



## **Grupo Temático N° 14: Políticas Sociales, laborales y de la Seguridad Social**

**Coordinadores: Claudia Danani, Alejandra Beccaria, Natalia Benítez y María Ignacia Costa**

---

### **Las brechas de la protección social de niños, niñas y adolescentes<sup>1</sup>**

**Autor/es: Patricia Davolos**

**E – mails: pdavolos@gmail.com**

**Pertenencia institucional: UBA/UNIPE**

**Autor/es: Alejandra Beccaria**

**E – mails: alejandrabec@gmail.com**

**Pertenencia institucional: UNGS**

#### **1. INTRODUCCION**

A partir de 2009 se implementó en Argentina la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH) como pilar no contributivo, lo que significó un avance cualitativo y cuantitativo sustancial en la protección social de niños, niñas y adolescentes (NNyA).<sup>2</sup> En 2016, según estimaciones disponibles a partir de los registros administrativos<sup>3</sup>, aproximadamente un 87% del universo de NNyA se encuentra cubierto por alguno de los componentes de transferencias de ingresos vigentes<sup>4</sup>. En otras palabras, por diversos motivos un 13% aún no está accediendo a ninguna cobertura.

El objetivo que nos proponemos es dar cuenta de los motivos por los cuales persiste un número significativo de NNyA que aún no acceden a ningún componente de la protección social, bajo la hipótesis de que la mayoría de ellos están en condiciones de recibir la AUH.

Para analizar las brechas existentes para la efectiva universalización y las causas de las exclusiones, el estudio articula una estrategia de investigación cuantitativa y cualitativa. Los ítems que siguen tienen el propósito de caracterizar la operatoria de la AUH, la cobertura efectivamente alcanzada, la forma de implementación y los obstáculos encontrados en las familias para cumplimentar la normativa en dos espacios territoriales: el GBA y Chaco. Finalmente se realizan una serie de consideraciones a modo de conclusión.

---

<sup>1</sup> La elaboración de este trabajo se hizo en el marco de Proyecto UNICEF – FCE/UBA – CEDLAS/UNLP “Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la protección de ingresos monetarios a través de la Asignación Universal por Hijo”.

<sup>2</sup> A esta política le siguió en 2012 la Asignación por Embarazo (AE).

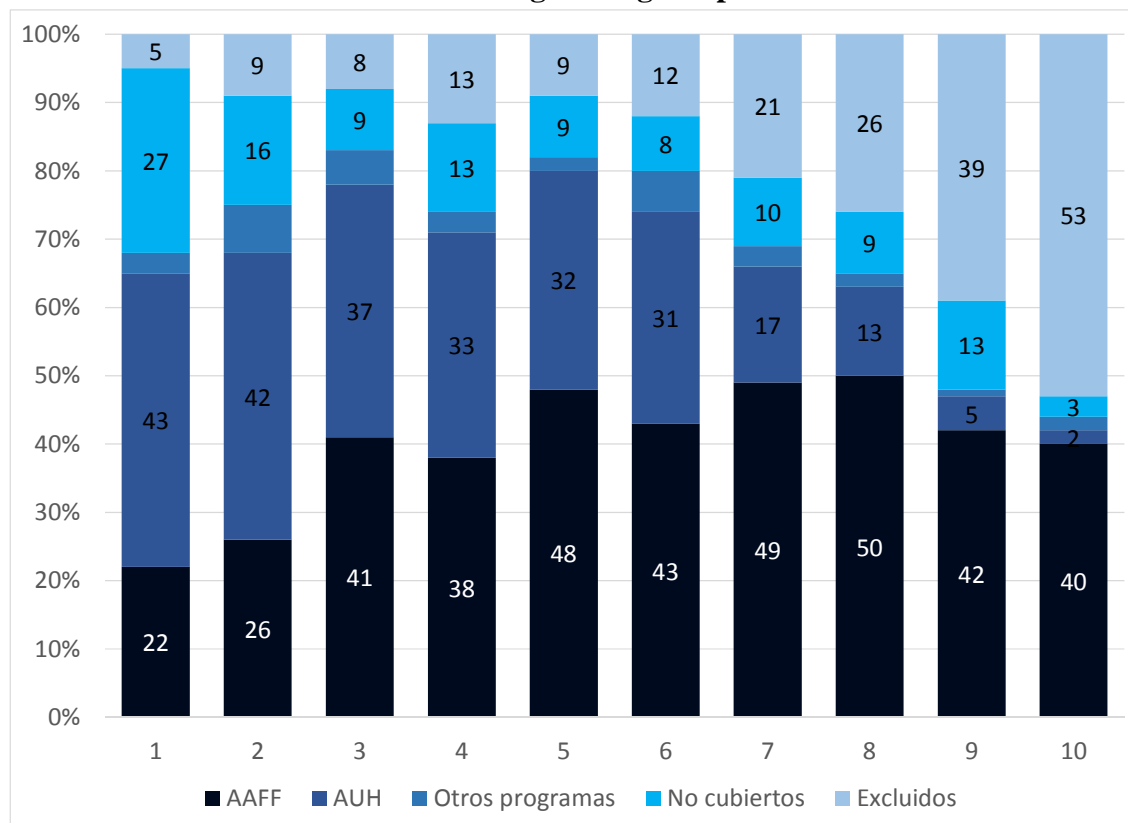
<sup>3</sup> Específicamente, nos referimos a registros de ANSES y de la Secretaría de Seguridad Social (Ministerio de Trabajo).

<sup>4</sup> Asignaciones Familiares por Hijo, Deducción del Impuesto a las Ganancias, Pensiones no Contributivas o, en menor medida, Programas provinciales o Municipales.

