> Jefes de hogar y titulares de la AUH ocupados según categoría ocupacional. Total urbano y primer cuartil de IPCF y jefes y titulares de la AUH. En porcentaje .....	159
<b>Cuadro 6.1.</b> Titulares de la AUH según percepción de cambios en el vínculo con la pareja. En porcentaje .....	164
<b>Cuadro 6.2.</b> Hogares receptores de la AUH según proveedor principal. En porcentaje .....	165

<b>Cuadro 6.3.</b> Hogares receptores de la AUH según decisor de gastos del hogar. En porcentaje .....	165
<b>Cuadro 6.4.</b> Impacto de la AUH en la identificación del proveedor principal y el decisor del hogar. Diferencia GT-GC .....	167
<b>Cuadro 6.5.</b> Hogares receptores de la AUH según realización de las tareas domésticas por el/los miembro/s del hogar que se ocupa/n. En porcentaje .....	169
<b>Cuadro 6.6.</b> Hogares receptores de la AUH según realización de tareas de cuidado de los niños por el/los miembro/s del hogar que se ocupa/n. En porcentaje .....	169
<b>Cuadro 6.7.</b> Porcentaje de realización de actividades en el último mes de las titulares de la AUH .....	171
<b>Cuadro 6.8.</b> Impacto de la AUH en las actividades realizadas en el último mes por las titulares o potenciales titulares. Diferencia GT-GC .....	172
<b>Cuadro 7.1.</b> Población receptora de la AUH según cobertura de salud por estrato poblacional. En porcentaje .....	175
<b>Cuadro 7.2.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según cobertura de salud por estrato poblacional. En porcentaje .....	176
<b>Cuadro 7.3.</b> Niños, niñas, adolescentes y embarazadas receptores de la AUH según inscripción al Plan NACER/SUMAR por estrato poblacional. En porcentaje .....	177
<b>Cuadro 7.4.</b> Mujeres embarazadas o madres de menores de 2 años receptoras de la AUH según percepción de AE por estrato poblacional. En porcentaje .....	178
<b>Cuadro 7.5.</b> Mujeres embarazadas receptoras de la AUH o madres de menores de 2 años que no recibieron la AE según motivos por estrato poblacional. En porcentaje .....	179
<b>Cuadro 7.6.</b> Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según realización de consultas durante el embarazo por estrato poblacional. En porcentaje .....	180
<b>Cuadro 7.7.</b> Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según frecuencia de controles durante el embarazo por estrato poblacional. En porcentaje .....	180
<b>Gráfico 7.1.</b> Impacto de los controles durante el embarazo en titulares de la AUH madres de menores de 2 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	181
<b>Cuadro 7.8.</b> Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según trimestre de embarazo en la primera consulta por estrato poblacional. En porcentaje .....	182
<b>Gráfico 7.2.</b> Impacto en titulares de la AUH madres de menores de 2 años que realizaron la primera consulta de embarazo antes del primer trimestre. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	182

