

Grupo 14: Políticas social, laborales y de seguridad social

Políticas sociales no contributivas en Argentina: Plan Nacer, Asignación Universal por Hijo y Asignación Universal por Embarazo

Pilar Arcidiacono

UBA-CONICET

pilar.arcidiacono@gmail.com

Gustavo Gamillo

UBA

ggamallo@hotmail.com

Mora Straschnoy

UBA-CONICET

mora@straschnoy.com

Presentación

El capítulo analiza dos políticas sociales nacionales promovidas por el poder ejecutivo: en primer lugar, el Plan Nacer, creado hacia 2003 en el contexto inmediatamente posterior a la crisis social, política y económica de 2001 bajo la órbita del Ministerio de Salud. En segundo lugar, la Asignación Universal por Hijo (AUH) y por Embarazo (AUE) para la Protección Social, creadas respectivamente en 2009 y 2011, bajo la competencia de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), en un contexto de superación de los efectos más notorios de la crisis, si bien desde 2007 la cuestión de la pobreza había reingresado en la agenda pública. Ambas iniciativas cubren a la población no incluida en relaciones asalariadas formales y, por lo tanto, sin acceso al sistema contributivo de seguridad social.

La AUH y la AUE exigen una serie de condicionalidades en materia de educación y de salud; en este capítulo resultan de interés las exigencias que deben cumplir las mujeres embarazadas y los niños y niñas menores de seis años receptores de las asignaciones que deben cumplir con controles de salud provistos por el Plan Nacer. El trabajo indagará sobre cuáles fueron los instrumentos orientados a asegurar tal articulación y cuál fue la racionalidad y los supuestos que se encuentran detrás de cada una de las medidas analizadas. En tal sentido, se identificarán los atributos que esas intervenciones inscriben tanto en el sistema de seguridad social como en el

sistema de salud. En especial, se profundizará sobre su efecto para cristalizar una lógica dual de provisión de bienestar que refuerza la separación histórica entre los componentes contributivos y no contributivos presentes en el régimen de bienestar argentino.

El régimen de bienestar argentino

El régimen de bienestar argentino fue caracterizado como un “híbrido” al combinar diferentes principios aseguradores de riesgos sociales, con una presencia predominante de los seguros contributivos dirigidos a los asalariados formales, un componente asistencial, asociado a quienes no se encontraban integrados al mercado formal de trabajo, en tanto el componente universalista por excelencia fue el sistema educativo (Isuani, 1992). En otras palabras, la forma privilegiada mediante la cual se desarrolló el acceso al goce de los derechos sociales -los servicios de atención a la salud, las transferencias monetarias a las familias y los seguros por vejez y discapacidad- estuvo asociada a las relaciones asalariadas formales en la que habitualmente participaba el varón cabeza de familia, quien derramaba las protecciones hacia su cónyuge e hijos. El régimen de bienestar estuvo fuertemente apoyado en un modelo de familia regida según el patrón “varón proveedor/mujer cuidadora”, en la medida que el trabajo doméstico a cargo de las mujeres en el seno del hogar suponía un componente esencial en la reproducción social (Pautassi, 2004).¹

La figura del trabajador fue protagonista de la acción estatal en detrimento de otras categorías sociales. Como producto de la dinámica sindical organizada por rama y de la diferencial capacidad de movilización colectiva y de presión política de los distintos sectores sociales, al interior de esa categoría aparentemente homogénea se consolidaron prestaciones diferenciales respecto de su extensión y calidad. Pese a esas significativas distorsiones sectoriales y desigualdades territoriales, el funcionamiento

¹ Por un lado, en los últimos veinte años, las tasas de actividad femenina se han venido incrementando sostenidamente transformando la matriz descripta, que a su vez condicionó y se vio condicionado por otros cambios sociales de envergadura. Por otro lado, las prestaciones “contributivas” hacen referencia al aporte establecido en base al salario que le otorga derecho a los trabajadores para acceder a distintos beneficios de la seguridad social. Sin embargo, la nominación de “contributivo” debe relativizarse en tanto los sistemas así denominados complementan su financiamiento con aportes provenientes de Rentas Generales. Por ende el sistema se financia, en parte, por quienes no acceden a sus servicios pero lo sostienen por intermedio del pago de impuestos como el IVA, entre otros.

del mercado de trabajo formal con bajos niveles de desempleo y subempleo, en los hechos, asemejaron ese régimen de bienestar, entre las décadas de los cuarenta y los setenta, a un sistema con cobertura de aparente universalidad, pese a que diferentes investigaciones señalabas las limitaciones de esa estrategia para ofrecer una cobertura de esas características (Isuani, 1992; Lo Vuolo y Barbeito, 1994).

A mediados de los años setenta entró en crisis el régimen social de acumulación sustitutivo de importaciones (Nun, 1987) con efectos sobre la estructura del empleo formal, amplificándose las tendencias que ya se manifestaban tenue pero inocultablemente durante los años previos (Torrado, 2010). La transición hacia un nuevo régimen de acumulación comenzó con el proyecto de la dictadura militar en 1976. Su efecto fundamental fue la ruptura de las bases políticas, económicas, sociales y culturales de la coalición que, con sus vaivenes y oscilaciones en un largo período de inestabilidad política y caos económico, sostuvo el proceso de acumulación basado en la expansión de un mercado interno protegido, con el desarrollo de la industria sustitutiva de importaciones, con una elevada intervención estatal y niveles crecientes de inclusión y protección social (Gamallo, 2002). Desde el punto de vista de la estructura social, las características del régimen de acumulación que se pone en marcha hacia mediados de la década de los setenta, que Torrado (2010) llama “aperturista” (1976 – 2002), fueron: el aumento de la clase obrera autónoma, forma de manifestación de la ampliación de las condiciones de empleo informal y precario, alimentada por trabajadores asalariados urbanos que perdieron sus antiguas posiciones expresando un proceso de movilidad social descendente intra e intergeneracional; el aumento más lento del empleo urbano que en el pasado; la expansión de la clase media se dio comparativamente en mayor medida en su estrato autónomo (pequeños productores, cuentapropistas); menor crecimiento de las clases medias asalariadas, con una mayor presencia de empleo precarizado (Ídem). Entre 1975 y 1982 la tasa de empleo se redujo un 5,5% lo que supuso la pérdida de más de 500 mil puestos de trabajo. Pese a ello, la caída en los niveles de empleo se manifestó recién a partir de los años noventa (en 1995 el desempleo superó el 17%). Mientras los ocupados plenos (más de 35 horas semanales y menos de 45) en 1974 ascendía al 37,1% de la población, en 2001 era del 28,5%. La industria manufacturera se redujo

en un 12,6% entre 1976 y 2001: mientras que en 1976 el sector ocupaba a más de dos millones de asalariados, al 2001 tal magnitud se había reducido a apenas setecientos mil (Arceo, et. al, 2008). En 2006, los ocupados en la industria apenas representaban algo menos del 20% de la ocupación asalariada, cuando en 1974 llegaban al 46% (Chitarroni y Cimillo, 2007). A junio 2002 el ingreso promedio de los asalariados equivalía a la mitad del vigente para 1974 (Lozano, 2002). Como señala Ariño (2010), en el período, y en especial durante la década de los noventa, se dieron cita los “cuatro jinetes del Apocalipsis” (desempleo, subempleo, informalidad y precarización). Pese a esa situación, el PBI se incrementó entre 1991 y 1998, a partir de lo cual comenzó un período de declinación macroeconómica y deterioro social. La crisis de fines de 2001 sumó un nuevo impacto regresivo: en 2002, 20,8 millones de personas vivían en situación de pobreza, entre los cuales 9,96 millones se encontraban en situación de indigencia (el 57,4% y el 27,5% de la población urbana respectivamente) (EPH-INDEC, onda octubre de 2002). Hacia principios de 2002 se declaró la emergencia ocupacional, social, económica, administrativa, financiera y cambiaria.²

La mencionada transformación regresiva de las condiciones sociales y particularmente laborales de la población se tradujo en la pérdida de las protecciones de la seguridad social contributiva poniendo en crisis tanto el modo de regular el acceso como de financiar sus beneficios, aumentando la demanda sobre el sistema público de salud y sobre la oferta de los programas asistenciales.