## 2. PRESENTACION Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El acceso a la AUH se encuentra siempre abierto a la entrada de NNyA, sin cupos ni límites al acceso, siempre que se acredite la condición habilitante para el grupo familiar. Como puede observarse en el siguiente gráfico, la AUH se encuentra bien focalizada en aquellos grupos que presentan mayores niveles de pobreza y vulnerabilidad, y ha logrado alcanzar una masiva cobertura sobre todo en los primeros dos años de su implementación.

**Gráfico N°1: Distribución de hogares según tipo de cobertura en los deciles de IPCF.**



Fuente: Enapross - 2015

Sin embargo, las dificultades de accesibilidad a las instituciones y a la información necesaria para cumplimentar la tramitación y permanencia, resultan un punto clave para las poblaciones que aún no se ha logrado incluir. Un programa de envergadura masiva como es el caso de la AUH, si bien presenta una operatoria relativamente sencilla, la misma está pensada para un perceptor genérico o universal que debe cumplimentar determinados pasos o acciones para el acceso y sostenibilidad en el tiempo de la transferencia. Características del propio diseño o de la implementación concreta de la política en cuestión, podrían estar causando trabas u obstáculos para incluir a las poblaciones más segregadas o vulnerabilizadas por escenarios y trayectorias familiares complejas, excluyéndolas de la protección social del programa.



Los grupos poblacionales con problemas de cobertura a los que estamos haciendo referencia, suelen formar parte de lo que se denomina la *pobreza persistente* (Clemente, 2014 y Moreno, 2014) caracterizada por su transmisión y reproducción en el tiempo, donde la pobreza no solo remite a escasez de ingresos monetarios sino que se asocia con otros déficits que comprometen el ciclo de la reproducción del hogar y la familia relativos al hábitat y las condiciones de la vivienda, las características del medio ambiente, o el acceso a otros servicios básicos. Lo distintivo de este tipo de pobreza que tiende a reproducirse intergeneracionalmente, es que el crecimiento económico y las mejoras generales en el mercado laboral, no resultan suficientes por sí solas para sacar a estas poblaciones de esa situación deficitaria.

La pobreza de carácter persistente -que también puede ser denominada estructural o crónica<sup>5</sup>-, suele estar territorialmente situada en asentamientos o villas alrededor de los grandes centros urbanos, y en parajes rurales o pequeños pueblos segregados territorialmente donde se concentran poblaciones indígenas, pero también criollas. Las condiciones del entorno donde habitan y se socializan estas familias introduce heterogeneidad a los escenarios de pobreza extrema. Estos escenarios complejos y heterogéneos -por tanto- demandan una mayor sofisticación a las formas de intervención del estado para poder garantizar la protección de todos los NNyA y la no vulneración de sus derechos.

Con el objetivo de observar posibles dificultades o barreras de acceso a la protección social -específicamente a la AUH- por parte de las familias en situación social más crítica, el presente trabajo avanza sobre los siguientes propósitos:

- Reconstruir la ingeniería institucional del programa y los requerimientos establecidos por la normativa que deben cumplimentar las familias receptoras para el efectivo acceso.
- Reconstruir el circuito que debe recorrer una familia para acreditar el cumplimiento de las condicionalidades.
- Detectar los distintos actores intervinientes e identificar las mediaciones entre la política pública, los efectores de los servicios de salud y educación y las familias.
- Describir los obstáculos más frecuentes encontrados para cumplimentar la normativa. En particular, nos referiremos al caso de GBA y Chaco, elegidos como casos testigos por la diversidad que presentan sus perfiles socio territoriales.
- Caracterizar la existencia de relaciones asimétricas de poder y negociación informales que en ocasiones facilitan y en otras se convierten en obstáculos o barreras para las familias más vulnerables.

### **3. CARACTERIZACION DE LA OPERATORIA DE LA AUH Y DE LA COBERTURA ALCANZADA**

---

<sup>5</sup> Dentro de la bibliografía, aparece la denominación de pobreza estructural y pobreza crónica como resultado de la aplicación de una tipología derivada de la intersección de dos ejes, conocida como método bidimensional de medición de la pobreza (ver los trabajos de Beccaria y Minujín, y Kantzman citados por Boltvinik 2003). Estos métodos consideraron otras fuentes de bienestar además de los ingresos, lo cual se corresponde con la idea de que la pobreza constituye un fenómeno multidimensional (UNICEF, 2016)



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

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

Una vez al año<sup>6</sup>, los titulares de la AUH deben acreditar el cumplimiento de estas dos condiciones mediante la firma de la *Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación* (o en su defecto, el *Formulario Libreta* correspondiente) y una vez debidamente firmadas por la escuela y el centro de salud<sup>7</sup>, el último paso es su presentación, mediante un turno que se obtiene en la web, en las oficinas de la ANSES. De esta forma, los perceptores acceden al acumulado 20% de la transferencia mensual que queda retenido hasta acreditar el cumplimiento de estas condicionalidades. Ese dinero solo podrá ser retirado una vez que se demuestre, con dicha presentación, que ambas condicionalidades se cumplieron.

En caso de no presentar la *Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación*, el perceptor pierde el 20% retenido y transcurridos los 2 años de no cumplimiento (es decir, el primer año corresponde al tiempo vigente que el titular posee para la realización de dicho trámite), se procede a la suspensión total del pago de la AUH. Para reactivarlo, el adulto titular de la AUH (generalmente, la madre) deberá presentar la *Libreta* con los datos completos consignando el cumplimiento de las condicionalidades. Pero, aunque vuelva a producirse el alta, las transferencias monetarias perdidas en el período de suspensión no se recuperan por parte de las familias<sup>8</sup>. Esta penalización marca una diferencia con otros programas vigentes en la región, como por ejemplo el Bolsa Familia en Brasil, donde esta suspensión por no cumplimiento funciona solo como una “retención” de la transferencia que vuelve a estar disponible para las familias una vez que se cumplimentan nuevamente las condicionalidades. Es decir, el supuesto es que esos ingresos transferidos resultan nodales para la organización de las familias, y el

---

<sup>6</sup> La acreditación del cumplimiento de las condicionalidades puede realizarse en cualquier momento del año, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre.

