

Título: Evaluación de Impacto de la Asignación Universal por Hijo

Autores: Bernardo Kliksberg e Irene Novacovsky.

Síntesis curricular:

Bernardo Kilksberg es argentino y reside actualmente en Nueva York, es Doctor en Ciencias Económicas y en Ciencias Administrativas, además de Licenciado en Sociología, Licenciado en Administración y Contador Público egresado de la Universidad de Buenos Aires. Asesor especial de la ONU, PNUD, FAO, UNESCO, OPS, OMS y otros organismos internacionales. Es considerado el padre de la gerencia social y pionero de la ética para el desarrollo, el capital social y la responsabilidad social empresarial. Entre sus obras recientes se hallan los internacionalmente difundidos "Primero la gente", escrita con el premio Nobel de Economía Amartya Sen, "Escándalos éticos", declarado de interés cultural por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires y "Más ética, más desarrollo".

Irene Novacovsky es argentina y reside en Buenos Aires, es socióloga de la Universidad de Buenos Aires. Es especialista en los temas de pobreza y en el diseño y evaluación de políticas y programas sociales, desempeñándose en la gestión desde diversas instancias del Estado. Ha sido consultora en organismos internacionales: BID, Banco Mundial, CAF, UNESCO, UNICEF y PNUD y ha asesorado a las Presidencias de Venezuela, Guatemala, Paraguay y Honduras en el diseño de Políticas y Programa Sociales y Sistemas nacionales de monitoreo y evaluación.

Es autora de diversos artículos y libros, entre ellos, Manual de Gestión Integral de Programas Sociales orientada a Resultados: la Evaluación de Programas Sociales; De igual a igual. El desafío del Estado ante los nuevos problemas sociales; Informalidad laboral y exclusión social en América Latina; y, en colaboración, La difícil reforma pendiente: rearticulación de las relaciones entre Estado y sociedad civil;; Indicadores sociales para el seguimiento de la situación de desigualdad, pobreza y vulnerabilidad social; Situación de la infancia y adolescencia en Argentina; La respuesta de los gobiernos en el Área de Políticas Sociales ante la crisis en América Latina; Capital Social: clave para una agenda integral de desarrollo; La evaluación del programa Comunidades Especiales de Puerto Rico Gobierno de Puerto Rico"; La cuestión social en los 90: una nueva institucionalidad para las políticas sociales públicas;; Evaluación y control de la gestión pública por resultados y Asignación Universal por Hijo.

Resumen

El documento detalla los resultados obtenidos en la evaluación de impacto de la Asignación Universal por Hijo (AUH) implementada en la Argentina, luego de cuatro años de vigencia. Esta política implicó extender el sistema de asignaciones familiares preexistente, limitado a los hijos de los trabajadores registrados en la seguridad social, a los hogares encabezados por desocupados y trabajadores informales de bajos ingresos, encaminándose así a la universalización del sistema de protección social. El nuevo régimen incluyó corresponsabilidades en materia de salud y educación por parte de los niños y adolescentes receptores.

La evaluación se encaminó a comprobar el impacto sobre el bienestar de los hogares, las mejoras en el acceso a consumos esenciales y el cumplimiento de las corresponsabilidades de salud y educación. También eventuales efectos sobre las estrategias laborales implementadas por los miembros de los hogares que reciben la asignación, así como la percepción de los receptores acerca de la importancia de la transferencia monetaria en términos de sus condiciones de vida y consumo. Para ello se realizó un doble abordaje cuantitativo y cualitativo. El primero se basó en una encuesta sobre una muestra probabilística de hogares receptores y en la construcción de un grupo de comparación mediante modelación estadística, empleando la técnica del “vecino más próximo” a través de la estimación de la “propensión a participar”. El segundo fue realizado mediante grupos focales integrados por mujeres titulares de la AUH y entrevistas a informantes calificados.

Los resultados obtenidos permitieron verificar impactos destacables de la AUH en el nivel de vida de los hogares receptores, así como una importante contribución a la equidad en materia distributiva, tanto al interior del mismo grupo receptor como en términos de la población en general y los niños y adolescentes en particular. Asimismo, fueron constatadas apreciables mejoras en la asistencia y desempeño escolar, así como en materia de acceso a los cuidados sanitarios, atribuibles al cumplimiento de las corresponsabilidades en materia educativa y de salud. No se verificaron en cambio efectos de desaliento sobre la inserción laboral de los miembros adultos de los hogares, eventualmente señalados en relación con los programas de transferencias de ingresos. También fue posible formular recomendaciones encaminadas a la mejora en la implementación de esta política así como en su cobertura, en dirección a la generalización del sistema de protección social integral.

Introducción

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

Pueden observarse, no obstante, ciertos énfasis comunes renovadores, signo de la presencia de una nueva generación de políticas sociales. Entre ellos, el enfoque de derechos: la ayuda a los desfavorecidos es crecientemente legislada y planificada como la reintegración de un derecho. Ello reemplaza la concepción vigente durante décadas que la consideraba una “ayuda social”.

En la nueva idea, el Estado está cumpliendo con la obligación que tiene en una democracia de garantizar los derechos sociales básicos. Los que reciben sus aportes tienen derechos legítimos a exigirlos. (Kliksberg, 2011)

Este reciente contexto político regional promueve una nueva matriz de protección social, que encuentra motivación y fundamentos sólidos en la convicción de que es obligación de los Estados contribuir de manera activa a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población.

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

La Asignación Universal por Hijo (AUH) implementada en la Argentina a partir del año 2009, se enmarca en esta nueva cosmovisión para hacer frente al desafío de consolidar el Sistema de Protección Social y asegurar un abordaje integral. Actualmente, a cinco años de su puesta en marcha, diversos organismos internacionales han resaltado su operatividad gerencial y sus importantes impactos.

Sin embargo, la AUH no ha sido ajena a los debates que se han generado acerca de las políticas de transferencia condicionada de ingresos. Los temas de discusión que han alcanzado mayor trascendencia son los vinculados a los efectos sobre la actividad laboral, los roles de género y la fecundidad, así como la legitimidad de las corresponsabilidades.

Resulta esencial, por lo tanto, comprobar si los recursos asignados llegan a los destinatarios previstos y si contribuyen a los objetivos perseguidos. Se trata de una cuestión relacionada con la deseable transparencia de las políticas que, además, contribuye decisivamente a optimizar su implementación, reasegurar su legitimación y permanencia y a delinear, para el futuro próximo, el camino por recorrer hacia la inclusión social.

La evaluación, realizada por un equipo de profesionales¹ en el marco de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y la Universidad Nacional de Tres de Febrero, se ha encaminado a dar respuesta a un conjunto de preguntas esenciales: ¿En qué medida los ingresos recibidos permiten una mejora de la calidad de vida de los hogares más vulnerables y particularmente de niños, niñas y adolescentes, legítimos destinatarios de la prestación? ¿Cómo impacta la nueva política en la condiciones de salud y educación de niños, niñas y adolescente? ¿Tienen estos ingresos un efecto empoderador para las mujeres que los administran? ¿Es ésta una política potencialmente capaz de interrumpir el círculo de reproducción intergeneracional de la pobreza?

Éstos son algunos de los interrogantes que se intentaron despejar a partir de un amplio relevamiento muestral de escala urbana nacional, que comprendió 3.068 hogares encuestados y tuvo lugar entre noviembre de 2013 y febrero de 2014.

Los resultados de esta evaluación de impacto permiten refutar algunos de los planteos con datos empíricos.

El presente documento detalla los procedimientos y los resultados de la evaluación de impacto de la AUH y se organiza en cuatro secciones:

Un primer apartado está destinado a las características específicas de la AUH y a las circunstancias en que fue instrumentada, sus objetivos, corresponsabilidades y cobertura.

En la siguiente sección se detallan los objetivos e interrogantes que guiaron esta evaluación, además de explicitar la metodología empleada.

La tercera sección está destinada a dar cuenta de los principales resultados de evaluación de impactos en materia de ingresos, nutrición, salud, roles de género y educación.

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

¹ El equipo estuvo conformado por: Lic. Isidro Adúriz, Lic. Victoria Arinci, Lic. Horacio Chitarroni, Lic. Elisa Trotta y Lic. Naomi Wermus.

Antecedentes y creación de la Asignación Universal por Hijo

El debate sobre las transferencias de ingresos, ya sea en torno a garantizar un derecho al ingreso de manera incondicional, como es la propuesta del ingreso ciudadano o como una transferencia condicionada, no es novedoso en Argentina ni en la región. Desde mediados de la década de los 90, surgieron en América Latina programas de transferencias condicionadas de ingresos a los hogares (PTC), como respuesta a la crisis del mercado de trabajo y a la creciente exclusión social. Asimismo, se plantearon en el país diversas iniciativas acerca de la importancia de establecer la universalización de las asignaciones familiares –vigentes en el sistema de Seguridad Social para asalariados formales desde 1957– o la implementación de un ingreso ciudadano para la niñez (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2013).