<b>Cuadro 7.9.</b> Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según cantidad de ecografías realizadas durante el embarazo por estrato poblacional. En porcentaje .....	183
<b>Cuadro 7.10.</b> Titulares de la AUH embarazadas según cantidad de análisis de sangre realizados durante el embarazo por estrato poblacional. En porcentaje .....	184
<b>Cuadro 7.11.</b> Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según aplicación de la vacuna doble bacteriana durante el embarazo por estrato poblacional. En porcentaje .....	184
<b>Cuadro 7.12.</b> Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según lugar donde se produjo el parto por estrato poblacional. En porcentaje .....	185
<b>Cuadro 7.13.</b> Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según tipo de parto por estrato poblacional. En porcentaje .....	185
<b>Cuadro 7.14.</b> Titulares de la AUH madres de menores de 2 años según momento del primer control del niño por estrato poblacional. En porcentaje .....	186
<b>Gráfico 7.3.</b> Impacto de la AUH en el primer control del niño recién nacido. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	187
<b>Cuadro 7.15.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según adecuación de controles de salud por estrato poblacional. En porcentaje .....	188
<b>Cuadro 7.16.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según adecuación de controles de salud por grupos de edad. En porcentaje .....	189
<b>Cuadro 7.17.</b> Niños y niñas menores de 2 años receptores de la AUH con controles insuficientes según alcance de controles mínimos. En porcentaje .....	189
<b>Gráfico 7.4.</b> Impacto de la AUH en los controles de salud de niños, niñas y adolescentes según grupos de edad. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales ..	190
<b>Cuadro 7.18.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según adecuación de controles de salud por nivel educativo alcanzado de la madre y grupos de edad. En porcentaje .....	191
<b>Cuadro 7.19.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según dificultad para realizar los controles de salud por estrato poblacional. En porcentaje .....	191
<b>Cuadro 7.20.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH que manifestaron dificultad para realizar los controles de salud según motivos por estrato poblacional. En porcentaje .....	192
<b>Cuadro 7.21.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según cantidad de consultas al oculista en el último año por grupo de edad. En porcentaje .....	193
<b>Cuadro 7.22.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según cantidad de consultas al dentista por grupos de edad en el último año. En porcentaje .....	193

<b>Gráfico 7.5.</b> Impacto de la AUH en niños, niñas y adolescentes en consultas al oculista y al dentista. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	194
<b>Cuadro 7.23.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según cumplimiento del cronograma de vacunas por estrato poblacional. En porcentaje .....	195
<b>Gráfico 7.6.</b> Impacto de la AUH en niños, niñas y adolescentes con vacunas completas. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	195
<b>Cuadro 7.24.</b> Niños, niñas y adolescentes AUH según cumplimiento del cronograma de vacunas por grupos de edad. En porcentaje .....	196
<b>Cuadro 7.25.</b> Titulares de la AUH según edad al momento del nacimiento del primer hijo por estrato poblacional. En porcentaje .....	197
<b>Cuadro 7.26.</b> Titulares y adolescentes receptoras de la AUH de 15 a 19 años según maternidad y embarazo. En porcentaje .....	198
<b>Cuadro 7.27.</b> Titulares y adolescentes con hijos receptoras de la AUH según grupos de edad por cohorte. En porcentaje .....	198
<b>Cuadro 7.28.</b> Titulares de la AUH según tiempo que pasó desde el último Papanicolaou por grupos de edad. En porcentaje .....	200
<b>Cuadro 7.29.</b> Titulares de la AUH según tiempo que pasó desde la última mamografía por grupos de edad. En porcentaje .....	201
<b>Cuadro 7.30.</b> Titulares de la AUH según uso de métodos anticonceptivos por grupos de edad. En porcentaje .....	202
<b>Cuadro 7.31.</b> Titulares de la AUH que utilizan métodos anticonceptivos según tipo de método anticonceptivo por grupos de edad. En porcentaje .....	202
<b>Cuadro 7.32.</b> Titulares de la AUH según recepción de información sobre salud sexual y reproductiva por grupos de edad. En porcentaje .....	204
<b>Cuadro 7.33.</b> Población receptora de la AUH según discapacidad. En porcentaje .....	205
<b>Cuadro 7.34.</b> Población receptora de la AUH con discapacidad según posesión de certificado de discapacidad. En porcentaje .....	205
<b>Cuadro 8.1.</b> Tasa de asistencia a jardín maternal o infantil de niños y niñas de 0 a 4 años según edad. Total urbano, primer quintil de IPCF y receptores de la AUH .....	218
<b>Cuadro 8.2.</b> Tasa de asistencia escolar de niños y niñas de 3 a 5 años según grupos de edad. Total urbano, primer cuartil de IPCF y receptores de la AUH por estrato poblacional .....	220
<b>Cuadro 8.3.</b> Tasa de asistencia escolar de niños y niñas de 3 a 5 años según sexo. Total urbano, primer cuartil de IPCF y receptores de la AUH .....	220
<b>Gráfico 8.1.</b> Impacto de AUH en los nieles de asistencia escolar de niños y niñas de 3 a 5 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	221