<sup>7</sup> Para la acreditación del control de salud es necesario que conste, en la Libreta, el código de un efector público responsable de ese control, acompañado de la firma de cualquier trabajador de la salud (medico, enfermero, agente sanitario, personal administrativo).

<sup>8</sup> De hecho, según Informa Anses, durante el año 2014, fueron suspendidos 404.113 beneficiarios por no presentar la Libreta y, en 2015, ese dato correspondió a 329.123.



no cumplimiento está dando cuenta de dificultades que precisan de un acompañamiento y no de una penalización.

Aquellas personas que deseen solicitar el cobro de la AUH tienen un conjunto de requisitos obligatorios: deben presentarse en la delegación de ANSES más cercana a su domicilio con el Documento Nacional de Identidad del grupo familiar (NNyA, padres, tutores, curadores) y las partidas de nacimiento de los menores de edad. Para la efectivización del trámite, el grupo familiar debe figurar en el “Administrador de datos de personas (ADP)”<sup>9</sup> de ANSES; es decir, deben estar relacionados los NNyA con la madre y el padre (o mayor a cargo de los mismos) o, en su defecto, debe constar explícitamente que hay un solo progenitor. Si esta relación no figura en el sistema, no se genera el beneficio. En los casos en que se identifica esta falencia de asociación, el sistema identifica a ese menor como *potencial* receptor de la AUH.<sup>10</sup>

La implementación de la AUH estimuló la registración de los grupos familiares en el ANSES para poder acceder al beneficio. Sin embargo, la acreditación de identidad fuera de los plazos administrativos y fuera del término legal, o de aquellos niños y niñas que nacieron fuera del sistema hospitalario, impone una serie de trabas administrativas para dicha regularización y, en última instancia, puede derivar en largos procedimientos judiciales.

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

Ya durante el primer año de implementación de la AUH, se logró incorporar a más de tres millones de niños, niñas y adolescentes<sup>11</sup>. Asimismo, en los años subsiguientes, se fueron integrando nuevos grupos que en principio habían quedado excluidos por la propia normativa, como es el caso de los dependientes de los trabajadores domésticos, los monotributistas sociales y los trabajadores por temporada y eventuales; los dependientes de personas privadas de su libertad; los niños, niñas y adolescentes que asisten a establecimientos educativos privados<sup>12</sup> y, más recientemente, fueron incorporados al sub-sistema contributivo los dependientes de los monotributistas, excluyendo a las tres categorías superiores.

---

<sup>9</sup> El ADP de ANSES se alimenta de diferentes bases de datos como las que proveen, por ejemplo, los registros civiles nacionales y provinciales, u otras bases que le permiten acreditar situación fiscal y de contratación laboral de los mayores y, de este modo, registrar incompatibilidades.

<sup>10</sup> En la actualidad se está discutiendo la posibilidad de anexas una ficha social en el ADP de cada destinatario de la AUH. Esto posibilitaría además de otras cuestiones, que en el caso de potenciales destinatarios pueda saberse el motivo de la no efectividad del acceso y la consecuente búsqueda y trabajo activo con esas poblaciones.

<sup>11</sup> De acuerdo a datos de registros de ANSES, en febrero de 2010, había 4,4 millones de niños, niñas y adolescentes recibiendo la AUH.

<sup>12</sup> Los NNyA que concurren a escuelas privadas con cuota cero, tienen acceso a la AUH pero no acceden al 20% que se retiene en concepto de cumplimiento de condicionalidades. En algunas provincias, muchos colegios eclesiásticos con cuota cero tienen concurrencia de población carenciada, por lo que esta retención implica una discriminación. Los colegios de gestión privada deben tener el CUE habilitado para que esos alumnos puedan cobrar la AUH.



A pesar de este amplio alcance logrado tempranamente, siete años más tarde, aún se siguen registrando brechas para lograr la universalidad de los destinatarios. De hecho, como se evidenciaba más arriba, se registra que aproximadamente un 13% de NNyA aún no está alcanzado por ninguno de los componentes de la protección social de ingresos para la niñez y adolescencia, estimando que gran parte de ellos estaría en condiciones de acceder a la AUH. Cabe señalar que una porción de esta población de NNyA que se encuentra sin cobertura de ingresos fue beneficiaria de la AUH y la perdió como consecuencia de no cumplimentar con las condicionalidades o corresponsabilidades<sup>13</sup> exigidas por la normativa; asimismo, por diversos motivos que serán objeto de análisis en este informe, otra porción - más significativa en términos cuantitativos- nunca accedió a ningún beneficio<sup>14</sup>.

A estos grupos que experimentan diferentes tipos de barreras al acceso o al sostenimiento de la AUH por el no cumplimiento de las condicionalidades, se suman otros grupos poblacionales que permanecen excluidos de toda protección por la definición de la normativa. El caso de la exclusión de los dependientes de los migrantes, a quienes se les exige ser argentinos, naturalizados o extranjeros residentes legales por un período no inferior a tres años<sup>15</sup>, resulta el más significativo dado los cambios normativos que en los últimos años promovieron la ampliación de los derechos de la población migrante, por medio de la Ley 25.871. También cabe señalar la situación de los NNyA sin cuidados parentales y la limitación de 5 AUHs por titular, que deja a un número de menores por fuera de este derecho.