A partir de 2003 se quebró la tendencia recesiva: el PIB se incrementó entre 2002 y 2009 de 312.580 millones a 1.145.458 millones de pesos (a precios corrientes) (INDEC). En ese nuevo contexto, el Gobierno nacional impulsó la idea de que el retorno a la situación de pleno empleo era posible, que la inclusión progresiva y creciente de la población en relaciones asalariadas formales permitiría recuperar los niveles de protección social perdidos sosteniendo la visión “trabajocéntrica” como una forma de diferenciación discursiva respecto de la década de los noventa y que resultaba coherente con el consecuente supuesto carácter transitorio de los programas

² En el presente trabajo se utilizarán las estadísticas elaboradas por o en base al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC); sin embargo se señala que las mismas se encuentran cuestionadas debido a la aplicación de cambios metodológicos poco claros.

asistenciales (Arcidiácono, 2012). Sin embargo, mientras la disminución del desempleo mostraba signos alentadores, el empleo no registrado mantuvo elevados niveles: la tasa de desempleo pasó del 20,4% en 2003 al 7,4% en 2011 (primer trimestre EPH-INDEC), en cambio los asalariados no registrados que se encontraban en valores cercanos al 50% descendieron pero manteniéndose en algo más del 30%. El empleo formal, tal como es definido, es una vía limitada para asegurar el acceso universal a la seguridad social. En otras palabras, un signo de la primera década del siglo fue la convivencia entre un conjunto de políticas “trabajocéntricas” orientadas a fortalecer las posiciones de los trabajadores formales (fomento de la registración del empleo, aumento de las asignaciones familiares y del salario mínimo, relanzamiento de las convenciones colectivas de trabajo) a la par de una serie de intervenciones orientadas a las poblaciones excluidas del empleo formal “mientras tanto” esos sectores se van alistando como asalariados formales (Arcidiácono, 2012). La evidencia empírica disponible no admite la presunción de que dicho tránsito se vaya a realizar con éxito. Aun más: debe considerarse la existencia de ese importante nivel de población laboralmente subutilizada como una característica del entramado de la enorme heterogeneidad estructural de la sociedad argentina (Salvia, et. al, 2008). Vale decir, pese al fuerte proceso de crecimiento económico, el aumento de los niveles de empleo y la caída de la incidencia de la pobreza urbana, la permanencia de un importante contingente de trabajadores precarizados e informales en sus múltiples manifestaciones, que sobrepasan el tercio de los asalariados, constituye un rasgo inocultable de la condición de heterogeneidad estructural de la sociedad argentina. La estructura segmentada del mercado de trabajo limitó los efectos positivos del crecimiento de los últimos años (Lavopa, 2008). En consecuencia, la persistencia de elevados niveles de informalidad y precarización laboral afectaron la capacidad de cobertura de las instituciones contributivas en el campo de la protección a la salud (las obras sociales) y en las transferencias a las familias (sistema de asignaciones familiares), sobre cuyas fallas se diseñaron el Plan Nacer, la AUH y la AUE respectivamente. Veamos brevemente la descripción de cada uno de esos sistemas.

El sistema de salud argentino

El acceso a los servicios de salud se encuentra organizado en función de las características de la población atendida: los asalariados formales y sus grupos familiares reciben cobertura mediante seguros cuasi públicos obligatorios (llamados obras sociales) en tanto las poblaciones excluidas de dicha condición, quienes contemporáneamente han recibido el eufemismo de “sin cobertura explícita”, acceden a los servicios público estatales; junto a ello, el sector privado ofrece seguros prepagos a la población que puede afrontar su costo (los sectores de altos ingresos) (Danani, 2011 y Pérez Irigoyen, 1989). La configuración socialmente segmentada que adquirió el sistema de salud argentino es el resultado de procesos que datan desde mitad del siglo pasado. A eso se le suma la fragmentación territorial asumida a partir de los procesos de descentralización del sistema público estatal desatados hacia fines de los años setenta.

Hasta mediados de los años cuarenta, la función del Estado respecto de la promoción y curación de la salud era subsidiaria y se concentraba en la formación de recursos humanos y en la acción asistencial (Cetrángolo y Gatto, 2002). Durante el primer gobierno de Perón (1946 – 1952) y de la mano de Ramón Carrillo, ganó terreno una estrategia política orientada al acceso libre y gratuito a los servicios de salud mediante la creación del Ministerio de Salud Pública en 1946, la sanción del Código Sanitario Nacional y el Plan de Inversiones para el Sector Público (Isuani y Tenti, 1989). De forma paralela, se alentó el desarrollo de las obras sociales implantándose servicios médicos para la administración pública y los entes autárquicos, creando nuevas y apoyando a las existentes para la construcción de instalaciones propias (ídem). Dado que la organización sindical argentina se estructuró según un modelo de gremio único por rama de actividad, transformó a la población trabajadora en cautiva de la obra social del gremio correspondiente (Cetrángolo y Gatto, 2002). El desarrollo de las obras sociales si bien permitió una rápida ampliación de la cobertura incrementó el nivel de segmentación del sistema de salud (ídem). Ese desarrollo era coherente con la perspectiva de Perón:

“Queremos que en este policlínico [Policlínico Ferroviario] impere el mismo concepto que en los demás policlínicos sindicales que se están

levantando [...] no queremos para los trabajadores una asistencia en hospitales públicos: queremos que tengan sus propios hospitales, porque no es lo mismo ir a pedir albergue a un hospital de beneficencia que atenderse en su propia casa". (Belmartino et. al en: Danani, 2011: 41. El resaltado es propio).

En el campo de los servicios estatales, a partir de 1955 comienza una etapa de mayor subsidiariedad quedando paulatinamente reservados para la atención de la población carenciada y sin cobertura de las obras sociales (Cetrángolo y Gatto, 2002). Un hito en ese proceso fue la transferencia a las provincias y a los municipios de los establecimientos públicos nacionales. A través de la Ley 21.883 de 1978 se realizó la transferencia de 65 hospitales (idem). En 1986, se puso en vigencia la Ley 19.337 de principios de los setenta, promoviendo la descentralización administrativa de 7 hospitales en 1988 y de otros 12 en 1989 (Repetto et. al, 2001). En los años noventa se transfirieron 20 establecimientos hospitalarios que conservaba el Estado nacional, especialmente en la Ciudad de Buenos Aires y, como culminación, en 1997 se transfirieron el Hospital Nacional Posadas, la Colonia Montes de Oca y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (Cetrángolo y Gatto, 2002). Durante esa década se implementaron las estrategias de autogestión hospitalaria, que habilitaron la posibilidad legal de que los hospitales pudieran facturar y captar recursos adicionales a través de convenios con terceros o celebrando contratos de provisión de servicios y de adquisición de insumos impulsando la captación de fondos provenientes de la atención a franjas adicionales de pacientes con capacidad de pago. Sin embargo, no se lograron resultados aceptables (PNUD, 2011).

En el campo de las obras sociales, la ley 18.610 de 1970 tuvo dos importantes consecuencias. En primer término, otorgó a los sindicatos su manejo financiero favoreciendo su poderío económico mediante “una institucionalidad, estamentalmente creada, y específicamente destinada a los trabajadores asalariados, como parte del derecho del trabajo” (Danani, 2011: 44). La ley fijaba un piso de contribuciones obligatorias para trabajadores y empleados. En segundo término, las obras sociales se convirtieron en agentes de financiamiento de las prestaciones del sector privado, dejando de ser proveedores de servicios para ser meros mediadores (Pérez Irigoyen, 1989; Isuani y Tenti, 1989; Repetto et. al, 2001).

En 1974 la ley 20.748 crea el Sistema Nacional de Salud, la cual fue impulsada a fin de que el Estado tomase un lugar protagónico en la conducción de un sistema unificado e igualitario en materia de salud. Posteriormente a la sanción de la ley, las obras sociales lograron quedar fuera del sistema, y en 1975 vieron aumentados sus recursos debido al incremento de los aportes de los trabajadores y otros ingresos extraordinarios. Posteriormente, en 1980 la ley 22.269, por un lado, “desvinculó las obras sociales de las entidades gremiales permitiendo al afiliado escoger la obra social de su preferencia” (Pérez Irigoyen, 1989: 179). Por otro lado, la normativa prohibió la construcción de infraestructura propia (Danani, 2011) dando lugar a un progresivo aumento de la importancia de las empresas de medicina prepaga, proceso que ya se había visto fomentado, aunque de manera más tibia, por la normativa de 1970.

Durante el gobierno de Raúl Alfonsín (1983 – 1989) se proyectó la creación del Seguro Nacional de Salud que pretendía unificar en una única estructura a las obras sociales sindicales y demás prestadores, otorgando la función de conducción del sistema a la autoridad pública (Pérez Irigoyen, 1989). Sin éxito, el proyecto se desdobló en dos, manteniendo los sindicatos a las obras sociales bajo su órbita (Curcio, 2011). A principios de la década de los noventa, el decreto nacional 9/1993 incorporó la “libre elección” lo cual permitía la afiliación a una obra social más allá de la pertenencia del trabajador a la rama de actividad; además, declaró el aporte como de carácter personal y solidario, eliminándose así los mecanismos de redistribución que habían tenido efectos virtuosos al interior de cada sector de actividad (Danani, 2003). De ese modo, se estrecharon las relaciones entre las obras sociales y las empresas de medicina prepaga en tanto que las primeras establecieron convenios con las segundas a fin de retener a sus afiliados. La lógica privada colonizó, en gran medida, a las entidades sindicales. Como resultado de ese proceso los trabajadores de altos ingresos se concentraron en ciertas obras sociales y empresas de medicina prepagas mientras que se tendió a desfinanciar al resto del sistema (Fidalgo, 2004). De esa forma se pasó de un sistema que cristaliza la estructura de ingresos en términos agregados (por sector de actividad) a una que individualiza tal situación, modificándose “las bases materiales de la solidaridad, que históricamente justificó la denominación de *social* para este tipo de seguros” (Danani, 2011: 47). En

conclusión, más allá de las reformas mencionadas, las obras sociales continuaron siendo el principio regulador del acceso a la cobertura de salud de los asalariados formales.