En los años noventa y en particular luego de la crisis de 2001 se llevaron adelante intervenciones, tales como el “Plan Trabajar”, el “Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados” y el “Programa Familias”, entre otros, que constituyeron los antecedentes directos en el país de políticas de transferencia de ingresos.

La AUH establece un salto cualitativo en comparación con dichos programas ya que viene a integrarse en el marco más vasto del sistema de protección y Seguridad Social consolidado en Argentina a lo largo del siglo XX.

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

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

La AUH consiste en una transferencia monetaria a hogares destinatarios, seleccionados por sus condiciones de vulnerabilidad (vinculadas fundamentalmente a la precariedad de las inserciones laborales, causa fundamental de la insuficiencia de ingresos), a la vez que, a través de las corresponsabilidades, garantiza estándares adecuados de acceso a la educación y a la salud de niños, niñas y adolescentes. De tal modo, los recursos transferidos contribuyen a atenuar la desigualdad de las posiciones en el momento actual, mientras que, al favorecer el acceso de los niños a la educación y a la salud preventiva, les eleva el capital humano y mejora sus oportunidades presentes y a futuro. Tal como ha sido señalado, “una mayor inversión en capital humano durante la infancia determina una mayor capacidad de las personas para transformar el acceso a bienes y servicios en aquello que valoran y logran «ser» o «hacer» en las etapas posteriores de sus vidas (en términos de Amartya Sen), se trata de la facultad de transformar los bienes y servicios en un espacio de capacidades” (PNUD, 2010).

El monto original de la AUH se estableció inicialmente en \$180 (USD 20) mensuales por cada niño, niña y adolescente a cargo de hasta 17 años (hasta el límite de cinco receptores en el hogar), equivalente al máximo de la escala dispuesta por el régimen contributivo. En el caso de las personas con discapacidad no se impuso límite de edad y el monto de la transferencia alcanzaba a \$720 (USD 81). La normativa disponía exclusiones explícitas: los trabajadores que se desempeñaran en el ámbito de la economía informal pero percibieran una remuneración superior al salario mínimo, vital y móvil² (lo que en la práctica era de imposible comprobación, por lo que dependería de la autoexclusión de los mismos trabajadores), así como de los monotributistas, con la excepción de los inscriptos en el servicio doméstico y el monotributo social³.

Con el incremento dispuesto en mayo de 2014 que elevó la AUH a \$644 por hijo (USD 72), la prestación alcanzó su máximo poder adquisitivo histórico (CIFRA, 2014)⁴. El monto de la transferencia de la AUH resulta, en comparación con los programas de transferencias de ingresos de otros países de la región—los casos de Chile o Brasil, por ejemplo—, significativamente más elevado (Isuani, 2010).

² El Salario Mínimo Vital y Móvil al momento de la implementación se encontraba en \$1.440 (pesos argentinos). En la actualidad ascendió a \$4.400 (pesos argentinos).

³ Para que fuera posible el acceso a la Asignación, el decreto disponía que el destinatario fuese argentino, hijo de argentino nativo o por opción, naturalizado o residente, con residencia legal en el país no inferior a tres años. Asimismo, sería preciso acreditar la identidad mediante Documento Nacional de Identidad y el vínculo entre el titular y los niños, niñas y adolescentes receptores.

⁴ En junio de 2015 se anunció un nuevo aumento, que elevó la prestación a \$ 837 equivalentes a USD 90.

El total de niños, niñas y adolescentes cubiertos por la AUH llegaba hacia inicios de 2015 a más de 3,6 millones y más de 40% de ellos se situaban en los primeros tramos de edad (hasta los 5 años), es decir, cuando resultan más cruciales los controles de salud y el cumplimiento del plan de vacunación.

Cabe destacar que, por disposición de ANSES, a partir de marzo de 2013 la madre es la titular de la prestación de manera directa, aunque la tenencia de los hijos sea compartida. De igual manera sucede, como se mencionó, a partir del decreto 614/13 para las asignaciones familiares. Esta medida permite articular ambas prestaciones garantizando que sea un derecho de niños, niñas y adolescentes, evitando las habituales situaciones donde el padre hace uso arbitrario de las mismas.

Objetivos y metodología de la evaluación

La evaluación de impactos tiene como propósito principal verificar el cumplimiento de los objetivos que se propusieron al momento del lanzamiento de la AUH.

Entre los objetivos que se ha fijado alcanzar este estudio se destacan:

- Estimar los resultados e impactos atribuibles al desarrollo de la AUH.
- Medir los cambios en el nivel de bienestar de los hogares receptores de resultados de la implementación de la AUH.
- Identificar los eventuales efectos no esperados, positivos y negativos, que puedan haber resultado de la puesta en práctica de la AUH.
- Enunciar recomendaciones para nuevas acciones en materia de política social.

En cuanto a la metodología empleada para alcanzar dichos objetivos, se combinó una estrategia cuantitativa con una cualitativa. En los que respecta a esta última, se llevaron a cabo 12 grupos focales con mujeres receptoras de la AUH⁵ para recolectar las opiniones y las percepciones sobre esta política de las titulares. Además, se realizaron 21 entrevistas en profundidad con informantes clave de las áreas de educación y salud y de los gobiernos locales que vertieron sus testimonios acerca de las características de la AUH y los efectos que observaron.

⁵ Seis de estos grupos focales se realizaron con mujeres embarazadas y/o madres de niños o niñas de hasta 12 años; mientras que la mitad restante estuvo compuesta por mujeres con hijos de 13 años o más. Los grupos focales, así como las entrevistas, se efectuaron en distintas ciudades del país.

Para el diseño cuantitativo, dada las características de la AUH y la modalidad de su implementación, resultó imposible contar con una línea de base proveniente de mediciones realizadas al grupo de tratamiento y al grupo de comparación en el momento previo al comienzo de las prestaciones, requisitos del modelo cuasi experimental tradicional.

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

Para ello, se ha comparado el grupo de hogares receptores de AUH (Grupo de Tratamiento: GT) con un grupo de hogares no receptores (Grupo de Comparación: GC) con perfiles semejantes en características que no forman parte de los indicadores sobre los que se medirán los impactos. El procedimiento de selección estadística ha permitido presumir la igualdad inicial de ambos grupos en forma sustitutiva a la medición inicial.

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

A continuación se detallan las especificidades del diseño muestral, del modelo estadístico utilizado y el control de efectos.

Diseño muestral

La muestra se confeccionó a nivel urbano nacional, teniendo en cuenta la estratificación por estrato poblacional. A continuación se detalla brevemente un conjunto de características de la muestra obtenida:

- Probabilística: Cada hogar seleccionado del universo estudiado y las personas de las edades consideradas que fueron finalmente elegidas tienen una probabilidad de selección conocida y superior a cero. Este tipo de muestra permite establecer anticipadamente la precisión deseada en los resultados principales, y calcular la precisión en todas las estimaciones obtenidas.
- Estratificada: Se consideraron localidades de todo el país, correspondientes a tres estratos poblacionales diferenciados (Área Metropolitana, localidades mayores a 100.000 habitantes y localidades menores a 100.000 habitantes) a los fines de obtener resultados significativos para el total nacional y para cada una de estas poblaciones.

- Bietápica: Al interior de cada estrato se seleccionaron localidades a los fines de hacer representativa la muestra (unidad primaria de muestro, UPM).

Dentro de las localidades elegidas se seleccionaron receptores de manera aleatoria simple sobre listados de receptores/no receptores provistos por ANSES (unidad secundaria de muestreo, USM). La distribución se hizo de manera proporcional de acuerdo con la cantidad de receptores en cada una de las localidades que componen el estrato.

Los hogares que constituyeron el grupo de tratamiento surgieron del padrón de receptores de AUH provisto por ANSES. La preselección de la muestra de hogares a los que se relevó con la finalidad de seleccionar un grupo de comparación se hizo sobre el listado de demandantes y reclamos de ANSES, excluidos de la AUH por motivos administrativos (inconsistencia en la carga de datos, trámite incompleto, falta de documentación) y suspensión por impago.

La muestra final abarcó 1.755 hogares receptores y 1.313 hogares no receptores, distribuidos en los tres estratos geográficos.

El período de aplicación de la encuesta fue de noviembre de 2013 a febrero de 2014. El formulario se diseñó para que fuera administrado por un encuestador a la respondente del hogar; en el caso del grupo de tratamiento, la respondente fue la titular de la AUH y, en el caso del grupo de comparación, fueron las mujeres identificadas en el listado de reclamos de ANSES⁶.

Procedimientos estadísticos

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

Para establecer la “propensión a participar”, se utilizó un modelo de regresión logística binaria con el acceso o no a la prestación (ser receptor de AUH y no serlo) como variable dependiente y con un conjunto de características sociodemográficas de los hogares como variables independientes o

⁶ En el caso de registro de titulares varones, se entrevistó a la cónyuge o se reemplazó el hogar en los muy pocos casos de hogares monoparentales con jefe varón.

predictoras. En este último caso, como ya se señaló, se incluyeron variables de carácter estructural y sobre las que no era dable esperar impactos del programa.