Otro subgrupo, que no es posible estimar su peso con los datos existentes, es el conformado por aquellos NNyA indocumentados desde su nacimiento y por tanto aún invisibles para el estado. Muchos de estos últimos casos se localizan en comunidades indígenas y en pequeñas localidades de frontera donde los niños y niñas, en ocasiones, nacen y moran en países diferentes o en zonas rurales dispersas. Según la información disponible, se detecta que la desprotección es mayor en ciertos grupos etarios, destacándose el caso de los niños y niñas menores de 1 año, en donde los niveles de cobertura solamente alcanzan un 53% (ENAPROSS, 2015). Aunque con una intensidad menor, también llama la atención que entre los adolescentes (desde los 13 años), los niveles de cobertura tienden a descender, situación se acentúa entre la población de 16 y 17 años (ENAPROSS, 2015).

Se observa, también, que entre la población de NNyA sin cobertura, se eleva la proporción de quienes no residen con la madre (13%) y de quienes no residen con el padre (41%)<sup>16</sup>. Retomando lo que se planteaba más arriba, respecto de la tenencia del Documento Nacional de Identidad, también se observa que entre esta población la proporción de quienes no lo poseen es levemente mayor a la correspondiente al total de NNyA (95% vs. 98%, respectivamente).

---

<sup>13</sup> Corresponsabilidad hace referencia a una versión más “blanda” de la condicionalidad, al poner el acento en una responsabilidad compartida por el estado y las familias. Cabe señalar, que durante los primeros años de implementación de la AUH, a pesar de la normativa no hubo un control de las condicionalidades que implicara la interrupción de la transferencia por no cumplimiento, sino que solo se descontaba el 20% retenido. Sobre estos puntos de la operatoria no existió una información precisa para los perceptores.

<sup>14</sup> Por ejemplo, como se verá más adelante, entre estos últimos se destacan quienes presentan problemas asociados con la documentación, situación que puede presentarse con frecuencia en los sectores más vulnerabilizados en los diferentes territorios observados.

<sup>15</sup> Cabe señalar que si alguno de los dos progenitores cumple con este requisito, si puede acceder al beneficio.

<sup>16</sup> En el total de NNyA, un 6% no reside con la madre y un 32% no reside con el padre.





Otro dato que evidencia fuertes diferencias entre los NNyA cubiertos y aquellos no cubiertos es el que corresponde a la asistencia escolar, sobre todo al desagregar dicha información por grupos de edades. En el caso de la población sin cobertura de ingresos, un 3% de los NNyA de 6 a 12 años, no asiste a ningún establecimiento educativo; esta situación se eleva a 12% entre los de 13 a 15 años y a 24% entre los adolescentes de 16 y 17 años. Esto último coincide con lo que se señalaba más arriba respecto de la mayor incidencia de no cobertura en este grupo.

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

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

#### **4. EL TRABAJO DE CAMPO**

Con el fin de profundizar en los motivos que explican la persistencia de una proporción significativa de niños, niñas y adolescentes sin cobertura por ingresos, se avanzó en dos estudios de caso, el Municipio de La Matanza en el Conurbano Bonaerense y el Gran Resistencia y Villa Rio Bermejito<sup>17</sup> para el caso del Chaco.

El principal objetivo fue desentrañar aquellos aspectos, que no pueden ser captados por medio de la información estadística, que permitan explicar que a pesar de la masividad de la AUH, ciertos segmentos poblacionales permanezcan excluidos. En este sentido, el trabajo de campo se orientó a captar cuestiones relacionadas con la micro-gestión de la política y con las especificidades que presentan los territorios y las poblaciones excluidas. Es decir, si bien la normativa del programa es igual para todo el territorio nacional, la accesibilidad a las instituciones por parte de las familias y las personas, tiene una determinada expresión dada por el modo en que se materializa lo normado en cada territorio.

En primer lugar, se presentan algunos datos que dan cuenta de las características de la cobertura de ingresos de los NNyA en cada caso estudiado, con el fin de evidenciar las particularidades de cada uno de ellos. En segundo lugar, se avanza en reconstruir la institucionalidad del Programa en el ámbito local, haciendo referencia a cómo se materializa la micro-gestión en cada caso, las intermediaciones y mecanismos informales que se recrean entre la política pública y los perceptores, y las barreras al acceso percibidas por los perceptores efectivos o potenciales.

---

<sup>17</sup> Villa Rio Bermejito, es una puerta de entrada a la zona conocida como Impenetrable Chaqueño, y forma parte de un conjunto de pequeños pueblos y parajes donde se asienta la comunidad Qom.



### ***ABORDAJE DEL TRABAJO DE CAMPO***

El trabajo de campo se realizó en base a:

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

#### ***Operativo territorial en LA MATANZA***

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

El programa arrancó en el Conurbano Bonaerense, pero paulatinamente se está extendiendo hacia las diferentes provincias. En el caso de La Matanza, este operativo se encuentra itinerando entre las distintas localidades del distrito de manera permanente desde el mes de mayo de 2016.

En el caso particular de la Matanza, el operativo se desarrolla con una fuerte presencia del municipio y -a través del mismo- de referentes barriales que acompañan a las familias en la realización de los trámites, los ordenan y los asesoran. Estos referentes articulados con asistentes sociales del municipio tienen amplio conocimiento de las problemáticas existentes en los barrios circundantes y significan un acompañamiento importante para la gran cantidad de familias que concurren al operativo. Previamente, los referentes barriales realizan un trabajo de difusión de los objetivos del operativo en los barrios.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> De acuerdo consta en las planillas de los organizadores municipales del operativo, el mismo atiende en sus diferentes ventanillas más de 20.000 consultas semanales en cada uno de los barrios donde se vienen realizando. Estas cifras de evacuación de tramitaciones resulta cuantitativamente elevada en relación a las que registran los operativos en otras