<b>Cuadro 8.4.</b> Tasa de asistencia escolar de niños y niñas de 3 a 5 años receptores de la AUH según grupos de edad por ubicación de la vivienda .....	222
<b>Cuadro 8.5.</b> Niños y niñas de 0 a 4 años receptores de la AUH según motivos de no asistencia a jardín maternal o infantil por edad. En porcentaje .....	223
<b>Cuadro 8.6.</b> Tasa de asistencia escolar de niños y niñas de 6 a 12 años según sexo. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y receptores de la AUH por estrato poblacional .....	225
<b>Cuadro 8.7.</b> Tasa de asistencia escolar de adolescentes de 13 a 17 años según grupos de edad. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y receptores de la AUH por estrato poblacional .....	225
<b>Gráfico 8.2.</b> Tasa de asistencia escolar de niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años receptores de la AUH según estrato poblacional .....	227
<b>Gráfico 8.3.</b> Impacto de la AUH en los niveles de asistencia de niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	229
<b>Gráfico 8.4.</b> Impacto de la AUH en los años de escolaridad de adolescentes de 14 a 17 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	230
<b>Cuadro 8.8.</b> Niños, niñas y adolescentes que asisten según sector del establecimiento educativo por nivel educativo. Total urbano, primer y cuarto cuartil de IPCF y receptores de la AUH por estrato poblacional. En porcentaje .....	232
<b>Cuadro 8.9.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH que asisten al sector privado según tenencia de beca por nivel educativo. En porcentaje .....	233
<b>Cuadro 8.10.</b> Niños y niñas receptores de la AUH que asisten al nivel primario según tipo de jornada escolar por estrato poblacional. En porcentaje .....	234
<b>Cuadro 8.11.</b> Niños y niñas receptores de la AUH que asisten al nivel primario según recepción de colaciones y almuerzo por estrato poblacional. En porcentaje .....	234
<b>Cuadro 8.12.</b> Tasas de repitencia, interrupción y faltas reiteradas de niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH según nivel educativo por estrato poblacional .....	236
<b>Cuadro 8.13.</b> Tasas de asistencia, repitencia y abandono de adolescentes de 13 a 17 años receptores de la AUH según grupos de edad por sexo .....	237
<b>Cuadro 8.14.</b> Adolescentes receptores de la AUH que asisten al nivel secundario que interrumpieron alguna vez sus estudios según motivos por sexo .....	237
<b>Gráfico 8.5.</b> Impacto de la AUH en repitencia, interrupción de estudios y faltas reiteradas en el nivel medio. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	238
<b>Cuadro 8.15.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH que asisten al nivel primario según rendimiento en Lengua y Matemática. En porcentaje .....	239
<b>Cuadro 8.16.</b> Adolescentes receptores de la AUH que asisten al nivel secundario según rendimiento en Lengua y Matemática. En porcentaje .....	240