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

Los hogares receptores de AUH seleccionados mediante este procedimiento estadístico (el grupo de tratamiento) conformaron una submuestra del total de hogares relevados en la encuesta: aquellos para los cuales pudo ser seleccionado al menos un hogar “gemelo” en el grupo de comparación en función de la distancia entre probabilidades de participar estimada por el modelo. A la inversa, del conjunto de hogares no receptores que fueron encuestados, solamente pasaron a integrar el grupo de comparación los que contaban con al menos un hogar “gemelo” en el grupo de tratamiento con igual criterio. Estos procedimientos han sido justificados por la literatura (Jalan y Ravallion, 1998). El análisis de los impactos esperados de la AUH, apelando a la comparación entre las submuestras que conforman el GT y el GC, así como el testeo estadístico de la significación de las diferencias halladas, se utilizó en las diferentes temáticas evaluadas.

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

Control de efectos

- La atribución y el control de efectos confusión

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

- El sesgo de selección

La modelación estadística del GC empleando *propensity score matching* permite controlar eficazmente el sesgo de selección.

En forma adicional, se procedió a una comparación sistemática entre el GT y el GC en variables ajenas a las acciones de la intervención, empleando pruebas de significación estadística.

- Contaminación del grupo de comparación

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

- Efectos de derrame

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

- Heterogeneidad y diversidad del impacto a través de subgrupos de la población

Dadas las corresponsabilidades diferenciales por edad (educación y salud) y la prioridad para la titularidad femenina, se esperaba que el impacto presentara variaciones por género y entre grupos etarios.

Resultados de la evaluación de impacto

Este apartado reúne los principales resultados surgidos del cálculo de las diferencias entre el grupo de tratamiento (GT) y el de comparación (GC) en diversas dimensiones sujetas al impacto de la intervención. Los principales hallazgos de esta evaluación que se detallan a continuación se organizan siguiendo los ejes de los debates sobre esta política, a saber:

1. El impacto de la transferencia de ingresos en la participación laboral de los receptores.
2. El impacto de las corresponsabilidades.
3. El impacto en los roles de género.
4. El impacto en la fecundidad.

1. El impacto de la transferencia de ingresos en la participación laboral de los receptores

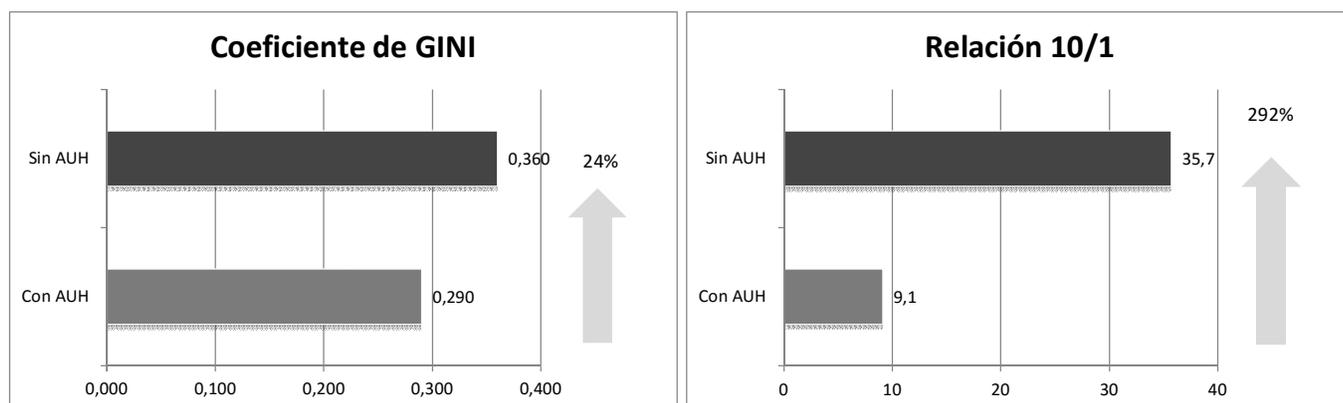
Una objeción que se ha formulado con frecuencia a los programas de transferencias de ingresos –y se ha hecho extensiva al caso de la AUH– apunta a sus eventuales efectos sobre la propensión de quienes las reciben a insertarse en la actividad económica. Se ha dicho que los ingresos provenientes de las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

Otros enfoques señalan que, desde otro punto de vista, también éstos podrían ser eventuales efectos positivos de las transferencias de ingresos, pues tenderían a elevar el salario medio de los trabajadores menos protegidos (por ejemplo, del servicio doméstico), con lo cual incrementarían, en lugar de disminuir, las posibilidades de escapar de la pobreza (Matarazzo y Suplicy, 2002). En el mismo sentido, la prestación de AUH puede facilitar la salida de las mujeres al mercado laboral al cubrir el costo de oportunidad, por ejemplo, pagando por cuidado externo (Novacovsky, 2010).

Los resultados de la evaluación llevada a cabo permiten descartar los presupuestos de desaliento a la actividad. Se observan, en cambio, efectos positivos tanto en la economía de los hogares (contribución al ingreso, disminución de la desigualdad) como en los niveles de actividad y empleo de los receptores.

La AUH realiza una contribución muy significativa a la **reducción de la desigualdad de ingresos**⁷, tanto entre los mismos hogares receptores como en el conjunto total de los hogares urbanos y añade a su capacidad de extender un derecho preexistente a quienes estaban privados de él, un efecto nivelador de ingresos que es, por sí mismo, virtuoso como contribución a la igualdad, si se entiende que ella es valiosa por mérito propio (Kliksberg, 2005; Dubet, 2011).

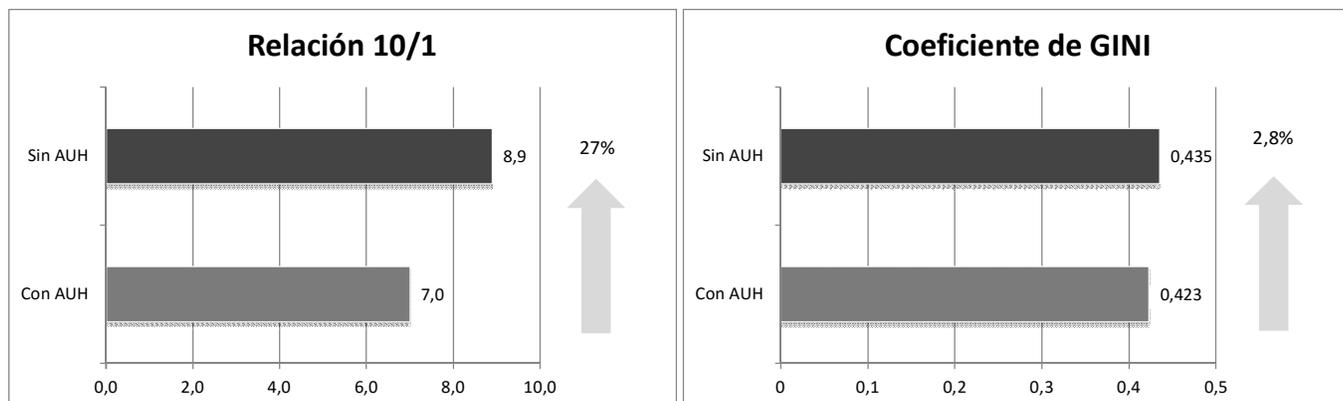
Gráfico 1. Impacto de la AUH en el coeficiente de Gini y en la relación de ingresos del décimo y el primer decil de IPCF de los hogares receptores de la AUH



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

⁷ Se realizaron ejercicios de simulación con la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) del INDEC correspondiente a 2013 y los datos de ingresos de la Encuesta de Evaluación de AUH, a través de la resta de los ingresos AUH.