### ***Operativo Territorial en VILLA RIO BERMEJITO, CHACO.***

En este caso se trata de operativos itinerantes planificados por ANSES focalizados en la atención a las poblaciones indígenas y a comunidades rurales en parajes alejados o segregados por distancias geográficas y de comunicación que las separan de los centros urbanos donde se encuentran los puntos de atención.<sup>19</sup>

Se trata de un abordaje territorial que identifica zonas a lo largo de todo el país -y circuitos dentro de esas zonas- y tiene por objetivo crear un mapa de identificación de hogares en pobreza extrema para incorporar al cobro de la AUH a NNyA que aún no la perciben y deberían hacerlo, o bien que la percibían y dejaron de cobrarla por diversos problemas con el cumplimiento de las condicionalidades. Estos circuitos tienen un recorrido establecido: el operativo se establece en *puntos fijos* en el casco urbano de los pueblos que componen estas zonas y desde allí se avanza hacia los pequeños parajes que están en sus alrededores donde están establecidas comunidades indígenas. Cada uno de estos circuitos puede estar constituido por alrededor de treinta pequeñas comunidades con un promedio de 50 familias cada una. Este operativo se repite tres veces al año (promedio) con la intencionalidad de sostener este vínculo con cierta regularidad.

Paralelamente se pretende realizar un diagnóstico de la situación social a partir de un relevamiento a las familias de esas comunidades, a la vez que establecer relaciones con referentes de las mismas para realizar los recorridos. Si bien la mayor parte de estos circuitos estaban ya identificados y se venía trabajando en ellos con anterioridad, la pretensión es planificar y sostener una regularidad mayor de estos operativos.<sup>20</sup>

## **5. LA AUH EN EL TERRITORIO**

La ampliación de la cobertura por ingresos en la población de NNyA se registró en todo el territorio nacional; sin embargo, al analizar de manera desagregada las situaciones locales emergen heterogeneidades que en muchos casos se relacionan con las especificidades de cada territorio (en términos sociales, económicos, culturales, geográficos, etc.)

A continuación, vamos a concentrarnos en el marco de situación de protección y desprotección de los NNyA que residen en los territorios analizados, el Conurbano Bonaerense y la Provincia de Chaco, evidenciándose importantes diferencias entre ambas jurisdicciones.

---

localidades del conurbano bonaerense. En parte por la gran concentración de población vulnerable que concentra este partido, y en parte por la capilaridad de su organización territorial que al ponerse en actividad habilita una gestión exitosa de los operativos.

<sup>19</sup> Una de las comunidades con mayor aislamiento y mayores déficits asociados a la pobreza persistente es la comunidad Wichi, situación ya advertida por Isla (2013). Esta comunidad de agricultores primarios vive en comunidades más internadas en el monte y se provee de él, responde colectivamente al cacique de la comunidad, y cuando salen de la comunidad (por ejemplo para hacer trámites) suele trasladarse la familia completa.

<sup>20</sup> Como parte de estos operativos funciona el tren sanitario de Desarrollo Social Ramón Carrillo y el Eva Perón. El tren sanitario incluye también personal del ANSES para realizar los trámites de la seguridad social y además facilita, en forma itinerante, la certificación del cumplimiento de la condicionalidad de salud, entre otras cuestiones.



En términos generales, se observa una mayor proporción de NNyA no cubiertos en el Conurbano Bonaerense (13%), respecto de la provincia de Chaco (8%)<sup>21</sup>, situación que en ambas jurisdicciones no presenta diferencias entre varones y mujeres. Al igual que lo que ocurre en el total de aglomerados relevados, el acceso a los mecanismos de transferencias de ingresos, presenta diferencias en los distintos grupos etarios. De hecho, se detectan niveles de desprotección más elevados entre la población menor de un año: en el Conurbano Bonaerense el 32% de los niños en dicha franja etaria está sin cobertura, situación que desciende al 12% entre los niños y niñas de un año; por su parte, en Chaco, si bien la desprotección entre los menores de un año es del 22%, también se mantiene elevada entre los niños de un año (20%). En el caso de los adolescentes, también comienzan a elevarse las ausencias de protección: en el Conurbano, la tasa de desprotección comienza a elevarse desde los 13 años, mientras que en Chaco se eleva de manera llamativa a partir de los 16 años.

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

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

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

Como se señalaba más arriba, una porción de la población que presenta problemas de protección, evidencia dificultades para sostener la AUH en el tiempo. Esto último aparece marcadamente entre los beneficiarios del Conurbano Bonaerense, en donde se registra que en 2015, un 14% no percibía la transferencia de manera continua (en Chaco, esta situación descendía al 7%). Al indagar por los motivos por los cuales habían dejado de percibir la AUH, en ambos casos estudiados se destacan cuestiones relacionadas con la inserción laboral de los padres y/o madres<sup>22</sup> (casi el 80%); aunque también cabe señalar que Chaco un 18% presentó problemas para la realización de los certificados de salud (esto mismo representó un 9% de los casos en el conurbano).

<sup>21</sup> Cabe señalar que la información respecto de la protección a nivel local que se presenta en este apartado, proviene de la ENAPROSS, relevada en el año 2015; en este sentido, aún no se había producido la incorporación de los dependientes de los monotributistas, situación que eleva, sobretodo en el Conurbano Bonaerense, la proporción de NNyA “excluidos por normativa”.

<sup>22</sup> Entre estas cuestiones, se destaca el hecho que los titulares son trabajadores informales con ingresos superiores al salario mínimo o consiguieron trabajos registrados o como monotributistas.