Recapitulando, la tensión entre universalismo –servicios estatales - y particularismo – obras sociales- atravesó la conformación del sistema público de salud (Isuani y Tenti, 1989). A esa tensión se le sumó el proceso de descentralización del sistema público estatal, llevado a cabo sin la correlativa transferencia de recursos para atender el financiamiento de los servicios traspasados y sin el diseño de mecanismos compensatorios (Cetrángolo y Gatto, 2002 y Maceira, 2009). Asimismo, la descentralización tuvo otra consecuencia de relevancia política: la pérdida de capacidad de rectoría del gobierno nacional en materia de política sanitaria. La falta de coordinación e integración en un país con notables desigualdades entre las jurisdicciones explica, y a su vez acentúa, las brechas entre las provincias y las personas, generando una marcada inequidad territorial en cuanto al acceso y a la calidad de las prestaciones de salud.

Como resultado de los procesos descriptos existe en la actualidad una heterogénea oferta de servicios de salud. El sector privado exhibe importantes diferencias en composición y calidad; las obras sociales presentan marcadas discrepancias en materia de número de afiliados, recursos financieros y variedad de prestaciones ofrecidas y, finalmente, el sector público se encuentra dividido en tres niveles -nación, provincia y municipios- con bajos niveles de coordinación e integración. Hacia mediados de la primera década del nuevo siglo se contaban 24 sistemas públicos provinciales, cerca de 300 obras sociales nacionales, 24 obras sociales provinciales, varias decenas de empresas medicina prepaga, seguros privados de salud y gran cantidad de mutuales, amén del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados -PAMI- (Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007).³

³ Un informe realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 2011 recomendó una reforma integral del sistema de salud argentino y una rejerarquización del papel del gobierno nacional para compensar sus inequidades.

En este marco se inscribe la creación del Plan Nacer, destinado a los sectores no cubiertos ni por los seguros privados ni por las obras sociales.

El Plan Nacer

En septiembre de 2000, una reunión de líderes mundiales recibió el milenio con una declaración aprobada por 189 países que se proponía delinear metas, conocidas como Objetivos de Desarrollo del Milenio, a ser cumplidas hacia 2015. Dos de los ocho objetivos apuntaban a la reducción de la mortalidad materna e infantil. Argentina desarrolló sus propias metas, proponiéndose reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de 5 años y en 10% la desigualdad entre sus provincias, y en tres cuartas partes la mortalidad materna (CNCPS y PNUD, 2009). En forma paralela, a partir de la crisis de los años 2001/02, se resintieron los indicadores nacionales de salud en tanto que las mencionadas disfuncionalidades del mercado de trabajo hicieron notoria la pérdida de cobertura explícita por parte de amplios contingentes de trabajadores.

Con esos antecedentes se crea a fines de 2002, por intermedio del Decreto N° 2.724, el “Seguro de Salud Materno- Infantil”, con el objetivo de mejorar la cobertura y calidad de la atención en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, el cual recoge las recomendaciones de la Mesa del Diálogo Argentino del Sector Salud, donde participaron la Iglesia Católica y demás cultos, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud, entidades gremiales y sindicales, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, y otras vinculadas directamente al sector salud.⁴ En 2003, a través

⁴ El Diálogo Argentino fue el proceso de interrelación entre Estado y sociedad civil más relevante de la época. En diciembre de 2001 -antes de su renuncia- el entonces presidente De la Rúa pidió colaboración a la Iglesia Católica y al PNUD para la convocatoria al Diálogo Argentino, cuyo objetivo era la generación de un espacio común en el cual pudieran congregarse distintos actores a fin de encontrar en conjunto los consensos necesarios para superar la crisis política y social. Si bien esa convocatoria fue próxima a los sucesos del 19 y 20 de diciembre (que llevaron a la renuncia del mencionado mandatario) y, por ende, no pudo concretarse, se constituyó en una herramienta fundamental para el gobierno del presidente Duhalde, electo por la Asamblea Legislativa el 1º de enero de 2002. La convocatoria al Diálogo Argentino fue realizada por tres actores principales: la Presidencia de la Nación, la Iglesia Católica y el PNUD. La articulación de esos tres actores fue central al menos en los primeros momentos para garantizar una concurrencia importante de diversos actores. Fueron convocados representantes de diferentes sectores de la vida política, social, económica y cultural de la Argentina: se incluyeron a los partidos políticos, empresas, sindicatos, grupos financieros, grupos del

del Acuerdo Federal de Salud se establece el compromiso entre la Nación y las provincias de llevar a cabo acciones tendientes a disminuir las tasas de nacionales de mortalidad infantil en un 25% y la de mortalidad materna en un 15 % en relación a los valores de 2002 en el transcurso del siguiente quinquenio, como así también la implementación del Seguro de Nacional de Maternidad e Infancia (embarazadas y niños/as menores de 6 años) (UNTREF, 2009). En 2004, el decreto nacional 1.140 sustituye la denominación “Seguro de Salud Materno-Infantil” por la denominación de “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial” y se aprueba el préstamo del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF),⁵ por la suma de hasta 135 millones de dólares, destinado a solventar parcialmente la ejecución del proyecto que dos meses después pasa a denominarse "Plan Nacer" (Potenza dal Massetto, 2011).

El Plan Nacer es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas (hasta 45 días después del parto) y de los niños y niñas menores de 6 años que carecen de cobertura explícita de una obra social (Sitio Web Oficial del Plan Nacer). Las mujeres embarazadas y puérperas pueden acceder gratuitamente a: una prueba de embarazo, cinco controles de embarazo, educación e información sobre cuidados durante el embarazo, luego del parto y sobre el recién nacido (promoción de la lactancia materna, cómo reducir el tabaquismo, orientación sobre métodos anticonceptivos, entre otros), examen odontológico, vacunación, dos ecografías, parto atendido por especialista en hospital, y derivaciones necesarias (médicos especialistas, nutricionista, asistente social, psicólogo) (ídem). Los niños y niñas hasta los seis años de edad pueden acceder gratuitamente a: controles clínicos, consulta oftalmológica a los cinco años, control anual de odontología, vacunación según el calendario nacional obligatorio, consejería a sus padres sobre promoción de la lactancia materna, pautas de alimentación y crianza, prevención de accidentes, y promoción de la salud, entre otros temas. El plan aspira a aumentar la accesibilidad y

agro, organizaciones de la sociedad civil en general, instituciones religiosas y diversas figuras individuales. La ciudadanía también fue invitada a participar, mediante un ejercicio denominado Diálogo Ciudadano que buscaba incluir las opiniones de particulares (Arcidiácono, 2006).

⁵ El BIRF es una de las cinco instituciones que forman el Banco Mundial

la cobertura formal a los servicios de salud de la población elegible; y fortalecer la red pública de servicios de salud, otorgando a la atención primaria un rol activo en la prevención y cuidado, conformando nuevos esquemas de gestión, financiamiento y asignación de recursos. De esa forma se busca contribuir al descenso de la mortalidad materna e infantil y a la reducción de las brechas entre las jurisdicciones (Ministerio de Salud, 2012).

En sus inicios el Plan Nacer se implementó en las provincias del noroeste (Salta, Jujuy, Catamarca, Tucumán y Santiago del Estero) y el noreste (Misiones, Formosa, Chaco y Corrientes), dado que en esas regiones se registraban los índices más altos de mortalidad infantil y materna; a partir de 2007 se extendió al resto del país mediante la suscripción de un nuevo préstamo con el Banco Mundial, por 300 millones de dólares, aprobado por medio del Decreto Nacional 375/2007. En abril de 2010 se incorporó el tratamiento integral de cardiopatías congénitas iniciando su fase de expansión mediante la incorporación de prestaciones de alta complejidad y profundizando su acción sobre las causas duras de la mortalidad infantil (Chernovesky, 2011).⁶ Asimismo, desde mayo de 2012 comenzó a brindar cobertura del embarazo de alto riesgo, y atención y seguimiento del recién nacido prematuro para todos sus receptores. Esta iniciativa, según el Ministerio de Salud de la Nación, apunta a favorecer el diagnóstico precoz y traslado oportuno, y mejorar la calidad de atención a ese grupo de pacientes. La inclusión de esas prestaciones viene de la mano de una ampliación progresiva de la cobertura del programa en términos poblacionales (Sitio Web Oficial del Plan Nacer).⁷

El modelo de gestión del Plan Nacer se basa en tres componentes: i) el poder de rectoría, según el cual se establecen condiciones del “deber ser” de los servicios a

⁶ Las mencionadas prácticas fueron establecidas mediante la Resolución N° 327/2011 del Ministerio de Salud de la Nación: "Que habiéndose practicado diversas intervenciones quirúrgicas en el marco del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, con anterioridad al dictado de la presente medida, y a los fines de dar efectiva cobertura a las mismas, se establece que los efectos de la presente resolución alcanzarán a las prácticas, intervenciones y cirugías realizadas a partir del 1° de abril de 2010, inclusive [...] "

⁷ A partir de 2012 está previsto expandir la población beneficiaria a todos los niños y jóvenes menores de 20 años y a las mujeres entre 20 y 64 años que se encuentren sin seguro de salud. Ese proyecto de “Desarrollo de Seguros Públicos de Salud” se llevará a cabo con un préstamo del Banco Mundial de 400 millones de dólares (Diario Página 12, 29 de abril de 2011).