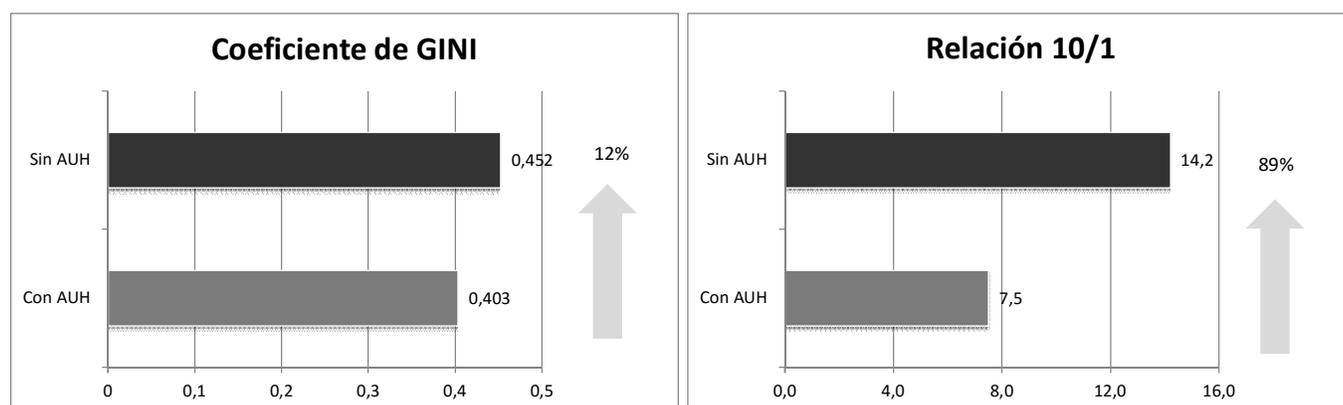
Grafico 2. Impacto de la AUH en el coeficiente de Gini y en la relación de ingresos del décimo y el primer decil de IPCF del total de hogares urbanos



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

Y, especialmente, permite reducir las desigualdades de acceso a los ingresos entre niños, niñas y adolescentes. Así, se evidencia que la AUH contribuye a reducir la desigualdad en las etapas iniciales de las trayectorias vitales y, por lo tanto, hace una contribución a la equidad en el punto de partida antes de que las diferencias en las oportunidades se tornen por entero irreversibles.

Gráfico 3. Impacto de la AUH en el coeficiente de Gini y en la relación de ingresos del décimo y el primer decil de IPCF en niños, niñas y adolescentes del total urbano



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

El principal **componente de los ingresos de los hogares receptores** de AUH es el de proveniencia laboral, que equivale en promedio a casi 62% del total, mientras que la Asignación equivale a casi la cuarta parte del ingreso total de estos hogares. El ingreso de origen previsional, en tanto, representa en promedio el 6% del total (cuadro 1).

Cuadro 1. Hogares receptores de la AUH según origen del ingreso total familiar. En porcentaje

Fuente de ingresos	%
Laboral	61,7
Previsional	5,8
Programas sociales (sin AUH)	1,6
AUH	24,6
Otras fuentes	6,3
Total	100,0

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

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

En casi 6 de cada 10 hogares receptores, la AUH no excede el 20% de los ingresos totales. Y en tres cuartas partes no supera el 30%. Pero en el otro extremo, hay una proporción reducida de hogares para los que es un recurso esencial y en casi el 5% de los casos resulta el único ingreso disponible (cuadro 2).

Cuadro 2. Hogares receptores de la AUH según participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

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

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

En el caso de los hogares monoparentales, la capacidad para obtener ingresos está menguada por una menor disponibilidad de fuerza de trabajo. En promedio, el ingreso provisto por la AUH equivale al 32% (casi un tercio) del ingreso total del que disponen estos hogares. Pero ese porcentaje asciende a casi 44% del ingreso total cuando se trata de los hogares que, si no contaran con la AUH, se situarían en el decil más bajo del total urbano nacional. En este tramo inferior se ubican casi dos terceras partes de los hogares monoparentales, para los cuales la AUH resulta crucial puesto que equivale a casi la mitad de sus ingresos (cuadro 3).

Cuadro 3. Hogares monoparentales receptores de la AUH según deciles de IPCF del total urbano y participación del ingreso de la AUH en el ingreso total familiar. En porcentaje

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

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

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

El acceso al ingreso provisto por la AUH no reduce la **propensión a insertarse en el mercado de trabajo** de los adultos. Por el contrario, la potencia, tanto en varones como mujeres.

Entre los jefes de hogar varones las tasas de actividad y empleo son notablemente más altas en los hogares receptores, mientras que las de desempleo son menores. Cuando se trata de mujeres, la actividad no muestra diferencias apreciables, aunque sí es más alto el empleo en el grupo de tratamiento, al tiempo que significativamente menor el desempleo (cuadro 4).

Es decir, los jefes de hogar que reciben la AUH se insertan en mayor medida en la actividad económica, y sus intentos resultan más eficaces. A su vez, se evidencia un mayor poder de selectividad en las búsquedas de empleo en un contexto de incremento de la actividad.

Cuadro 4. Impacto de la AUH en las tasas de actividad, empleo y desempleo según grupos poblacionales seleccionados. Diferencia GT-GC

Grupos poblacionales	GT – GC	Significación
<i>Población de 18 y más años</i>		
Actividad	1,6	No sign
Empleo	5,0	0,01
Desempleo	-5,3	0,01
<i>Jefes de hogar (varones)</i>		
Actividad	7,3	0,01
Empleo	10,2	0,01
Desempleo	-3,6	0,1
<i>Jefas de hogar (mujeres)</i>		
Actividad	1,0	No sign
Empleo	6,0	0,1
Desempleo	-7,1	0,05

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Otro punto de debate está asociado a las condiciones en las que se insertan en el mercado laboral los receptores de la AUH. Se han señalado posibles efectos de incentivo a permanecer en el mercado de trabajo informal, desdeñando la posibilidad del empleo formal que generalmente implicaría la pérdida de la prestación.

Según este postulado, podría suceder principalmente con los trabajadores cuentapropistas que desdeñarían registrarse legalmente, por ejemplo, como monotributistas, en especial, tratándose de actividades inestables y con ingresos muy variables. En estos casos podría existir una preferencia por mantenerse en la informalidad y asegurarse la estabilidad del ingreso provisto por la AUH.

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

La evaluación de este impacto se hizo a través de la información cualitativa recolectada ya que al tener como requisito de acceso a la prestación el no desempeño en el mercado formal, se anulaba la posibilidad de testear esta condición con el modelo cuantitativo. Se recogieron las percepciones de las titulares de AUH acerca de las ventajas que supone el empleo registrado, a través del abordaje cualitativo. Los testimonios muestran una gran valoración del trabajo “en blanco”, pues supone un sinnúmero de ventajas en términos de seguridad y prestaciones asociadas:

“Si me das a elegir, yo prefiero un trabajo en blanco”.

“(...) Porque tengo aportes, si me enfermo tengo derecho a quedarme en casa y cobrar igual... los aportes es lo más importante.”

“[Tenés] Obra social. Sabés que a fin de mes tenés la plata.”

“Me gustaría trabajar en una escuela por ejemplo. De portera. Pero que me paguen en blanco. Pero hoy por hoy te piden mínimo secundaria o computación... yo tengo la primaria nomás.”

“A mí me gustaría tener la suerte de ella que tiene al marido trabajando, con obra social... tiene todo más fácil. Un sueldo que le dura todo el mes. Nosotras con 700 o 1.000 pesos no vivimos todo el mes.”

“Me gustaría tener un trabajo y no depender del salario universal. Yo laburé toda mi vida y nadie me dio nada. Todo lo que tengo lo gané”.

“Me gustaría tener un sueldo bueno.”

[Con relación a las ventajas del empleo registrado] “Está buenísimo. [Tenés un] Recibo de sueldo para poder comprar algo... Si te accidentás tenés quien te cubra. No hay explotación.”

Además, se entiende que el tránsito de la informalidad a la formalidad no implica la pérdida de la prestación, ya que los trabajadores registrados, como ya se mencionó, reciben la Asignación Familiar por Hijo, además de otra serie de beneficios (como aportes jubilatorios, vacaciones, cobertura de obra social, entre otros).

Por otro lado, y como parte de los impactos de la AUH en la participación de los miembros de hogares receptores en el mercado de trabajo, se puede observar un efecto positivo en la los indicadores de trabajo infantil. Que los niños y las niñas trabajen acarrea graves problemas para su desarrollo. Sus consecuencias se hacen sentir tanto en la salud como en los logros escolares y personales.

El trabajo infantil es prácticamente nulo en el segmento de 5 a 13 años que reciben AUH. Entre los adolescente las actividades laborales resultan más significativas. La Asignación Universal por Hijo reduce la propensión a que los adolescentes se vuelquen de manera temprana al mercado de trabajo: este impacto es de -4,7 y -3,8 puntos (14 a 15 y 16 a 17 años respectivamente). En cuanto a las actividades de autoconsumo y tareas domésticas, no se observaron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el de comparación (cuadro 5).

Cuadro 5. Impacto de la AUH en las actividades económicas de niños, niñas y adolescentes según grupos de edad. Diferencia GT-GC

Actividades económicas	Tramo de edad			Total
	5 a 13 años	14 y 15 años	16 y 17 años	5 a 17 años
GT - GC	0,1	-4,7	-3,8	-1,4
Sign	No sign.	0,15	0,15	0,15

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La menor participación de los niños, niñas y adolescentes en actividades económicas es un dato alentador, asociado no sólo con la transferencia de ingresos que reciben los hogares sino también con el efecto de las corresponsabilidades que veremos a continuación.