Asimismo, una proporción de la población que se encuentra sin cobertura de ingresos, inició el trámite para la percepción de la AUH. Los datos evidencian que la mayoría de ellos aún están esperando respuesta por parte de ANSES (situación que es más elevada en Chaco -51%- que en el Conurbano Bonaerense -35%-); también se registran problemas con la documentación requerida, ya sea la relativa a los NNyA o a los adultos (12% en Chaco y 7% en el Conurbano), y con padres que ya se encuentran cobrando una asignación familiar (9% y 14%, respectivamente). Este último caso, refiere a la situación de quienes presentan conflictos familiares (niños que no residen con los padres y/o madres y, a pesar de ello, los adultos perciben un beneficio en nombre de ellos).

## 6. LAS BARRERAS DE ACCESO A LA PROTECCIÓN

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

### 1. Las condicionalidades

Teniendo en cuenta la exigencia de presentación de la *Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación* por parte de los beneficiarios, en diversas oportunidades se registró la existencia de conflictos y barreras para su cumplimiento, sobre todo en el caso de los controles de salud.

Como se señaló precedentemente, cuando se exceden los dos años sin entregar la Libreta, el sistema liquida el beneficio pero el destinatario no puede retirarlo, ya que la liquidación queda suspendida<sup>23</sup>. Para algunas familias, comienza aquí un camino dificultoso ya que tienen que movilizarse hasta centros urbanos donde funcione una UDAI o, en su defecto una Oficina de ANSES, con el fin de comenzar las averiguaciones correspondientes para poder hacer el trámite. De este modo, se recrea así un círculo vicioso, donde por ejemplo, la población que habita en parajes rurales tiene que movilizarse a los cascos urbanos y en algunos casos -de acuerdo a la información obtenida en el trabajo de campo- recorrer más de 100 kilómetros de difícil acceso y con muy poco transporte.

### 2. Salud

Frente a los problemas de oferta de servicios en salud en los centros urbanos más poblados (como es el caso del Conurbano Bonaerense o el de Gran Resistencia), se recrean prácticas que desincentivan a los perceptores a cumplir con esta condicionalidad. En primer término, el control de salud (pediátrico) puede estar desdoblado del control de vacunación y peso (generalmente realizado por enfermeros), y

---

<sup>23</sup> En algunos casos, los destinatarios se informan en el banco de la situación de suspensión; en otros, deben acercarse a ANSES ya que desconocen qué es lo que está ocurriendo porque simplemente no pueden retirar el dinero (o bien, creen que no han cobrado). Una madre de un niño de cuatro años a la que le suspendieron la AUH, nos dice, “no sé porque me dieron de baja.. creo que me la dio de baja la manzanera...”.



de la firma de las libretas (generalmente realizado por personal administrativo)<sup>24</sup>. Pero todo el circuito, que en ocasiones se realiza en el mismo día y en ocasiones puede no suceder, debe concluir para su certificación en los CAPs. La dificultad es que según los casos, los turnos son muy escasos (entre 5 y 15 números) y solo uno o dos días a la semana. La práctica habitual para conseguir un turno, implica arribar al CAP de madrugada y luego es necesario esperar varias horas hasta que comienza la atención de los médicos y enfermeros. Este trámite implica que muchas veces, las familias llegan hasta el CAP pero no llegan a conseguir el turno, y deben volver a intentarlo. Si el intento resulta fallido en una serie de oportunidades, significa que algunas familias desistan de cumplir la condicionalidad puesto que el costo de hacerlo les resulta muy elevado. Este costo implica llegar de madrugada, perder el día de trabajo pues al ser informales no se justifican las inasistencias, tener que resolver el cuidado de los menores o el gasto en transporte, resultándoles en definitiva más costoso que la pérdida del 20%. Dado que en los primeros años de implementación de la AUH no se realizaba la suspensión total del beneficio, y cuando comenzó a efectivizarse la norma, tarda recién dos años en suspenderse el cobro total de la transferencia, muchos perceptores no tienen la información precisa de cómo es realmente la normativa, o se sorprenden de que el cobro se suspenda.

La dificultad de acceso a un turno, hace que en ocasiones burocracias ajenas al programa pasen a tener un control discrecional sobre esta población. De acuerdo a las entrevistas realizadas, estos agentes mediadores toman decisiones sobre personas que afectan sus oportunidades de vida, y definen en última instancia quien es más merecedor en relación a otros de acceder a un turno o a un medicamento<sup>25</sup>. Estas micro-decisiones cotidianas no previstas en el diseño terminan influyendo en la accesibilidad de los destinatarios. Frente a los problemas de accesibilidad se recrean intermediaciones informales de distinto tipo, algunas funcionan en forma solidaria, y otras ponen más trabas o peajes que segmentan aún más el acceso.

En el caso del Chaco, el territorio está dividido en áreas programáticas donde cada centro de salud tiene su área de cobertura. Es decir que lo que se denomina el “control sano” a partir del cual se acredita la condicionalidad de salud en la libreta, se realiza solo en el CAP correspondiente. La idea es que estos centros tengan un seguimiento nominalizado de su área de cobertura para que de esta manera, y a partir de la depuración de ficheros, sea posible realizar un seguimiento de la población en riesgo nutricional u otros problemas relevantes de salud y buscar a la población que no asiste a los centros. Sin embargo, generalmente no existen registros escritos en los CAPs, ni se cuenta con agentes sanitarios o trabajadores sociales para realizar este seguimiento de la población en riesgo, donde un porcentaje relevante de los trabajadores de esos centros se encuentra en una situación laboral precarizada que desalienta su compromiso y dedicación con la tarea. Cabe aclarar, que no todos los territorios están organizados de la misma manera. Por ejemplo, en el caso de La Matanza, la población

---

<sup>24</sup> Muchas familias eligen el hospital para realizar el control pediátrico porque -a pesar de las persistentes dificultades para conseguirlos- tiene más turnos que los CAPs. Los médicos no rehúsan el control, pero en la mayoría no efectivizan la firma de la libreta que es derivada a los CAPs. Por tanto, no se sortea la dificultad de conseguir un turno.