producir; ii) la provisión de recursos, en cantidad y oportunidad, por parte del gobierno nacional y iii) la gestión por resultados. El Ministerio de Salud de la Nación coordina y regula el Plan Nacer, así como supervisa y controla su cumplimiento; transfiere recursos a las provincias por cápitas y por resultados; y financia asistencia técnica y equipamiento. La provincia tienen como funciones, entre otras, inscribir y mantener actualizado el padrón de receptores elegibles; comprar las prestaciones requeridas; rendir cuentas del uso de fondos; y fiscalizar a los prestadores. La relación entre la nación y las provincias se instrumenta por la vía de un Convenio Marco y por Compromisos Anuales en los que básicamente se determinan metas que se evalúan cuatrimestralmente. En segundo lugar, la provincia establece convenios con los prestadores que se instrumentan a través de un contrato de provisión de servicios para planificar el cuidado de la salud de los beneficiarios elegibles inscriptos, establecer mecanismos de contratación con los prestadores y pagar por los servicios comprados; definir metas de mejoramiento de la calidad de las prestaciones, fiscalizar y auditar. En cuanto a los prestadores, sus funciones consisten en brindar los servicios comprados según las prestaciones establecidas en un nomenclador en las condiciones de calidad exigida.

El Plan Nacer buscó dar respuestas a distintos problemas de gobernabilidad del sector salud: i) ausencia de incentivos que contribuyan a mejorar el desempeño en la prestación de los servicios; ii) bajos niveles de autonomía de los actores provinciales; iii) baja capacidad de gerenciamiento tanto en el nivel nacional como en el provincial. Teniendo en cuenta ese diagnóstico, pretendió atender esas deficiencias introduciendo instrumentos orientados a: modificar los acuerdos y las formas de relación institucional entre las agencias de gobierno involucradas; supeditar los desembolsos a la prestación de servicios y productos establecidos; y fortalecer la capacidad técnica del gobierno central y de los gobiernos provinciales. Adicionalmente, se esperaba promover acciones asociadas entre el sector público y el privado, la competencia entre proveedores, la transparencia en la prestación de servicios y en la fijación de precios y aumentar la información de los denominados “clientes”. De allí la justificación de los tres tipos de herramientas de gobernabilidad diseñados: incentivos de desempeño,

incentivos a una mayor autonomía e incentivos a la recolección, almacenamiento y uso de información (Gamallo, 2010).

En ese sentido, el Ministerio de Salud de la Nación realiza transferencias financieras a las provincias participantes en forma de cápitas (cantidad de receptores inscriptos que reúnan los criterios de elegibilidad) cubriendo una parte del costo del paquete de prestaciones y prácticas básicas. Las transferencias correspondientes al pago de cápitas se efectúan de dos maneras: i) el 60% se desembolsa mensualmente luego del envío por parte de la provincia del registro de beneficiarios y de su certificación por parte de la Unidad Ejecutora Central; y ii) el 40% se desembolsa cuatrimestralmente luego de verificar y certificar que la provincia alcanzó las metas de producción para las intervenciones seleccionadas como “trazadoras”.⁸ Cada una de esas trazadoras presenta una meta cuatrimestral preestablecida y acordada con la provincia en el Compromiso Anual de Gestión (Gamallo, 2010). Los prestadores públicos pueden utilizar hasta el 50% de lo cobrado para estímulos al personal mientras que el resto lo pueden gastar en insumos, equipamiento e inversiones a criterio del prestador (Porto, et. al., 2006). Es decir que el efector participa directamente en la decisión sobre el uso final de los fondos, lo cual se espera que constituya un estímulo para el equipo de salud actuante (PNUD, 2012).

Las metas de cada trazadora en cada jurisdicción constituyen indicadores de resultado que permite medir el desempeño de los sistemas provinciales de salud. A través del mencionado esquema de incentivos, la Nación recupera capacidad de rectoría para direccionar las acciones de las provincias en materia de salud influyendo en los lineamientos de las políticas de cada una de las provincias.

Desde el inicio de su implementación a abril de 2012, el Plan Nacer transfirió a las provincias participantes 804,257 millones de pesos en función de los resultados de salud; benefició a 4,557 millones de personas (mujeres embarazadas y puérperas, y

⁸ Las diez trazadoras son: 1) la captación temprana de la mujer embarazada, 2) la efectividad de atención del parto y atención neonatal, 3) la efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad, 4) la efectividad de atención prenatal y del parto, 5) la auditoría de Muertes infantiles y maternas, 6) la cobertura de inmunizaciones, 7) el cuidado sexual y reproductivo, 8) el seguimiento de niño sano hasta 1 año, 9) el seguimiento de niño sano de 1 a 6 años, y 10) la inclusión de Comunidades Indígenas

niños/as menores de seis años); participan 7.076 establecimientos efectivizando un total de 34 millones de prácticas (Sitio Web Oficial del Plan Nacer).

*El sistema de Asignaciones Familiares*⁹

A partir de 1957 se implementó el Sistema de Asignaciones Familiares en la Argentina, cuyo objetivo era aliviar a los trabajadores formales de los gastos de la reproducción familiar, a través de transferencias de ingresos que se realizaban por intermedio del Sistema de Seguridad Social. El derecho a esas asignaciones se encontraba condicionado y legitimado por la relación de los sujetos con el mercado laboral y los aportes financieros realizados al Sistema de Seguridad Social que el vínculo laboral presuponía. En 1968 se unifica, a través de la Ley 18.017, las distintas cajas de las Asignaciones Familiares. Como expresan los considerandos, su objetivo era “[...] la creación de un régimen orgánico de asignaciones familiares, mediante la fijación de leyes únicas que amparen por igual a los distintos sectores de trabajadores”. La ley pretendía “[...] brindar una cobertura a los trabajadores con mayores obligaciones familiares, y realizar al mismo tiempo una política demográfica y educacional adecuada”. En vistas al citado objetivo quedaron establecidas las siguientes asignaciones: por matrimonio, por maternidad, por nacimiento de hijos, por cónyuge, por hijo, por familia numerosa, por escolaridad primaria y por escolaridad media y superior. La periodicidad de su asignación era dependiente del tipo de contingencia a cubrir: por ejemplo, la asignación por hijo era de carácter mensual mientras que la asignación por nacimiento era de pago único.

En 1973 se consolida el proceso de inclusión de todos los sectores de trabajadores formales al Sistema de Asignaciones Familiares. Durante la década de los noventa se lleva a cabo una reforma, con la creación del Sistema Único de Seguridad Social en 1991 y culmina en 1996 con la Ley 24.714 (Hintze y Costa, 2011), que causaron la eliminación de las prestaciones en los tramos más altos de ingresos y el establecimiento de un monto escalonado de las transferencias inversamente proporcionales a los ingresos. Esa reforma se llevó a cabo con el objetivo de producir una disminución de los costos laborales al reducir “las alícuotas que pagaban los

⁹ El apartado recupera argumentos desarrollados en Arcidiácono et. al, 2012.

empleadores para su financiamiento de 7,5% en 1994 a valores aproximados al 5%” en 1996 e implicaron un recorte de las protecciones sociales (Bertranou, 2010:33). Pero, fundamentalmente, la modificación del régimen supuso un cambio de paradigma: mientras las Asignaciones Familiares cubrían las contingencias familiares, a partir de la nueva ley la protección de tales circunstancias pasaron a estar relativizadas por los ingresos familiares.

Producto de la reforma y de las transformaciones del mercado laboral esbozadas en la introducción del presente capítulo, un número creciente de familias y niños quedaron desprotegidos por el sistema. Como resultado de lo dicho y de la configuración de la cuestión social en términos de pobreza se diseñaron una serie de políticas asistenciales que buscaron alcanzar a la población caracterizada como vulnerable y/o pobre. Las dos políticas más importantes que se dieron como respuesta a la crisis argentina de 2001/2 fueron el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (2002) y el Programa Familias por la Inclusión Social (2004). Ambos, entre otras características, exigían el cumplimiento de condicionalidades en materia de salud y educación de los hijos.¹⁰ Asimismo, mientras el Plan Jefes entregaba un monto fijo independientemente del número de miembros de la familia, el Programa Familias límite graduaba con cierto el monto de la transferencia en relación con su tamaño.