2. El impacto de las corresponsabilidades en Salud y Educación

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

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

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

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

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

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

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

Algunos autores señalan además que, en la práctica, estas contradicciones parecerían resolverse a través de la valoración positiva de las condicionalidades por parte de los mismos titulares de la AUH, según surge de algunos testimonios de actores involucrados (Pautassi, Arcidiácono y

Straschnoy, 2013; Mazzola, 2012). Como lo ha consignado Mazzola (2012): “Los requisitos de la escolaridad y vacunación no son vistos por quienes deben cumplirlos como una pérdida de autonomía, sino como una «obligación-beneficio»”. En tal sentido, para los titulares, las condicionalidades proveerían una legitimación social pues posibilitarían concebir el beneficio como un ingreso ganado a cambio de un esfuerzo.

Una perspectiva que en cierta medida parece dirimir en términos teóricos la cuestión es la que propone referirse a corresponsabilidades en lugar de condicionalidades. Como señala Mazzola (2012): Un derecho no puede ser condicionado, por tanto debería hablarse en todo caso de **corresponsabilidad** más que de condicionalidad; si se establecen corresponsabilidades, éstas no sólo son de las personas, también lo son para el Estado: el Estado que debiera garantizar suficientemente la disponibilidad de oferta de servicios de salud y educación.

Al respecto, se sostiene que la demanda que es activada por los programas de transferencia condicionada debe ser absorbida por una oferta educativa y sanitaria que muchas veces no recibe inversiones extra o que no coordina acciones con los programas.

En respuesta a estas posiciones, Novacovsky (2010) plantea que “las condicionalidades apalancan la mejora de la oferta pública por la misma presión que ejercen la gente y los propios efectores de los servicios públicos ante la disyuntiva de no otorgar la prestación o el riesgo de pérdida del beneficio. Esto sirve de catalizador de la problemática. También los PTC desnudan el déficit oculto y las problemáticas de exclusión de los servicios de salud y educación redundando en una mejora de éstos.”

En lo que refiere a los datos empíricos en materia de salud y educación, los resultados de la evaluación de impacto de la AUH son muy alentadores en ambas áreas, lo cual responde a los cuestionamientos acerca de las corresponsabilidades evidenciando una mejora en los indicadores y una respuesta de la oferta que permite, en general, absorber esta nueva demanda.

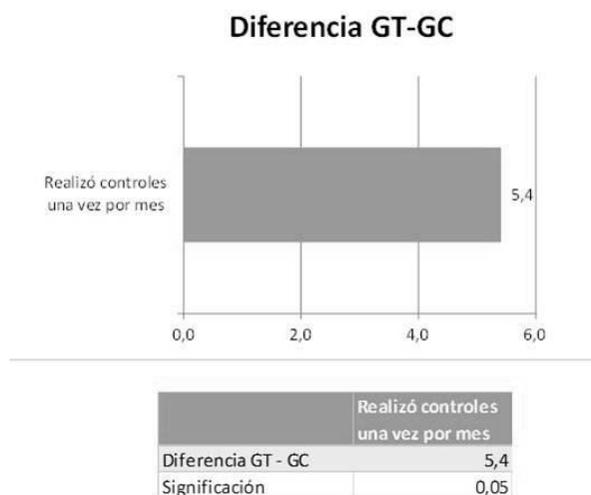
Mediante la inclusión de los **controles de salud** como requisito para acceder y mantener la AUH, se identifica la condición de salud como un factor clave que incide en la reproducción de las condiciones de vida de los hogares y se trata de transformarla.

Las corresponsabilidades fijadas por la AUH y la Asignación por Embarazo⁸ cumplen con el objetivo de asegurar los controles de salud adecuados durante el embarazo (gráfico 4). Puede apreciarse

⁸ A comienzos de 2011, se amplió la cobertura de la Asignación a mujeres embarazadas, a través del decreto 446/11: Las beneficiarias de la Asignación por Embarazo para Protección Social quedaron definidas por aquellas mujeres que se encuentran desocupadas, o son monotributistas sociales sin ninguna prestación contributiva o no contributiva, trabajan en el sector informal o en el servicio doméstico, y perciben un salario igual o inferior al salario mínimo, vital y móvil [...]

un impacto en los controles de salud de 5,4 puntos porcentuales, como resultado de las diferencias registradas entre las mujeres con hijos menores de 2 años del grupo de tratamiento y sus pares del grupo de comparación.

Gráfico 4. Impacto de los controles durante el embarazo en titulares de la AUH madres de menores de 2 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales

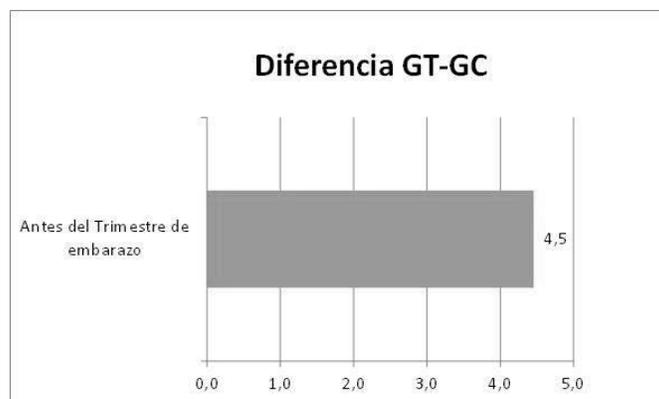


Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La consulta temprana es esencial para poder hacer un seguimiento preciso de la evolución del embarazo. Se consultó a las madres sobre el mes de embarazo que estaban cursando cuando realizaron la primera consulta de embarazo. El 95,7% de las receptoras AUH con hijos menores de 2 años realizó el primer control de su último embarazo durante el primer trimestre de gestación. En términos de impacto, podemos afirmar que la AUH ha contribuido a incrementar las consultas tempranas en 4,5 puntos porcentuales; se garantiza así un mayor bienestar de la madre y del niño en gestación (gráfico 5).

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

Gráfico 5. Impacto en titulares de la AUH madres de menores de 2 años que realizaron la primera consulta de embarazo antes del primer trimestre. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



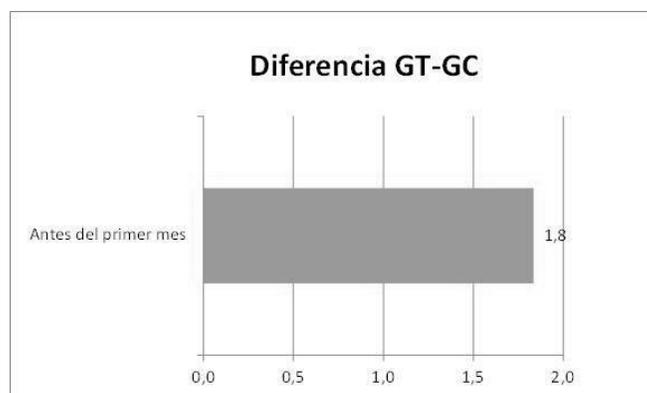
	Antes del Trimestre de embarazo
Diferencia GT - GC	4,5
Significación	0,05

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Los controles de salud de los recién nacidos son fundamentales para la detección temprana de enfermedades (ley 25.415)⁹. Del cotejo con el grupo de comparación debe señalarse que se verifica un impacto positivo en los controles antes del primer mes. El efecto de la AUH explica 1,8 puntos porcentuales de la atención para los recién nacidos; se incrementó la atención temprana y se redujeron los niveles de vulnerabilidad en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal (gráfico 6).

⁹ El primer control debe realizarse durante la primera semana de vida del bebé. En esta consulta se efectúa el examen para medir la capacidad auditiva y detectar hipoacusia. Asimismo, dentro de las 72 horas de nacido se efectúa un análisis de sangre ("prueba del talón") que permite detectar y tratar a tiempo enfermedades metabólicas congénitas. Todas estas prestaciones están incluidas dentro del Plan nacer/Programa sumar del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 6. Impacto de la AUH en el primer control del niño recién nacido. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Antes del primer mes	
Diferencia GT - GC	1,8
Significación	0,15

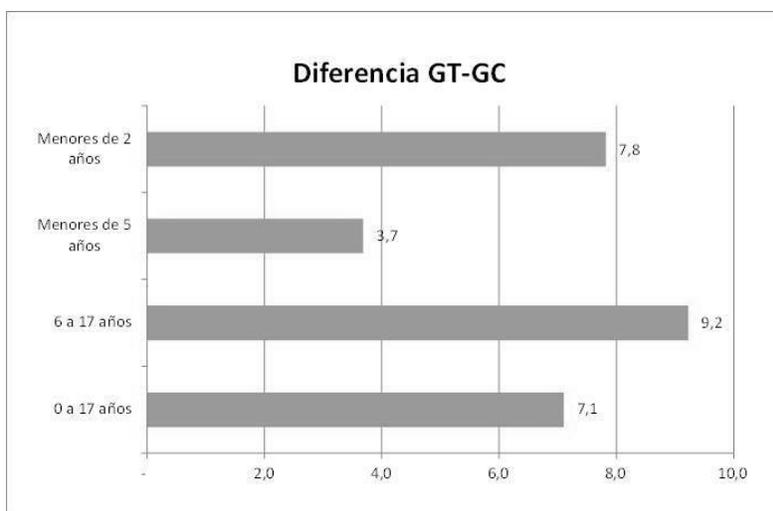
Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La gran mayoría (94,2%) de niños, niñas y adolescentes receptores de AUH se realiza los controles de salud adecuados para su edad¹⁰. En términos de impacto, se observan importantes contribuciones: el efecto de la AUH explica el incremento en 7,1 puntos porcentuales de los controles de salud entre los menores de 17 años, y resulta altamente significativo entre los menores de 2 años (7,8 puntos), lo cual contribuye fuertemente al desarrollo psicomotor de los niños y las niñas, y se garantiza también la aplicación del esquema de vacunación correspondiente. Asimismo, entre niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años, se destacan también fuertes impactos. La AUH muestra 9,2 puntos porcentuales de aumento en los controles de salud para este grupo etario (gráfico 7).