<b>Gráfico 8.6.</b> Impacto de la AUH en el rendimiento escolar en Lengua y Matemática según nivel educativo. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales ...	241
<b>Cuadro 8.17.</b> Jóvenes de 18 a 24 años de hogares receptores de la AUH según asistencia escolar y completitud del secundario. Total urbano, primer y cuarto cuartil y receptores AUH por estrato poblacional. En porcentaje .....	242
<b>Gráfico 8.7.</b> Impacto de la AUH en la educación de jóvenes de 18 a 24 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	244
<b>Cuadro 8.18.</b> Jóvenes de 18 a 24 años de hogares receptores de la AUH según asistencia escolar y completitud del secundario por sexo y tenencia de hijos. En porcentaje .....	244
<b>Cuadro 8.19.</b> Adolescentes y jóvenes de 15 a 25 años según condición educativa y laboral por grupos de edad. Total urbano, primer y cuarto cuartil y hogares receptores de la AUH .....	246
<b>Gráfico 8.8.</b> Impacto de la AUH en la condición educativa y laboral de adolescentes y jóvenes. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	247
<b>Cuadro 8.20.</b> Adolescentes de 13 a 17 años según condición de asistencia por nivel educativo alcanzado de la madre. Total urbano y receptores de la AUH. En porcentaje .....	249
<b>Cuadro 9.1.</b> Niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años según actividades que realizan por grupos de edad. Receptores de la AUH y total urbano. En porcentaje .....	255
<b>Cuadro 9.2.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH de 5 a 17 años según tareas que realizan por sexo. En porcentaje .....	255
<b>Cuadro 9.3.</b> Niños, niñas y adolescentes receptores de la AUH de 5 a 17 años según tareas que realizan por asistencia escolar. En porcentaje .....	256
<b>Cuadro 9.4.</b> Impacto de la AUH en las actividades económicas de niños, niñas y adolescentes según grupos de edad .....	256
<b>Cuadro 10.1.</b> Titulares de la AUH según opinión sobre la naturaleza de la AUH por estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	261
<b>Cuadro 10.2.</b> Titulares de la AUH según opinión sobre quién cree que le otorga la AUH por estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	264
<b>Cuadro 10.3.</b> Titulares de la AUH según nivel de probabilidad percibido de que si cambia el Gobierno, dejará de cobrar la AUH, por estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. Impacto GT-GC. En porcentaje y en puntos porcentuales .....	267
<b>Cuadro 10.4.</b> Titulares de la AUH que le atribuyen importancia a las corresponsabilidades impuestas por la AUH en educación y salud según	

estrato poblacional y tramo de participación del ingreso AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	268
<b>Cuadro 10.5.</b> Titulares de la AUH según nivel de acuerdo con afirmaciones acerca de la AUH. Impacto GT-GC. En porcentaje y en puntos porcentuales .....	271
<b>Cuadro 10.6.</b> Titulares de la AUH que sintieron vergüenza o se sintieron discriminadas por cobrar la AUH según estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje ...	272
<b>Cuadro 10.7.</b> Titulares de la AUH según nivel de satisfacción con el monto de la AUH por estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	275
<b>Cuadro 10.8.</b> Titulares de la AUH según nivel de satisfacción con el monto de la AUH por peso del ingreso de la AUH e incremento del consumo de productos. En porcentaje .....	275
<b>Cuadro 10.9.</b> Titulares de la AUH según nivel de satisfacción con el monto de la AUH por seguridad provista por la AUH y nivel de acuerdo con que ésta cambió su vida. En porcentaje .....	276
<b>Cuadro 11.1.</b> Titulares de la AUH según cese en la recepción de la AUH por estrato poblacional y tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	286
<b>Cuadro 11.2.</b> Titulares de la AUH que dejaron de recibir la AUH en algún momento según motivo por estrato poblacional. En porcentaje .....	286
<b>Cuadro 11.3.</b> Titulares de la AUH que dejaron de recibir la AUH en algún momento según motivo por tramo de participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	287
<b>Cuadro 11.4.</b> Niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años receptores de la AUH según cumplimiento de las corresponsabilidades de salud y educación, y cobro de la AUH. En porcentaje .....	288
<b>Cuadro 11.5.</b> Hogares no receptores según realización de trámite/averiguación para recibir la AUH por estrato poblacional y tramo de participación potencial del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	289
<b>Cuadro 11.6.</b> Hogares no receptores que no realizaron ningún trámite/averiguación para recibir la AUH según motivo por estrato poblacional y tramo de participación potencial del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	290
<b>Cuadro 11.7.</b> Hogares no receptores a los que no les otorgaron la AUH según motivo, por estrato poblacional y tramo de participación potencial del ingreso AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	292
<b>Cuadro 11.8.</b> Hogares no receptores a los que les dieron de baja de la	