<sup>25</sup> En palabras de algunas Titulares de la AUH, se puede registrar esta situación: “...ayer fui a ver a la pediatra, la verdad es que acá en la Matanza no hay pediatras, no conseguí turno, no hay chance.. ni en la salita, no conseguí (...) a veces atienden una sola vez por semana” (Titular, madre de una niña de tres años); “No es que no conseguí turno, no te quieren atender (...) vos vas y no te quieren atender.. y ni siquiera son doctores ni nada, son enfermeras. Vos vas y no te quieren atender, te dicen que tenés que sacar turno y cuando vas te dicen que no hay (...) acá hay un solo pediatra y te atiende mal...” (Titular, madre de una niña de seis años). “Acá a los operativos las mamás venimos más que nada por el tema de la libreta, como no hay pediatras... en la salita no te quieren firmar la Libreta”.



puede acudir al CAP que prefiera, es decir que no funciona programáticamente con un CAP de referencia obligatorio según lugar de residencia.

### **3. Educación**

Como muestra la información estadística, el cumplimiento de la condicionalidad educativa -sobre todo para los la población mayor de 15 años-, en algunos casos, también se transforma en una traba para un porcentaje de adolescentes que experimenta distinto tipo de dificultades para sostener la asistencia al ciclo secundario. Estas dificultades no se vinculan con la normativa de la AUH, sino con una serie de problemáticas vinculadas a sus trayectorias de vida y las de sus familias, y a la dificultad del sistema educativo en dar respuestas a estas complejidades. Algunas de estas cuestiones se relacionan con la entrada temprana al mercado laboral o la dedicación a alguna forma de aprovisionamiento de ingresos, las tareas de cuidado, la maternidad/paternidad joven (frecuente, por ejemplo en las comunidades indígenas), o simplemente con falencias en las estrategias de las escuelas para recibir y retener a los jóvenes cuyas historias requieren de mayor acompañamiento.

### **4. La documentación**

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

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

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





### **5. *El acceso a las instituciones***

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

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

Por otro parte, ANSES y el Estado Nacional desarrollan “Operativos” que tienen como objetivo acercar las instituciones a estas zonas que se encuentran relegadas territorialmente. Sin embargo, a pesar de que estas iniciativas implican una oportunidad para realizar trámites diversos (actualización de vínculos familiares, inscripción a la AUH, etc.), pudo notarse, que muchas veces reproducen esquemas que lejos de incluir, excluyen a los potenciales beneficiarios al reproducir la misma lógica de las oficinas en los territorios. En este sentido, podemos hacer referencia a las excesivas demandas burocráticas, como por ejemplo los pedidos de fotocopias por triplicado en zonas geográficamente alejadas, o seguir generando la lógica de un cupo de turnos, que imposibilitan completar los trámites, desaprovechando una oportunidad única. Es importante, revisar las formas de vincularse con poblaciones con otras costumbres, otras lenguas, u otras formas de nombrar las prestaciones, por ejemplo.

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

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

Si bien la AUH es una política que presenta una difusión masiva y es ampliamente conocida, en algunos casos se observa desconocimiento respecto de cuestiones puntuales, como por ejemplo la situación de incompatibilidades con otras políticas, la falta de información de los lugres de cobro, confusión respecto del pago del 20% y 80%, etc. Esta situación de desconocimiento, ya se señalaba en una investigación previa sobre el acceso a la AUH por parte de pueblos indígenas (Ver OIT, UNICEF y FLACSO), destacándose que una gran mayoría de beneficiarios desconocía el monto mensual que percibían.

Una situación recurrente que pudo observarse en la localidad chaqueña de Villa Río Bermejito, fue la presencia de NNyA dependientes de beneficiarios de Pensiones No Contributivas por Invalidez -en la





casi totalidad de los casos debido al Mal de Chagas-, que se encontraban sin cobertura. En términos de la normativa, la percepción de una PNC por Invalidez permite la percepción de Asignaciones Familiares por Hijo (AFH)<sup>26</sup>. Sin embargo, en la práctica, se observa un amplio desconocimiento y confusión respecto de esta situación que se materializa en la persistencia de la desprotección de un conjunto de NNyA.

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

El trámite debe realizarse en ambas instituciones. En ANSES, debe constatar que el registro del grupo familiar se encuentre completo y actualizado; una vez que esto se encuentra resuelto (mediante la presentación de la documentación y fotocopia correspondiente), se le imprime el certificado del grupo familiar al beneficiario de la PNC para que pueda presentarlo en el Ministerio de Desarrollo Social y en esta institución se encargan de tramitar.<sup>27</sup>

### **7. *Articulación Inter-institucional:***

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

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

### **8. *Grupos familiares fragmentados***

En el trabajo de campo también aparecieron situaciones relacionadas con problemas familiares que traían como resultado la imposibilidad de tramitar los beneficios. La más frecuente está relacionada con aquellos NNyA que no residen con sus padres (ya sea con alguno de ellos o con ninguno) y quienes se encuentran a cargo deben enfrentar una secuencia de trámites que muchas veces son

---

<sup>26</sup> Es decir, si bien es incompatible con la percepción de la AUH, la cobertura de los NNyA estaría teóricamente asegurada vía otro mecanismo. Asimismo, cabe señalar que la capacidad protectora que presenta la AFH es superior a la de la AUH, ya que la misma no presenta límites en términos de cantidad de hijos, se percibe el 100% del beneficio mensualmente y no es necesario cumplimentar con las condicionalidades.