¹⁰ Los controles de salud y el calendario al día de vacunas son requisitos para la obtención y permanencia dentro de la AUH. Los niños, las niñas y adolescentes deben realizarse los controles de salud de acuerdo con la siguiente frecuencia:

- Hasta los 6 meses: mensual.
- Entre los 6 y los 12 meses: cada dos meses.
- Entre el primer y el segundo año: cada tres meses.
- De los 2 a los 3 años: semestral.
- A partir de los 3 años: un control anual.

Gráfico 7. Impacto de la AUH en los controles de salud de niños, niñas y adolescentes según grupos de edad. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Controles de salud	Menores de 2 años	Menores de 5 años	6 a 17 años	0 a 17 años
Diferencia GT - GC	7,8	3,7	9,2	7,1
Significación	0,05	0,1	0,01	0,01

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Los impactos en salud se evidencian también en el aspecto nutricional, lo cual contribuye a una mejor condición de salud de los niños, niñas y adolescentes receptores de AUH. Los ingresos de los hogares constituyen el principal determinante en sus pautas de consumo. Por lo tanto, al verse incrementados como consecuencia de la recepción de la AUH, se puede esperar una transformación en la forma en que estos hogares gastan su dinero.

La comparación entre los hogares receptores (GT) y el grupo de comparación (GC) arroja diferencias favorables al primero en lo que respecta al consumo de alimentos. El porcentaje de hogares que incrementaron el consumo de alimentos indispensables para una nutrición equilibrada, como carnes, frutas, verduras, leche y otros lácteos, es significativamente mayor en el grupo de tratamiento que en el grupo de comparación. Las variaciones oscilan entre 4,7 y 8,4 puntos porcentuales de impacto en el incremento del consumo (cuadro 6).

Cuadro 6. Impacto de la AUH en el consumo según alimentos. Diferencia GT-GC

Consumen más desde que recibe AUH...	GT - GC (%)	Sign.
Carne pescado o pollo	7,6	0,01
Leche	7,9	0,01
Frutas	5,8	0,01
Verduras	8,4	0,01
Lácteos (yogur, quesos, etc.)	7,1	0,01
Postres para niños	4,9	0,01
Golosinas	4,7	0,01
Galletitas dulces	5,9	0,01

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La AUH se muestra así como fuertemente coadyuvante a la mejoría de la salud infantil y la reducción del riesgo alimentario, rubro en que el país ha logrado un significativo progreso en los últimos años, según lo ha señalado un informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en 2013.

Como ya se ha señalado, uno de los objetivos centrales de la AUH es incidir en la ruptura de los mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza. Para alcanzar este objetivo, prioriza el **acceso y la permanencia de niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo formal**. A continuación se presentan los impactos logrados por la AUH en los distintos niveles de educación. En el nivel inicial, es posible apreciar que el efecto de la AUH en la escolaridad de niños y niñas de 3 a 5 años es alentador. La presencia de la AUH explica el incremento de las tasas de asistencia en 7,2 puntos (gráfico 8).

A la luz de los resultados, podemos afirmar que la implementación de la AUH contribuye a garantizar el acceso a la educación desde los primeros años de vida, al potenciar mejores resultados en esa etapa y al aumentar las chances sobre los logros educativos, la salud y la futura inserción en el mercado laboral.

Sin embargo, todavía las posibilidades de acceder a jardines de infantes no se encuentran garantizadas para todos los niños y las niñas por la falta de una oferta adecuada en el sector público. Este déficit perjudica principalmente a los menores de 5 años que pertenecen a los

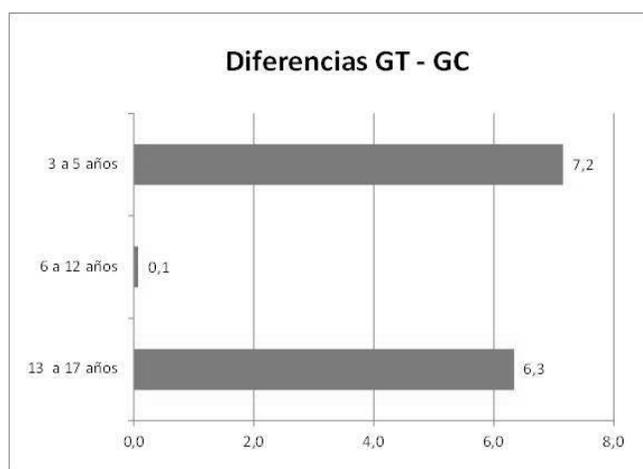
hogares más desfavorecidos, que ven limitadas las oportunidades de estimulación temprana. Esta situación genera, además, un condicionamiento para insertarse en el mercado laboral a las madres o familiares adultos que quedan en las tareas de cuidado. De esta manera, la posibilidad de obtener un ingreso adicional que contribuya a mejorar las condiciones de vida del hogar queda limitada, y se retroalimentan así las esferas de exclusión.

Entre los niños y las niñas de 6 a 12 años receptores de la AUH se observa un nivel de asistencia prácticamente universal (99,9%). Cabe señalar que la universalidad de la asistencia al primario es previa a la implementación de la AUH. En consecuencia, no existe impacto alguno comprobable por inexistencia de diferencias atribuibles a la Asignación Universal por Hijo.

En cuanto a los adolescentes, la retención en el sistema educativo en el nivel medio es clave por las mayores tasas de abandono escolar que se producen, por lo cual los impactos de la AUH resultan altamente significativos. En este tramo etario se registra una asistencia 6,3 puntos superior entre los adolescentes receptores de la AUH.

En síntesis, se puede afirmar que en las edades críticas (3 a 5 años y 13 a 17 años), las tasas de asistencia son, en el caso del grupo de tratamiento, entre 6 y 7 puntos porcentuales más altas que en el grupo de comparación. Sin la AUH, puede afirmarse, 7 de cada 100 niños y niñas que van al jardín o preescolar, y 6 de cada 100 adolescentes que asisten a la secundaria estarían fuera del sistema educativo (gráfico 8).

Gráfico 8. Impacto de la AUH en los niveles de asistencia de niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años*. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Tasa de asistencia	3 a 5 años	6 a 12 años	13 a 17 años
Diferencia GT - GC	7,2	0,1	6,3
Significación	0,1	No sign	0,05

* Incluye a los adolescentes de 17 años.

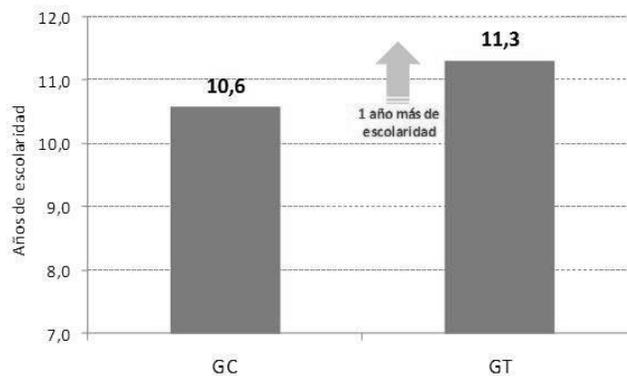
Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Por lo tanto, sin lugar a dudas, el efecto de la AUH contribuye a la reducción de las desigualdades al inicio del ciclo escolar, compensando déficits de capital cultural del hogar de origen y, en la adolescencia, brindando las credenciales mínimas para insertarse en el mercado del trabajo en empleos de mejor calidad.

El impacto de la AUH en educación, también, puede medirse en términos de la cantidad de años de escolaridad. Se calculó cuántos años de escolaridad completaban los adolescentes de 14 a 17 años y se compararon los datos correspondientes al grupo de tratamiento y al grupo de comparación. Como resultado se puede observar que los adolescentes receptores de AUH han ganado casi un año (0,73) de escolaridad con respecto a sus pares de los hogares del grupo control. Esta diferencia equivale a una ganancia de 132 días de clase adicionales (gráfico 9).