Es decir que en 2009, cuando se crea a través del Decreto de Necesidad y Urgencia 1.602/09 la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (AUH), las transferencias hacia las familias con menores a cargo se efectuaban, por un lado, para una parte de los trabajadores formales, a través del sistema de Asignaciones Familiares y, por el otro, para quienes se encontraban fuera del mercado de empleo formal, por intermedio de los programas asistenciales. La AUH introdujo transformaciones de envergadura en la citada estructura, al incorporarse dentro del propio sistema de la seguridad social ampliando el componente “asignación por hijo” a los hijos de los trabajadores informales y de las trabajadoras domésticas (Art. 4º, Resolución ANSES 393/09) que ganaran un sueldo inferior al Mínimo Vital y Móvil,

¹⁰ Se entiende por “condicionalidad” aquellas exigencias a las que están sujetas las familias para percibir las transferencias de ingresos. Las condicionalidades generalmente suponen la certificación de controles de salud y asistencia a establecimientos de educación formal por parte de las instituciones pertinentes que los padres deben presentar para hacer efectiva la transferencia.

y a los hijos de los desocupados y de de los trabajadores temporarios registrados del sector agropecuario (ANSES, 2011).¹¹

En relación a la cuestión etaria, la AUH cubre a los niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años y sin límite de edad cuando se trate de personas con discapacidad. Por familia se cubre hasta un total de cinco hijos. En cuanto a la nacionalidad se exige que los niños y adultos sean argentinos, naturalizados o residentes legales por un período no inferior a tres años (ANSES).¹² Es decir, quedan excluidos los migrantes que no puedan demostrar la permanencia en el país requerida, quienes se encuentren dentro del monotributo (con excepción del monotributo social), quienes se encuentren dentro del régimen de autónomos, quienes no cuenten con Documento Nacional de Identidad, quienes cuenten con un salario superior al Mínimo Vital y Móvil, quienes perciban otros planes o programas (con excepción del Programa de Ingreso Social con Trabajo, conocido como Argentina Trabaja) o prestaciones de la seguridad social más allá del tipo de riesgo que busque cubrir; finalmente, se encuentran excluidos los privados de libertad (incluyendo personas internadas en instituciones de salud mental y con discapacidad psicosocial).¹³ Las citadas exclusiones ponen en entredicho el uso del concepto de universalidad.

La vinculación de la titularidad de la AUH con la condición laboral ofrece particulares problemas en un mercado de empleo inestable. Debido a ello, la Resolución de ANSES N° 532/11 establece el pago de dos meses extras a aquellas personas que pasen del desempleo o mercado informal hacia el formal, como un modo de asegurar la continuidad de la prestación. Esa medida evidencia problemas que no

¹¹ Las trabajadoras domésticas no se encontraban contempladas en el decreto de creación a la AUH. Los trabajadores del sector agropecuario también fueron incorporados posteriormente. Se estableció que los trabajadores temporarios mientras estén recibiendo las remuneraciones por parte de sus empleadores percibirán las asignaciones familiares del régimen general, y en los meses en que no lo hagan, serán receptores de la AUH.

¹² Un análisis de la AUH desde una perspectiva de derechos humanos en relación a la población migrante se encuentra en Ceriani, et. al, 2011. Al respecto se han pronunciado críticamente el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ambos comités pertenecientes a Naciones Unidas. (Naciones Unidas, Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, septiembre de 2011).

¹³ Muchas personas privadas de libertad se desempeñan laboralmente y de forma “registrada” pero sin estar contemplados en el régimen de asignaciones familiares contributivo ni en la AUH. En tal sentido, se han manifestado reclamos desde organizaciones sociales, la Procuración Penitenciaria de la Nación y la Defensoría del Pueblo de la Nación.

estarían presentes si se hubiera elegido construir un sistema unificado y universal donde el acceso a la transferencia fuera independiente de la condición o trayectoria laboral del adulto.

Cabe detenerse también en el límite del quinto hijo. El decreto no fundamenta por qué se ha establecido, el cual resulta contrario a derecho e irracional en vistas al esquema de protección social que contempla las Pensiones no Contributivas para Madres de siete o más hijos. La AUH cubre hasta el quinto hijo y la referida prestación a partir del séptimo, quedando las familias con seis hijos en una situación de mayor desprotección. Esa restricción demuestra con claridad que los destinatarios no son efectivamente los hijos sino sus padres, respecto de quienes se pretende no duplicar la prestación (Pautassi, et. al, 2010). Esa limitación también puede estar relacionada con los temores —ya existentes en los orígenes del Plan Jefes— de crear un efecto distorsionador en el mercado de trabajo que supuestamente podría presentarse al ir incrementándose los ingresos de los hogares, y, como consecuencia, pudiendo sus integrantes prescindir crecientemente de la venta de su fuerza de trabajo. En ese sentido, el límite de hijos pareciera estar ligado directamente con no superar el valor de la Canasta Básica Alimentaria a través de la sumatoria de los montos de la AUH por cada hijo, o bien, estar asociado a un incentivo pronatalista (Arcidiácono, et. al, 2011 y Arcidiácono et. al. 2012).

El monto abonado por hijo es equivalente al máximo valor establecido para la “zona general” que hacia junio de 2012 se fija en 270 pesos (62 U\$S).¹⁴ Sin embargo, efectivamente se abona en forma mensual el 80% del monto señalado, es decir, 216 pesos (U\$S 50). El 20% restante es acumulado por la ANSES y abonado a las familias una vez que demuestren el cumplimiento de las condicionalidades establecidas. El procedimiento fue establecido de forma general en el decreto de creación y luego especificado en la Resolución de ANSES N° 132/10 que introdujo el uso de la Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación. Para el caso de la salud, que aquí

¹⁴ La normativa distingue entre un “valor general” (correspondiente a la “zona general”) y cuatro regiones: zona 1 (Formosa, La Pampa, Mendoza, Neuquén, Río Negro y Salta, Orán); zona 2 (Chubut); zona 3 (Catamarca, Jujuy, Salta); y zona 4 (Santa Cruz, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur). Para cada región se establecen montos diferenciados que implican una asignación monetaria mayor de la establecida para el “valor general”.

interesa, la citada resolución establece: “En relación a los niños y niñas menores de SEIS (6) años la certificación del control sanitario consistirá en la inscripción de los mismos en el Plan Nacer.” (Art. 8º). Su incumplimiento no sólo da lugar a la pérdida de lo acumulado sino que también del beneficio de la AUH en si conjunto.

La AUH en su primer mes de implementación cubrió a 3,3 millones de niños, niñas y adolescentes; desde entonces la cobertura creció con oscilaciones (Rocca, 2011) aspirando para el presente año alcanzar un total de 3,6 millones de receptores (Proyecto de Presupuesto 2012). De esa forma en tres años pasó de cubrir el 26,8% al 29,7% del grupo estario. Resulta de interés mencionar que, a julio 2012, más de 208 mil beneficios fueron dados de baja por no cumplir la condicionalidad (incluyendo ambas materias).

En ocasión de la inauguración de las sesiones ordinarias del Período Legislativo de 2011, la presidenta Cristina Fernández anunció la creación de la Asignación Universal por Embarazo para la Protección Social (AUE), puesta en vigencia por el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 446/11. La AUE realiza una transferencia de dinero a las mujeres embarazadas que cumplan con las mismas características sociolaborales estipuladas para los receptores de la AUH y que no tengan cobertura de obra social, a menos que la embarazada, su cónyuge o concubino sean monotributistas sociales, personal del servicio doméstico o trabajadores de temporada declarados con reserva de puesto de trabajo (Art. N° 2, Res ANSES. 235/11). A su vez, cuenta con las mismas exclusiones poblacionales anteriormente referenciadas para la AUH y los mismos montos de transferencia y modalidad de pago -con su correspondiente retención del 20%.

Cabe preguntarse por los motivos que suscitaron la creación de la AUE. En su discurso, la presidenta Cristina Fernández argumentó que

[...] viendo las estadísticas hemos decidido seguir apostando a la vida. Cuando hablamos de la evolución de la mortalidad materna, tiene que ver siempre con la inequidad de género pero fundamentalmente con la injusticia social, fundamentalmente con la injusticia social, seas hombre o mujer, o te morís enferma por una cosa o se muere el hombre enfermo, pero la injusticia social sigue siendo el gran separador y el gran negador de derechos en la República Argentina. Las causas directas, las que tienen que ver con complicaciones explican más de la mitad de las muertes de las mujeres por aborto, superan las del aborto, el 21 por ciento es el aborto y las directas son el 59 por ciento. Con

esta asignación universal por hijo, que significará inscribirse en el Plan Nacer y controlar a todas las madres, con todos los controles médicos y a la criatura con las mismas condiciones, estamos haciendo una muy fuerte apuesta a la vida y a uno de los objetivos también de descender la mortalidad infantil y descender la mortalidad materno-infantil, y estoy segura que lo vamos a poder lograr. (Apertura del 129 período de sesiones ordinarias del Congreso Nacional).

El decreto continúa la misma línea argumental: i) que la mortalidad materna es un indicador de la injusticia social, la inequidad de género y la pobreza, ya que el problema se vincula estrechamente con las dificultades de acceso a la educación y a los servicios de atención médica especializados y ii) [...] la cobertura en el ámbito de la seguridad social debe ser atendida desde el estado de gestación, de forma tal de **brindar a la madre embarazada programas públicos de atención de diagnóstico y tratamiento oportuno**, disminuyendo de esta forma los índices de mortalidad maternal, perinatal, neonatal e infantil que se encuentran asociados a **problemas en el acceso a los servicios de salud**. (Considerandos, DNU N° 446/11. El resaltado es propio). Es decir, el motivo explícito que lleva a la creación de la AUE es la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de salud y el diagnóstico oportuno, a fin de apuntalar los indicadores de salud, para lo cual se determina:

Que como requisito obligatorio para el cobro del CIEN POR CIENTO (100%) de la Asignación creada por el presente, para la cobertura del estado de embarazo, resulta imprescindible exigir el cumplimiento de los controles sanitarios con la inscripción al "Plan Nacer" del MINISTERIO DE SALUD o la certificación médica expedida de conformidad con dicho plan, para los casos que cuenten con cobertura de obra social. (Considerandos, DNU 446/11).