AUH según motivo por estrato poblacional y tramo de participación potencial del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje .....	295
<b>Cuadro 12.1.</b> Titulares de la AUH según percepción de cambios de la situación del hogar con respecto al hogar de sus padres. En porcentaje .....	304
<b>Cuadro 12.2.</b> Titulares de la AUH que perciben estar en mejor situación que el hogar de sus padres según motivo de la mejoría. En porcentaje .....	304
<b>Cuadro 12.3.</b> Titulares de la AUH según expectativa de cambios en la situación del hogar en el futuro con respecto a la situación actual. En porcentaje .....	304
<b>Cuadro 12.4.</b> Titulares de la AUH que creen que estarán en mejor situación en el futuro según motivo de la mejoría. En porcentaje .....	305
<b>Cuadro 12.5.</b> Titulares de la AUH según expectativa de cambios en la situación del hogar de sus hijos en el futuro con respecto a la situación de su hogar. En porcentaje .....	305
<b>Cuadro 12.6.</b> Titulares de la AUH que creen que sus hijos estarán en mejor situación en el futuro según motivo de la mejoría. En porcentaje .....	306
<b>Cuadro 12.7.</b> Impacto de la AUH en la percepción de mejoría de la situación del hogar y los motivos. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales .....	306
<b>Cuadro 12.8.</b> Titulares de la AUH según movilidad educativa con respecto a la madre y al padre. En porcentaje .....	307
<b>Cuadro 12.9.</b> Hogares receptores de la AUH según movilidad habitacional con respecto al hogar de los padres de la titular de la AUH. En porcentaje .....	308
<b>Cuadro 12.10.</b> Adolescentes de 15 a 17 años receptores de la AUH según movilidad educativa con respecto a la titular de la AUH. En porcentaje .....	308
<b>Cuadro 12.11.</b> Impacto de la AUH en la movilidad educacional ascendente de los adolescentes de 15 a 17 años con respecto a la titular de la AUH o la potencial titular. En porcentaje y en puntos porcentuales .....	308

## El equipo

**Isidro Adúriz.** Sociólogo de la Universidad de Buenos Aires. Actualmente es director de proyectos de MFG Consultores. Desde 1995 se dedica activamente a investigación social aplicada, diseño metodológico y análisis de estudios cuantitativos para organismos nacionales e internacionales. En el sector público actualmente es asesor del Ministerio de Trabajo de la provincia de Buenos Aires para la Encuesta de Indicadores del Mercado de Trabajo en Municipios. Se ha desempeñado como docente de Metodología de la Investigación Social. Es autor de más de treinta artículos dedicados a la investigación social.

**Victoria Arinci.** Socióloga de la Universidad de Buenos Aires y maestranda en Ciencia Política (UTDT). Se desempeñó como consultora del área de Información Social del SIEMPRO, fue coordinadora del Registro Único de Familias Beneficiarias del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y coordinadora de Sistemas de Información del Servicio Nacional de Rehabilitación. Además, participó en evaluaciones a programas de transferencia de ingresos condicionada, como el Programa Abrazo del Ministerio de Desarrollo Social de Paraguay y el Programa Ciudadanía Porteña del GCBA. Es docente de la asignatura Políticas de Desarrollo (USAL), consultora en sistemas de información y políticas sociales y autora de diversos artículos en estas temáticas.

**Horacio Chitarroni.** Sociólogo de la Universidad de Buenos Aires. Actualmente se desempeña como consultor en el SIEMPRO. Ha desarrollado actividades de consultoría en el sector público (principalmente en la evaluación de impacto de programas sociales) y también en el ámbito privado. Ha sido profesor universitario de grado y de posgrado de Metodología de la Investigación Social y de Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales. Es autor de artículos en revistas científicas y de ponencias presentadas en diferentes eventos sobre los temas de su especialidad, así como de libros referidos a metodología de la investigación social.