Este hallazgo resulta alentador, dado que los años de escolaridad constituyen un factor de gran influencia en las trayectorias futuras de estos jóvenes.

Gráfico 9. Impacto de la AUH en los años de escolaridad de adolescentes de 14 a 17 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales

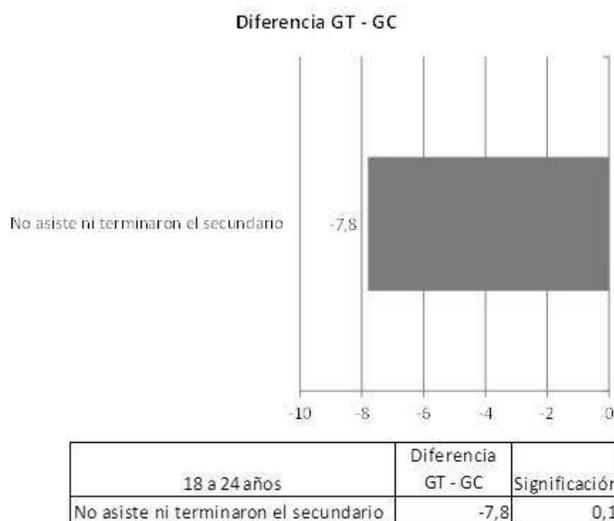


Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Por efecto expansivo de las corresponsabilidades en educación, la AUH demuestra que para los jóvenes entre 18 y 24 años la terminalidad secundaria está mucho más al alcance de la mano. Si analizamos el impacto entre el grupo de tratamiento y el grupo de comparación, podemos afirmar que la AUH logró reducir en 7,8 puntos la proporción de jóvenes que no asisten ni terminaron el

secundario (gráfico 10). Es esperable que los efectos del PROG.R.ES.AR¹¹ potencien aún más las mejoras en las trayectorias educativas de la población joven de hogares vulnerables.

Gráfico 10. Impacto de la AUH en la educación de jóvenes de 18 a 24 años. Diferencia GT-GC. En puntos porcentuales



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Son innumerables las declaraciones para extraer de la información cualitativa que remiten a la importancia atribuida a la AUH como motivadora de la asistencia escolar y del cuidado de la salud. Se citan algunas a los fines de ilustrar esta noción, tan presente y valorada por las titulares:

Ahora las madres lo llevan a la escuela. ¿Sabés cuántas conocía que no los llevaban, ni se preocupaban por esa criatura?

Las han hecho razonar: “Si no me hago el control, no recibo la plata”.

Hay que ser más responsable con los chicos. Porque por ahí lo tenés que llevar al control y antes decías... “Lo llevo el mes que viene”.

¹¹ El Programa de Respaldo a Estudiantes de Argentina se puso en vigencia a partir del ciclo lectivo 2014 para jóvenes de 18 a 24 años que asistan a instituciones educativas habilitadas por la Ley de Educación Nacional 26.206 y centros de formación profesional registrados ante el Ministerio de Educación o el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Es mejor porque también te controlan por la educación de tus hijos. Mi hermana con cinco hijos no les llevaba a la escuela, ni al doctor. Con la libreta lo empezó a hacer.

Muchas no le llevaban el apunte a los hijos, que se críen solos. Ahora que tienen su plata atienden más a los hijos.

Antes no veías a ninguna, ahora están todas en la salita. Ahora se vacunan. Hay chicos que han mejorado la alimentación.

Yo digo que gracias a la Asignación no hay lugar en la escuela. En barrios bajos la gente no mandaba a los chicos al colegio. Ahora si no los mandan, no cobran. Ahora es un lío encontrar lugar.

Hay chicos que no iban antes a la escuela y ahora van. Lo importante es que les hace bien a los chicos. Van a la escuela y ahí comen y además aprenden. No van a ser como los padres, que son ignorantes.

Cuando yo iba al secundario mi viejo a veces no me podía dar plata para las fotocopias o para el pasaje y me tenía que quedar. Ahora no hay mucha excusa...

Se motiva a muchos chicos para ir a la escuela.

Me obliga a que obligue a mi hija a ir. La de 12 no la crié yo, ahora es responsabilidad mía. Y la chiquita es más consciente que yo: "Tengo que ir porque si no, no te van a pagar". Ella dice que es como ir a trabajar porque va y le pagan.

Creo que los chicos sienten que tienen que ir porque cobran.

Mi hijo tiene un amigo de 17 que le dice: "Tengo que ir a la escuela porque mi mamá cobra la Asignación".

Finalmente, las corresponsabilidades tienen un impacto en la movilidad y la reproducción intergeneracional de la pobreza. La AUH logró hacer cuña en el círculo vicioso donde la escolaridad de la madre determinaba el control de salud y la asistencia y rendimiento escolar de sus hijos. En las nuevas generaciones es posible apreciar la continuidad y los años de escolaridad ganados; un tercio de adolescentes que reciben la prestación consigue una movilidad educacional ascendente respecto de la titular.

Este dato es 6 puntos porcentuales más favorable que el obtenido para el grupo de comparación (Cuadro 7).

Cuadro 7. Impacto de la AUH en la movilidad educacional ascendente de los adolescentes de 15 a 17 años con respecto a la titular de la AUH o la potencial titular. Diferencia GT-GC

	GT - GC	Sign
Movilidad ascendente	6,1	0,15

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

Sin duda la AUH habilita un proceso de movilidad ascendente que está comenzando a gestarse entre los hogares que la reciben. Su aptitud para detener la dinámica de reproducción intergeneracional de la pobreza así lo demuestra.

3. El impacto en la fecundidad

Se ha dicho que los programas de transferencia de ingresos, en la medida en que sus prestaciones crezcan con el número de niños presentes en el hogar, podrían inducir un aumento del tamaño de las familias destinatarias provocado por una fecundidad incrementada. Y ello, una vez más, por vía de la mayor “carga demográfica”, podría aumentar la probabilidad de ser pobres. Esto a su vez podría vincularse con el inicio temprano de la maternidad y la paternidad entre estos sectores.

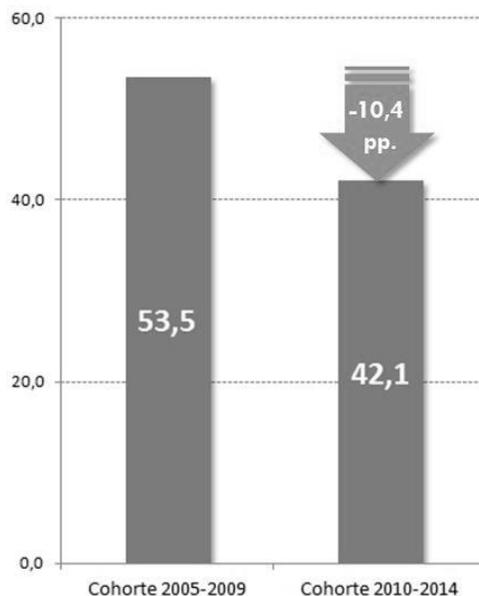
“Las madres jóvenes que son proporción importante en los sectores más humildes padecen riesgos mucho más altos que los promedios de madres de la población [...] Sus niveles de desprotección durante el embarazo y en el mismo parto son considerablemente superiores

a las medias. Esto va a impactar las cifras de mortalidad materna en las jóvenes desfavorecidas y de riesgos de daños en el parto.” (Kliksberg y Sen, 2007)

Sin embargo, los supuestos de incentivo a la fecundidad no se basan en evidencia empírica, ya que la tasa global de fecundidad de la Argentina se ha mostrado tendencialmente declinante entre los dos últimos censos. La caída resultó más pronunciada en las provincias con mayor incidencia de la AUH.

Con respecto a la **maternidad adolescente**, la mitad de las titulares receptoras de AUH fueron madres adolescentes. Pero si se evalúa este fenómeno por cohorte, encontramos que desde la implementación de la AUH la maternidad adolescente ha disminuido entre las titulares y las adolescentes destinatarias de la Asignación. El 53,5% de las receptoras que fueron madres entre 2005 y 2009 tenía menos de 20 años, mientras que entre las mujeres que fueron madres en el período de 2010 a 2014 (se considera hasta febrero de ese año), solamente el 42,1% eran adolescentes. Es decir, que se redujo más de 10 puntos porcentuales la proporción de madres adolescentes entre las mujeres que reciben AUH entre un período y el otro (grafico11).

Gráfico 11. Maternidad adolescente (hasta 19 años) de receptoras de AUH según cohorte. En porcentaje



Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La baja significativa entre una cohorte y otra se asocia a que las y los adolescentes y jóvenes que reciben AUH están ahora más educados y también tienen un mayor acceso a los servicios de salud, tanto para los controles como para obtener información y acceso a métodos anticonceptivos que contribuyen a la planificación familiar.