De esa forma el pago del 20% acumulado tiene lugar al momento de la finalización del embarazo (ya sea por nacimiento o pérdida) cuando se demuestre el cumplimiento de las condicionalidades fijadas en materia de salud por el Plan Nacer (Art. 5° DNU 446/11). La AUE actúa como un híbrido entre la prestación prenatal, que se abona durante los meses de embarazo, y la Asignación por Nacimiento, ambas propias del régimen destinado a las trabajadoras formales. En ese punto, resulta de interés dar cuenta de una diferencia: mientras para la AUH la acreditación de los controles sanitarios es condición para el pago del 20% acumulado, para la AUE la inscripción en el Plan Nacer es requisito necesario para el acceso a la Asignación por Embarazo.

Al momento de la creación de la AUE, tanto la evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil como de la Tasa de Mortalidad Neonatal y Posneonata mostraban una tendencia hacia la disminución.¹⁵ El comportamiento de tales indicadores lleva a plantear la siguiente hipótesis: mientras el deterioro de los indicadores de salud coincide con el momento de creación del Plan Nacer, el lanzamiento de la AUE se relaciona en menor medida con los argumentos sanitarios plasmados en el decreto y más con la ampliación de la cobertura de la AUH y la equiparación paulatina de las prestaciones que reciben los asalariados formales a través de la AAFF y, de ese modo, aumentar las transferencias de ingresos a los hogares. De hecho, los problemas asociados con la mortalidad materna exceden el ámbito de influencia de una política como la AUE en su articulación con el Plan Nacer.¹⁶

En cuanto a la cobertura, al momento de su anuncio la meta física era de 177 mil mujeres embarazadas para 2011. Sin embargo, siguiendo el Proyecto de Presupuesto 2012, la cobertura habría alcanzado a 62 mil mujeres en ese año, es decir, menos de la mitad de lo programado. En 2012 se espera que la cobertura llegue a 95 mil embarazadas, lejos todavía de las 177 mil anunciadas. De cumplirse dicha proyección, seguirán sin cobertura 572.627 mujeres, es decir el 76% de quienes se encuentran en tal condición anualmente (Lozano, et. al, 2011). Hasta agosto de 2011, 38.936 mujeres habían acreditado el cumplimiento de las condicionalidades, mientras que restaba que lo hicieran 184.563. ANSES (Nota DGAYT N° 80/12) aclara que, entre éstas últimas, se encontraban quienes aún atravesaban el embarazo. De forma tal que

¹⁵ Según el documento de Rendición de Cuentas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2010), en 2008 el 57% de las muertes neonatales y el 52,5% de las postnatales fueron por causas reducibles. En el período neonatal, el 34,25% de las muertes reducibles estaban relacionadas con la falta de diagnóstico oportuno y adecuado durante el embarazo. En el período posneonatal las muertes reducibles se produjeron por la falta de un proceso adecuado de prevención y/o tratamiento en el 45,2% de los casos. Por su parte, la Tasa de Mortalidad Materna viene mostrando un comportamiento irregular. La meta intermedia a concretar en 2007, de 3,7 muertes cada 10.000 nacidos vivos no pudo ser alcanzada, ya que llegó a 4,4. Si bien en 2008 disminuyó a 4,0 no sólo continuó encontrándose por arriba de la meta propuesta, sino que en 2009 experimentó un incremento de un punto y medio, siendo la tasa más alta de todo el período bajo análisis (Carmona Barrenechea y Straschnoy, 2011). Según el documento mencionado, el principal determinante de las muertes maternas sigue siendo el aborto, que representó el 20,9% del total de defunciones en 2008.

¹⁶ Yañez (2009) sostiene que una política pública que apunte a reducir las llamadas “muertes maternas” debe tomar en cuenta las muertes invisibles para las estadísticas, apuntando a la despenalización del aborto y a la mejora y universalidad de acceso a la educación sexual y los métodos anticonceptivos.

los datos proporcionados no permiten conocer el porcentaje de mujeres que habiendo finalizado el embarazo acreditaron el cumplimiento de las condicionalidades.

A modo de conclusiones

El surgimiento de ambas políticas cierra un círculo virtuoso en materia de provisión de bienestar mediante un esquema que podría dibujarse del siguiente modo: el Plan Nacer opera como un subsidio a la oferta del sistema de salud provincial, instituyendo incentivos para el aseguramiento de la población destinataria, en tanto la AUH y la AUE transfieren recursos a los hogares con niños y niñas que constituyen la demanda de esos servicios, incorporando a la vez incentivos específicos (bajo el formato de condicionalidades) a las familias.

Si bien esas condicionalidades son una forma de intervención propia de los programas de transferencia de ingresos que antecedieron a la AUH y a la AUE, y que existe una intensa controversia en torno a su utilización que no fue abordada en su extensión y complejidad, cabe decir que su inclusión observa el supuesto de que de tal modo se garantizarán ciertos activos y se potenciará el capital humano de las familias. De hecho, una de las críticas señala que se soslayan los problemas de la oferta estatal de servicios de salud y educación llevando a cuestionar que el Estado exija aquello que no garantiza y, a la vez, que sancione a las familias quitándole las transferencias pese a su incapacidad de generar una oferta adecuada (Pautassi, et. al. 2008, CEPAL, 2011). No obstante, en este caso surge como novedosa la consideración del Plan Nacer como un complemento para el cumplimiento de las condicionalidades en salud: a diferencia de lo que ocurre en educación (donde va de suyo que la oferta escolar reacciona frente a la nueva situación instituida por la AUH sin políticas sectoriales específicas), el Plan Nacer se ajusta a los requisitos del subsidio.¹⁷ Durante la vigencia de los previos programas de transferencias de ingresos (Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, Plan Familias para la Inclusión Social) tales articulaciones no se hicieron explícitas ni en la normativa ni en la práctica institucional pese a que, como se dijo, el Plan Nacer se encontraba vigente y las condicionalidades eran las mismas.

¹⁷ Dejamos anotada nuestra opinión, pese a que no profundizaremos sobre las condicionalidades educativas vinculadas a la AUH.

De tal forma, la articulación entre los subsidios a la oferta y a la demanda aparece como una novedad y una mejora respecto de las experiencias previas.

Volviendo al Plan Nacer, al operar por el lado la oferta, acerca recursos al sistema provincial de salud pública sin otro tipo de provisión directa a las personas dado que éstas siguen recibiendo la atención en los mismos efectores y mediante los mismos profesionales aunque con la garantía, y es ésa su principal contribución, de cierto nivel de prestaciones establecidas en forma fehaciente en el paquete subsidiado. Los mayores recursos que envía el Plan Nacer a las provincias se espera que mejoren la calidad del funcionamiento del servicio de salud, si bien es cierto que el monto de esas transferencias se asocia al rendimiento que observa cada jurisdicción respecto de los parámetros que establece el programa. Asimismo el Plan Nacer no condiciona el uso de los recursos transferidos, y por lo tanto, pueden ser utilizados por las instituciones sanitarias para el fortalecimiento de otras áreas, no sólo las del ámbito materno infantil.

Desde el punto de vista de la fragmentación territorial del sistema de salud, el Plan Nacer incorporó un criterio previsible y razonable de transferencia de recursos nacionales a las provincias a la vez que permitió recuperar capacidad de rectoría al gobierno nacional sobre las políticas sanitarias materno-infantil. De todos modos, el gobierno nacional continúa utilizando discrecionalmente una cuantiosa masa de recursos fiscales, derivados de la atribución constitucional para capturar los derechos de exportación y otros impuestos nacionales, y del abuso de instrumentos de excepción, que le permite intervenir verticalmente en las provincias y municipios del país, muchas veces sin ordenamiento ni regla conocida. De allí la valoración positiva del tipo de intervención que propuso el Plan Nacer para la conformación de un federalismo cooperativo. En esa línea de razonamiento, la AUH y la AUE refuerzan la competencia del gobierno nacional en la administración de las transferencias monetarias a las familias mediante la ampliación de las prestaciones del sistema clásico de seguridad social, pese a que aun sobreviven trece cajas previsionales en manos de las provincias.

La implementación de la AUH y de la AUE ofrece un avance cualitativo en relación con los programas de transferencia que las antecedieron, en tanto que todo aquel que cumpla con las características definidas para la población receptora puede acceder a la prestación, ya que no existen ni cupos ni fechas límites de inscripción. Asimismo, mejoraron el monto de las transferencias, la extensión de la cobertura y los mecanismos de reclamos establecidos incorporando dos componentes no contributivos a una prestación clásica de la seguridad social. Como resultado, los trabajadores formales, por un lado, y los informales y desocupados, por el otro, conviven por primera vez en una misma política de transferencia de ingresos: la política dual para incluidos y excluidos del mercado formal de empleo tiende a converger. Sin embargo, la incorporación de ambos grupos poblacionales no supuso la homogeneización de todos los receptores al interior del sistema (Straschnoy, 2012). La inclusión de las familias de desocupados e informales, bajo condiciones diferenciales da lugar a la caracterización de la AUH y la AUE como una política híbrida, dado que se encuentran entre una prestación propia de la seguridad social (en tanto fue incorporada por el Sistema Nacional de Asignaciones Familiares, es administrada por ANSES, y posee seguridad presupuestaria) y una típica de los programas condicionados de ingresos (con retención de un porcentaje de su monto por cumplimiento de condicionalidades que tienen un carácter punitivo, más allá de que se las caracterice como “corresponsabilidades”).