**Elisa Trotta Gamus.** Abogada especializada en Derecho y Política Internacionales en la Universidad Central de Venezuela y tiene doble maestría en la Universidad de Brandeis, en Desarrollo Internacional Sustentable y en Coexistencia y Conflicto. Ha colaborado con varias organizaciones de derechos humanos y fue investigadora visitante del Instituto de Estudios de Trabajo y Sociedades (IETS) en Río de Janeiro. Cuenta con una amplia experiencia en gestión operativa de proyectos con impacto social del ámbito público y privado en Venezuela, Estados Unidos y Argentina.

**Naomi Wermus.** Socióloga de la Universidad de Buenos Aires y magíster en Generación y Análisis de Información Estadística (UNTREF). Actualmente es coordinadora académica de la misma maestría. Ha sido profesora universitaria de Estadística y dicta la materia Políticas de Desarrollo (USAL). Se especializa en diseño, gestión y evaluación de políticas sociales. Se ha desarrollado como consultora en el SIEMPRO, ha participado del diseño y gestión del Programa Ciudadanía Porteña y ha sido coordinadora técnica del Programa Estudiar es Trabajar (ambos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Ha participado en las evaluaciones de impacto del Programa Abrazo (UNICEF-Secretaría de Acción Social, Paraguay). Es autora de varias publicaciones en investigación social y evaluación de políticas para revistas científicas y congresos internacionales.

















La primera década del siglo XXI se caracterizó por la voluntad de diversos países de América Latina de instalar lo social en el centro de las agendas gubernamentales. La región ha avanzado en la generación de Sistemas de Protección Social como un eje conceptual que pretende integrar una variedad de medidas orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas. Se han implementado políticas públicas que contemplan programas de transferencias de ingresos, pensiones sociales y la extensión de las coberturas de salud y educación.

La Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo en Argentina, enmarcadas en la nueva cosmovisión de la protección social, hacen frente al desafío de consolidar el Sistema de Protección Social para asegurar un abordaje integral. Diversos organismos internacionales han resaltado su operatividad gerencial, su mirada sistemática y sus importantes impactos.

Cumplido un lustro de su puesta en marcha, concebida inserta en el Sistema de Seguridad Social, con sentido redistributivo y tendiente a impulsar una mayor equidad, ampliación de derechos e inclusión social, se presenta la primera evaluación de impacto.

¿En qué medida los ingresos recibidos permiten una mejora de la calidad de vida de los hogares más vulnerables y particularmente de niños, niñas y adolescentes, legítimos destinatarios de la prestación? ¿Cómo impacta la nueva política en las condiciones de salud y educación de la población? ¿Tienen estos ingresos un efecto empoderador para las mujeres que los administran? ¿En qué medida transferir ingresos a los hogares más vulnerables puede desalentar los esfuerzos laborales de algunos de sus miembros, según ha sido afirmado muchas veces? ¿Cómo impacta el nuevo ingreso en el trabajo infantil? ¿Es ésta una política potencialmente capaz de incidir en la ruptura del círculo de reproducción intergeneracional de la pobreza? Éstos son algunos de los interrogantes que intenta despejar el trabajo de un equipo de investigadores contratados por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y la Universidad Nacional de Tres de Febrero, bajo la dirección de Bernardo Kliksberg e Irene Novacovsky.

La metodología adoptada, combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas y basada en información primaria, permite establecer los resultados e impactos atribuibles a la implementación de la AUH. Asimismo, provee conocimientos acerca de eventuales dificultades de implementación y de utilidad para optimizar el funcionamiento de esta política. Se pretende enriquecer el debate en torno a las políticas de inclusión social, enfocadas en el reconocimiento de derechos e integradas al Sistema de Seguridad Social a partir de 2009.

**Editorial Biblos**  
S O C I E D A D

ISBN 978-987-691-355-3



9

789876

913553