<sup>27</sup> En la actualidad, ANSES y el Ministerio de Desarrollo Social han resuelto articuladamente que, cuando se realiza un *alta pura* de una PNC, ANSES efectúa el alta a todos los hijos inscriptos en el ADP. En otras palabras, cuando se realiza el alta de una nueva PNC no es necesario ya realizar los trámites en las dos dependencias en forma separada.



inaccesibles para ellos (ya sea por cuestiones asociadas a las distancias geográficas, a problemas con la documentación requerida, a la articulación entre diferentes instituciones, etc.). También las frecuentes disgregaciones y reconfiguraciones de los grupos convivientes, implican pérdidas de documentación y dificultades de comunicación para volver a realizar los trámites.

### 9. Conformación de redes informales

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

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

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

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

Pero la conformación de estas redes informales no siempre funciona de forma cooperativa; en algunos casos, puede significar que determinados mediadores retengan un porcentaje de lo cobrado cuando existen dificultades para que el destinatario pueda trasladarse, como también en la obtención de turnos y remedios en los centros de salud en lugares donde hay poca oferta de turnos y se concentra mucha demanda (Conurbano Bonaerense)<sup>28</sup>, la gestión de una PNC, o llevar papeles para completar trámites en las UDAs.

---

<sup>28</sup> “Te dicen que no hay... la otra vez tuve que ir con mi nena con la muela hinchada así para que me den un ibuprofeno... me dice te lo doy ahora pero no te lo doy más... te lo doy porque está así” (Madre de niña de tres años).



## **CONCLUSIONES**

La implementación de la AUH, significó un avance indiscutible en la protección de NNyA en Argentina. Si bien se encuentra bien focalizada en los estratos más vulnerables de la población, aún queda un conjunto significativo de hogares por cubrir los que, en su mayoría, parecen ubicarse en el extremo inferior de la distribución.

Como señalamos, la AUH es un programa de envergadura masiva que presenta una operatoria relativamente sencilla, pensada para un receptor genérico o universal que debe cumplimentar determinados pasos o acciones para su acceso y mantención. El presente trabajo apuntó a reconstruir y evaluar la microgestión del programa con el objetivo de detectar cuáles eran las posibles causas que provocan situaciones de exclusión.

Dejando al margen las exclusiones que se deben a la propia normativa (hijos de inmigrantes cuyos progenitores tienen menos de tres años de residencia, el tope de cinco niños cubiertos, aquellos sin cuidados parentales), se detectaron otras barreras difíciles de sortear para la población en situación de pobreza persistente o estructural. Las dificultades de accesibilidad a las instituciones y a la información necesaria para cumplimentar los trámites resultan una traba crítica. Estas dificultades se expresan de diferente manera según las características de segregación que presentan los territorios donde habitan estas familias (grandes distancias, dificultades de movilidad y acceso, territorios inundables, incendios frecuentes), dificultades asociadas a la disponibilidad y acceso a los servicios de salud y educación y otras instituciones para realizar los trámites necesarios, existencia de núcleos familiares fragmentados con dificultades de contactos entre progenitores por disoluciones conflictivas, distanciamientos, o por migraciones, por nombrar algunas situaciones que se transforman en barreras importantes a sortear. En este sentido, la demora en la inscripción de los recién nacidos o la falta/perdida de documentación respaldatoria para acceder, como también, la dificultad de conseguir un turno para realizar el control de salud, explican por ejemplo, el caso de los niños y niñas menores de 1 año, donde los niveles de cobertura solamente alcanzan un 53%.

Si no se trabaja sobre la superación de los obstáculos, sofisticando las formas de llegada a esas poblaciones, se puede terminar penalizando a quienes concentran mayor número de déficits para la reproducción de sus vidas cotidianas. Pensar formas de intervención más integrales (interinstitucionalidad) y de mayor cercanía (territorialidad de la articulación), resultan un desafío pendiente para aceptar el acceso de las poblaciones que se encuentran aún excluidas.

Finalmente, señalar que la cobertura de protección es segmentada institucionalmente en diferentes sistemas ligados a la situación laboral por las que atraviesan las familias, lo que implica algunas diferencias en la cantidad y calidad de las prestaciones, y en la operatoria para el acceso (como es el caso de las condicionalidades y su certificación). Tanto la AUH como la AE nacen en un ciclo de dinámica positiva de la economía y el empleo. A diferencia, las medidas de política económica implementadas desde 2016 están teniendo efectos negativos en la generación de empleo, en la calidad del mismo y en el poder de compra de los salarios y de las transferencias de ingresos como las que aquí nos ocupan. Por tanto, más allá de la discusión sobre la mayor complejidad que requiere la intervención sobre la pobreza persistente y multidimensional, asistimos a un cambio en el marco general sobre el que operan las políticas de transferencia de ingresos y sus efectos sobre el mejoramiento de la calidad de vida.



### **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

BOLTVINIK, Julio (2003) “Tipología de los métodos de medición de la pobreza. Los métodos combinados.”, Revista Comercio Exterior, Vol. 53, Nº 5, Banco Nacional de Comercio Exterior, México D.F

CLEMENTE, Adriana (2014) “La pobreza como categoría de análisis e intervención”, en CLEMENTE, Adriana (coord.) Territorios urbanos y pobreza persistente, Buenos Aires. Espacio Editorial.

MAURIZIO, Roxana y VAZQUEZ, Gustavo (2014). “Argentina: efectos del programa Asignación Universal por Hijo en el comportamiento laboral de los adultos”, Revista de la CEPAL Nº 113, 121-144.

MORENO, Martín (2014) “Notas acerca de la medición de la pobreza” en CLEMENTE Adriana (coord.) Territorios urbanos y pobreza persistente, Buenos Aires. Espacio Editorial.

OIT, UNICEF y FLACSO (2013): “El acceso a la Asignación Universal por Hijo en los pueblos indígenas del norte argentino”, Buenos Aires.

UNICEF (2016) “Bienestar y pobreza en niños, niñas y adolescentes en Argentina”, Buenos Aires.