Vale decir, el Plan Nacer (subsidio a la oferta sensible al comportamiento de la demanda) y la AUH y la AUE (que pueden ser comprendidas como subsidios a la demanda que se orientan hacia una mayor presión de la oferta de servicios públicos de salud) tienden a ofrecerse como complementarios y partícipes necesarios de este “híbrido” modelo de provisión de bienestar no contributivo, que se establece en paralelo al sistema contributivo: para ser receptor del Plan Nacer se debe estar excluido del padrón de obras sociales; para ser beneficiario de la AUH, debe carecerse de un empleo formal, entre otros requisitos. De alguna manera, suspendiendo el cuestionamiento de esa lógica dual, el sistema de aseguramiento logra mejorar su cobertura y su generosidad a la vez que profundiza su segmentación. Es en ese sentido

que afirmamos que tiende a consolidarse un sistema no contributivo de protección social en el campo de la salud y de la transferencia de ingresos (seguridad social).

En conclusión, la fortaleza simbólica e institucional del sistema clásico de seguridad social organizado a partir de la relación salarial formal es notable. Es decir, al tiempo que se llevan a cabo medidas que exponen implícita o explícitamente los límites de la lógica del trabajo formal para garantizar protección social, las modificaciones llevadas a cabo suponen mecanismos provisorios o permanentes que no modifican sustancialmente los principios del sistema.¹⁸ La AUH y la AUE consideraron a las familias de los trabajadores informales y desempleados, como destinatarias de un régimen especial, concebido como transitorio hasta tanto se alcance la condición de asalariado formal y la población receptora ingrese al sistema de asignaciones familiares. La lógica contributiva se mantiene en pie a la vez que fue complementada por un esquema no contributivo que de alguna manera reconoce los límites de un sistema de protección social asociado con la pertenencia al mercado salarial formal (componente contributivo) y establece una lógica diferente (no contributiva) para los destinatarios de las nuevas prestaciones. Mientras el sistema contributivo asocia los seguros de salud al PAMI y a las obras sociales, la AUH y la AUE los asocia a un seguro público no contributivo (el Plan Nacer), hasta el momento restringido a ciertas categorías de población (mujeres embarazadas y puérperas y niños y niñas menores de seis años). Para concluir, si bien se mejoró la cobertura, todavía queda un camino extenso para pensar esquemas de políticas sociales que deslinden “bienestar” de la participación en el mercado formal de trabajo.

¹⁸ La moratoria previsional llevó a una cobertura superior al 90% de los adultos mayores pese a que los receptores que no contaban con los años mínimos de aportes exigidos por la ley se convirtieron a la vez en deudores del sistema (en lugar de un cambio legal que alterara la naturaleza contributiva del sistema previsional); mediante dicho mecanismo unos dos millones de personas accedieron al beneficios previsional (Calvi y Cimillo, 2010) de los cuales el 87% de esos nuevos beneficios fueron mujeres (ELA, 2009). De hecho, aun sobreviven casi unas 35 mil pensiones por vejez no contributivas (Ministerio de Economía, 2011), lo cual pone de manifiesto las indisimulables restricciones del sistema contributivo.

Bibliografía

AGN (Auditoría General De La Nación): *Informe de auditoría de gestión sobre el "PLAN NACER al 31/12/2008*. Buenos Aires, Auditoría General de la Nación, 2009.

ANSES: "Los trabajadores temporales cobran salario familiar todo el año". [fecha de consulta: Diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.anses.gov.ar/blogdeldirector/archives/802>.

ARIÑO, Mabel: "Transformaciones en el mercado de trabajo (PEA, empleo, salarios, ingresos)". En Susana TORRADO (directora), *El costo social del ajuste (Argentina 1976 – 2002)*. Buenos Aires, Edhasa, 2010.

ARRAMÓN, Paula; Beatriz JORGENSEN, Mariana WASSERMAN: *Plan Nacer. Descripción y datos de gestión*. Curso Anual de Auditoría Médica 2009, Buenos Aires, Hospital Alemán, 2009. Disponible en: <http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/PLAN%20NACER.pdf>

ARCEO, Nicolás; Ana Paula MONSALVO, Martín SCHORR y Andrés WAINER: *Empleo y salarios en la Argentina. Una visión de largo plazo*. Buenos Aires, Capital Intelectual, Colección Claves para Todos, 2008.

ARCIDIACONO, Pilar: "Estado y sociedad civil en busca de la inclusión social: Los casos de Programa Jefas y Jefes de Hogar Desocupados y el Trueque. ¿Innovaciones o continuidades?". En Revista Escenarios, N° 10, Argentina, 2006, pp. 21-34.

ARCIDIACONO, Pilar: "Estado y sociedad civil: ¿proveedores de bienestar social? Políticas sociales en Argentina (2002-2007)". Tesis de Doctorado. Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 2011, (Mimeo).

ARCIDIÁCONO, Pilar: *La política del “mientras tanto”: Programas sociales después de la crisis 2001-2002*. Buenos Aires, Biblos, 2012

ARCIDIÁCONO, Pilar; Verónica CARMONA B., Vilma PAURA y Mora STRASCHNOY: “La Asignación Universal por Hijo: ¿Una vía de transformación en la política social argentina?”. En PAUTASSI, Laura y GAMALLO, Gustavo (Coord.) *¿Mas derechos menos marginaciones? Políticas sociales y bienestar en argentina 2003-2009*. Buenos Aires, Biblos, 2012, En prensa.

ARCIDIÁCONO, Pilar; Verónica CARMONA B. y Mora STRASCHNOY: “Transformaciones en la política social argentina, el caso de la Asignación Universal por Hijo”. En *Leviathan - Cadernos de Pesquisa Política*, Num. 3, Brasil, 2011, pp. 281 – 315.

BARBEITO, Alberto y Rubén LO VUOLO: *Análisis de la actual situación del mercado de trabajo y su probable proyección futura*. Buenos Aires, PRONATASS, 1994.

BERTRANOU, Fabio (Coord.): *Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina. El caso de las Asignaciones Familiares*. Buenos Aires, Proyecto ARG/06/M01/FRA. Una respuesta nacional a los desafíos de la globalización, Cooperación técnica para el Desarrollo de la República Francesa, OIT, 2010.

CALVI, Gabriel y Elsa CIMILLO □ □Del SIPJ al SIPA, Cambios recientes en el sistema previsional argentino□. En *Taripawi, Revista de Estudios sobre Sociedad y Justicia* N° 1 Tomo 1, Instituto de Estudios, Formación y Capacitación de la Unión de Empleados de la Justicia de la Nación, Buenos Aires, 2010.

CARMONA BARRENECHEA, Verónica y Mora STRASCHNOY: “La Asignación Universal por Hijo y el derecho a la salud. Una articulación compleja”. Ponencia presentada en XXVIII Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), Recife, 6 al 11 de septiembre de 2011.

CEPAL: “Programas de Transferencias Condicionadas, Base de datos de programas de protección social

no contributiva en América Latina y el Caribe”. [Consultado en: Marzo de 2012]

Disponible en:

<http://dds.cepal.org/bdptc/programa/?id=34>.

CERIANI, Pablo, Paola CYMENT y Diego MORALES: “Migración, derechos de la niñez y Asignación Universal por Hijo: las fronteras de la inclusión social”. Ponencia presentada en IVº Seminario Internacional de Políticas de la Memoria, Ampliación del Campo de los derechos Humanos. Memoria y Perspectiva, Buenos Aires, 28, 29 y 30 de Septiembre y 1º de Octubre 2011.

CETRÁNGOLO, Oscar y Francisco GATTO: “Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado”. Buenos Aires, CEPAL, 2002, (Mimeo).

CHERNOVESKY, Graciela: “Programa nacional de cardiopatías congénitas”. En Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 30, núm. 1, México, 2011, pp. 38-41. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91218702007>

CHITARRONI, Horacio y Elsa CIMILLO: “¿Resurge el sujeto histórico? Cambios en el colectivo del trabajo 1974 – 2006”. En Lavboratorio, N° 21, Buenos Aires, 2007.

CNCPS (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales) y PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) Oficina de Argentina: *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe país 2009*. Buenos Aires, 2009.

CNCPS (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales) y PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) Oficina de Argentina: *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Rendición de cuentas 2010*. Buenos Aires, 2010.

CURCIO, Javier, “Descripción del Sistema de Seguridad Social: componentes al cabo de la década del ‘90 y de la primera década del siglo XXI”. En DANINI, Claudia y Susana HINTZE (coords.), *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento, 2011.

DANANI, Claudia: “El sistema de Obas Sociales y la complementariedad con el sistema público. ¿Modelo vigente o necesidad de cambio?”. ASET, Buenos Aires, 2011.

Disponible

en:

http://webiigg.sociales.uba.ar/grassi/archivos/modelo_sindical_claudia.pdf

DANANI, Claudia: “Condiciones y prácticas sociopolíticas en las políticas Sociales: Las obras sociales más allá de la libre afiliación”. En LINDEMBOIM, Javier y Claudia DANANI (Coord.), *Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Editorial Biblio, Buenos Aires, 2003.

DÍAZ LANGOU, Gala; Paula FORTEZA, y Fernanda POTENZA DAL MASETTO: “Los principales programas nacionales de protección social. Estudio sobre los efectos de las variables político-institucionales en la gestión”. Documento de Trabajo N°45, Buenos Aires, CIPPEC, 2010.

ELA: *Informe sobre Género y Derechos Humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina (2005 – 2008)*. Buenos Aires, Biblos, 2009.

FIDALGO, Maitena: “La transformación del seguro de salud en la Argentina y su vinculación con políticas de inclusión /exclusión social”. Ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Políticas Sociales, Mendoza, 15, 16 y 17 de Septiembre de 2004.

GAMALLO, Gustavo: “Responsabilidades y Roles de los Actores claves en Incentivos en la Prestación de Servicios del Plan Nacer”. Buenos Aires, 2010, (Mimeo).

GAMALLO, Gustavo. 2002: “Argentina: cuando el uno a uno no es empate”. En Iconos N° 13. Revista de FLACSO – Sede Ecuador, Quito, FLACSO Ecuador.

GRAÑA, Juan M: “Distribución funcional del ingreso en la Argentina. 1935-2005”. Documento de Trabajo N° 8, Buenos Aires, CEPED, IIE- FCE-UBA, 2007.

HINTZE, Susana y María Ignacia COSTA: “La reforma de las asignaciones familiares 2009: aproximación al proceso político de la transformación de la protección”. En DANINI, Claudia y Susana HINTZE (coords.), *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento, 2011.

ISUANI, Ernesto y TENTI FANFANI, Emilio: “Una interpretación global”. En ISUANI, Ernesto y Emilio TENTI FANFANI, *Estado democrático y política social*. Buenos Aires, Eudeba, 1989.

ISUANI, Ernesto Aldo: “Política social y dinámica política en América Latina”. En *Desarrollo Económico*, Vol. XXXII, N° 152, Argentina, 1992.

LAVOPA, Alejandro: “Crecimiento económico y desarrollo en el marco de estructuras productivas heterogéneas. El caso argentino durante el período 1991-

2006”. En LINDENBOIM, Javier (comp.), *Trabajo, ingresos y políticas en Argentina. Contribuciones para pensar el siglo XXI*. Buenos Aires, EUDEBA, 2008.

LONDOÑO, Juan-Luis y Julio RENK: “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina”. Banco Interamericano de Desarrollo Oficina del Economista Jefe, Documento de Trabajo 353, 1997.

LOZANO, Claudio: “La catástrofe social en Argentina”. En Documento del Instituto de Estudios y Formación de la Central de los Trabajadores Argentinos (CTA), Buenos Aires, 2002.

LOZANO, Claudio, “Proceso de acumulación en Argentina”. En *Revista Pampa*, Edición especial, Buenos Aires, 2009, pp. 49-62. Disponible en: http://www.pampa.org.ar/wp-content/uploads/pampa_especial2.pdf

LOZANO, Claudio, Tomás RAFFO (Coords.), Ana RAMERI, Agustina HAIMOVICH y Mora STRASCHNOY: “La agenda social del Proyecto de Presupuesto 2012”. Instituto de Pensamiento y Política Pública (IPyPP), 2011.

MACEIRA, Daniel: “Desafíos del sistema de salud en Argentina”. En *Revista Mercado*, Buenos Aires, 2009.

MINISTERIO DE ECONOMÍA DE LA NACIÓN ARGENTINA: “Proyecto de Presupuesto 2012”, 2011.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, CONSEJO FEDERAL DE SALUD: “Bases del Plan Federal de Salud”, 2004

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, Sitio Web del Plan Nacer. [Consultado en:

Abril de 2012] Disponible en: <http://www.plannacer.msal.gov.ar>

NUN, José: “Vaivenes de un régimen social de acumulación en decadencia”. En Nun, José y Juan Carlos PORTANTIERO, *Ensayos sobre la transición democrática en Argentina*. Buenos Aires, Puntosur, 1987.

PÁGINA 12: “Crédito para la salud”. 29 de Abril de 2011. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-167260-2011-04-29.html>

PAUTASSI, Laura: “Beneficios y beneficiarias: análisis del Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados de Argentina”. En *Políticas de Empleo para Superar la Pobreza*. Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, 2004.

PAUTASSI, Laura, Pilar ARCIDIÁCONO, Laura ROYO, Mora STRASCHNOY y Verónica CARMONA BARRENECHEA: “Tensiones en un marco de crecimiento económico: La política social pendiente”. En CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales), *Derechos humanos en Argentina: informe 2008*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 2008.

PAUTASSI, Laura, Pilar ARCIDIÁCONO, y Laura ROYO: “Idas y vueltas en las políticas sociales: el protagonismo de la pobreza en la agenda política”. En CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) *Derechos Humanos en Argentina: informe 2010*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 2010.

PÉREZ IRIGOYEN, Claudio: “Política pública y salud”. En ISUANI, Ernesto y Emilio TENTI FANFANI, *Estado democrático y política social*. Buenos Aires, Eudeba, 1989.

PNUD (Programa Naciones Unidas para el Desarrollo) Oficina de Argentina: *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires, PNUD, 2011.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) Oficina de Argentina:
*HOJA DE DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 "Proyecto de Inversión en
Salud Materno Infantil Provincial"* [Consultado en abril de 2012]. Disponible:
http://www.undp.org.ar/docs/Documentos_de_Proyectos/ARG04023.pdf

PORTO, Alberto, Walter VALLE y Alfredo PERAZZO, "Las transferencias
intergubernamentales del Plan Nacer como un cambio en el sistema de gestión" s/f.
(Mimeo)

POTENZA DAL MASETTO, María Fernanda: "La implementación del Plan Nacer".
Documento de Trabajo N°82, Buenos Aires, CIPPEC, 2012.

REPETTO, Fabián (coord.); Karina ANSOLABEHRE, Gustavo DUFOUR; Carina
LUPICA; Fernanda POTENZA DAL MASETTO; Horacio RODRÍGUEZ LARRETA
(asesor): "La descentralización de las políticas sociales en Argentina". Documento de
Trabajo. CEDI/Grupo Sophia, Buenos Aires, Argentina, 2001^a.

REPETTO, Fabián: "Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una
reforma a mitad de camino". Documento N°55, Centro de Estudios para el Desarrollo
Institucional, Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia, Buenos
Aires, 2001^b.

ROCCA, Emilia: "Asignación Universal por Hijo (AUH): extensión de las
asignaciones familiares". Revista Debates públicos. Reflexiones de Trabajo Social N°
1, Buenos Aires, 2011, pp 29-43-. Disponible en:
http://www.trabajosocial.fsoc.uba.ar/web_revista/home.htm

SALVIA, Agustín, Guillermina COMAS, Pablo GUTIERREZ AGEITOS, Diego
QUARTULLI y Federico STEFANI: "Cambios en la estructura social del trabajo bajo
los regimenes de convertibilidad y post-devaluacion. Una mirada desde la perspectiva

de la heterogeneidad estructural”. En LINDEMBOIM, Javier (comp.), *Trabajo, Ingresos y Políticas en la Argentina. Contribuciones para pensar el siglo XXI.*, Buenos Aires, EUDEBA, 2008.

STRASCHNOY, Mora,” Cambios en la figura del destinatario de la política social: el trabajador, el pobre y... ¿ahora qué?”. 2012, (Mimeo).

TORRADO, Susana: “Modelos de acumulación, regímenes de gobierno y estructura social”. En Susana TORRADO (directora), *El costo social del ajuste (Argentina 1976 – 2002)*. Buenos Aires, Edhasa, 2010.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO: “Responsabilidad en incentivos en la prestación de servicios para el desarrollo humano en Argentina”. Buenos Aires, Universidad Nacional de Tres de Febrero, 2009.

YANEZ, Sabrina Soledad: “El problema de morir por ser (o no ser) madre en la pobreza. Un análisis de los alcances y las grietas del Plan Nacer en Argentina”. Ponencia presentada en la VIII Conferencia Iberoamericana Sobre Familias, Buenos Aires, 2009.

Decretos y resoluciones

Resolución 1173/04, Ministerio de Salud y Ambiente

Resolución 393/09, Administración Nacional de la Seguridad Social

Resolución 132/10, Administración Nacional de la Seguridad Social

Resolución 327/11, Ministerio de Salud de la Nación

Decreto 375/2007, Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N)

Decreto de Necesidad y Urgencia 1.602/09, Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N)

Decreto de Necesidad y Urgencia N° 446/11, Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N)

Decreto 9/1993, Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N)

Decreto 2.724/02, Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N)

Decreto 1.140/04, Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N)