4. El impacto en los roles de género

Han surgido críticas que afirman que los programas de transferencia de ingresos contribuyen al reforzamiento de las pautas y de los roles tradicionales de género, “maternizando” a las mujeres al inducirlas a abandonar las búsquedas laborales, abocarse al cuidado de los hijos y ocuparse de la reproducción doméstica en desmedro de la búsqueda de independencia económica a través del trabajo y el desarrollo personal (CEPAL, 2012).

Es decir que en lugar de empoderar a las perceptoras, al designarlas como responsables por el cumplimiento de las corresponsabilidades, refuerzan el rol tradicional de la mujer, tanto en el hogar como en la comunidad (López, 2004; Daeren, 2004; Adato et al., 2000; González de la Rocha, 2005; Arriagada y Mathivet, 2007).

Refutando estas hipótesis, la AUH parece redistribuir el “poder de negociación” intrafamiliar, en tanto diversifica las fuentes de donde proviene el dinero, que indudablemente constituye un elemento de poder (Wainerman, 2002). En este punto es posible realizar el contraste con el grupo de comparación, para detectar posibles impactos de la intervención en la capacidad de decisión respecto del manejo del dinero. Se trata de un aspecto clave.

Se comparó la declaración de las titulares AUH y de las mujeres (titulares potenciales) del grupo de comparación acerca del miembro del hogar en quien recae la provisión de dinero y la toma de decisiones sobre gastos. En términos de la provisión de los recursos económicos, la proporción de titulares de AUH que se identifican como las principales proveedoras del hogar es significativamente más elevada (8,5 puntos) que entre las mujeres pertenecientes al grupo de comparación (cuadro 8).

En cuanto al **empoderamiento** que se deriva de la capacidad de determinación sobre el uso del dinero, la proporción de hogares donde el manejo del dinero queda a cargo de las mujeres es significativamente más elevada entre los hogares receptores. La AUH contribuye en 8,8 puntos porcentuales al empoderamiento de la mujer (cuadro 8).

Cuadro 8. Impacto de la AUH en la identificación del proveedor principal y el decisor del hogar.

Diferencia GT-GC

¿En su hogar, quién provee la mayor parte del dinero?	Diferencia	Significación
	GT – GC	
Titulares o “potenciales” titulares	8,5	0,01
¿En su hogar, quién decide en qué y cómo se gasta el dinero?	Diferencia	Significación
	GT – GC	
Titulares o “potenciales” titulares	8,8	0,01

Fuente: Encuesta Evaluación AUH 2013-2014.

La evidencia empírica sustenta, pues, la hipótesis de un impacto “empoderador” de la AUH sobre las mujeres titulares, al brindarles un mayor control de los recursos económicos en sus hogares.

Conclusiones, recomendaciones y desafíos

En tan sólo cinco años de vigencia, el régimen de AUH ha demostrado una extraordinaria capacidad para achicar las brechas de desigualdad que separan a niños, niñas y adolescentes (en ingresos, alimentación, educación y salud) provenientes de hogares vulnerables y excluidos del resto de los niños de otros sectores sociales.

La AUH realiza una contribución muy significativa a la reducción de la desigualdad de ingresos, tanto entre los mismos hogares receptores como en el conjunto total de los hogares urbanos. Y, especialmente, permite reducir las desigualdades de acceso a los ingresos entre niños, niñas y adolescentes. Con ello, concurre eficazmente a instalar equidad en el punto de partida, en una etapa inicial de la vida que resulta decisiva, cuando se define gran parte de las oportunidades futuras.

El ingreso complementario y estable que constituye la AUH representa, en promedio, un cuarto del conjunto de los ingresos familiares, y para los hogares más pobres alcanza el 40%. Esto ha permitido asegurar la alimentación y un incremento en la cantidad y calidad de alimentos que consumen sus receptores.

Se destaca que el acceso al ingreso provisto por la AUH no reduce la propensión a insertarse en el mercado de trabajo. Por el contrario, la potencia, tanto entre varones como mujeres.

Se puede señalar al respecto que los acrecentamientos más sustanciales ocurren en rubros especialmente sensibles y prioritarios (proteínas, lácteos, frutas y verduras), indispensables para una nutrición saludable y equilibrada.

La evidencia empírica arrojada por esta evaluación sustenta la hipótesis de un impacto empoderador de la AUH sobre las mujeres titulares, al brindarles un mayor control de los recursos económicos del hogar. Es cierto que la carga de la reproducción doméstica continúa pesando desproporcionadamente sobre las mujeres; sin embargo, no se desprende de la evaluación evidencia empírica que permita afirmar que los roles de género tradicionales se cristalicen como consecuencia del acceso a la AUH.

Desde la temprana infancia, mediada por las corresponsabilidades que garantizan la atención de la salud (incluso desde los controles prenatales y el parto promovidos a partir de la implementación de la Asignación por Embarazo para Protección Social), los niños y las niñas acceden masivamente a los cuidados adecuados y regulares determinados por la normativa nacional y las recomendaciones de los organismos internacionales.

Como hallazgo significativo de esta evaluación al respecto, cabe destacar que más allá del óptimo cumplimiento de las corresponsabilidades que aspiran a garantizar asistencia en edades de educación obligatoria (educación preescolar, primaria y secundaria), la AUH ha demostrado una gran capacidad para ejercer un efecto estímulo en la asistencia escolar de los más pequeños, principalmente entre niños y niñas de 4 años (8 de cada 10 asisten). Esto conlleva ventajas tanto para ellos como para sus madres, que liberan tiempo para dedicar a otras actividades (fundamentalmente laborales). La AUH contribuye así a achicar la brecha de desigualdad respecto de otros sectores sociales, neutralizando la estratificación de origen.

Entre los adolescentes de 14 a 17 años, el regreso a la educación media y la mayor retención implican una ganancia de casi un año de permanencia en el sistema educativo. Este impacto se traduce en el incremento del capital educativo de los hogares de pertenencia de este grupo y aumenta las posibilidades de mejorar las condiciones de vida presentes y futuras. En efecto, la mejora en el nivel educativo de los adolescentes permitirá una participación más plena en la sociedad, aumentará las posibilidades de acceder a un empleo de calidad en el futuro, además de ejercer un freno a la inserción precoz y precaria en el mercado de trabajo (especialmente en el caso de los varones), reducirá las probabilidades de realizar tareas domésticas intensas que habitualmente corresponden al universo de los adultos (especialmente en el caso de la mujeres) y acotará las probabilidades de un embarazo no deseado o de iniciar una maternidad y/o paternidad

temprana. En este último aspecto, a partir de la comparación de cohortes generacionales de madres actualmente receptoras de AUH, previa y posterior a la implementación de la prestación, se observa una reducción de 10 puntos porcentuales en el indicador de maternidad adolescente, un factor clave en la interrupción de los mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza.

Por efecto expansivo de las corresponsabilidades, la AUH demuestra que para los jóvenes de entre 18 y 24 años la terminalidad secundaria está mucho más al alcance de la mano. Esto se traduce en un doble efecto virtuoso: por una parte, dota a estos jóvenes, que en muchos casos ya tienen una familia a cargo, de mayores y mejores herramientas para adecuarse a la oferta laboral del mercado formal que cada vez exige mayores credenciales; por otra parte, garantizará para sus hijos mayores probabilidades de transitar una trayectoria educativa menos escarpada que la propia y, de este modo, evitará la reproducción de las carencias y la exclusión propias de su hogar de origen. No es extraño entonces que, en este contexto, las titulares de la prestación valoren positivamente casi de manera unánime las corresponsabilidades impuestas por la prestación.

Sin duda, la AUH habilita un proceso de movilidad ascendente que está comenzando a gestarse entre los hogares que la reciben. Su aptitud para detener la dinámica de reproducción intergeneracional de la pobreza así lo demuestra.

Se pueden identificar, sin embargo, algunos desafíos para la expansión y el fortalecimiento del sistema de protección social en Argentina. Para asegurar los resultados e impactos de la AUH es fundamental la actualización del monto de la prestación, que hasta ahora ha sido constante¹². Sin embargo, no está fijado un mecanismo automático y permanente para dicha actualización, por lo que sería fundamental institucionalizar los incrementos.

En el área de salud existe cierto desacople de la oferta pública a la demanda generada por la AUH, el acceso a la consulta estimulado por las corresponsabilidades debería ser la puerta de entrada al ejercicio de una medicina preventiva de calidad así como a otros niveles de la atención de salud (incluyendo el acceso a la información y atención de salud sexual y reproductiva).

Con respecto a la educación, si bien hay importantes progresos en la asistencia al jardín de niños de 4 años, todavía falta avanzar para garantizar un acceso gratuito y universal en la primera infancia. Dado el déficit de oferta estatal de jardines maternos y de infantes, se deberían desarrollar estrategias que permitan cubrir la demanda.

¹² En junio de 2015 el Poder Ejecutivo anunció el envío al Congreso de una ley que dispone un mecanismo de actualización automático del monto.

Para el nivel primario, se remarca que la asistencia es universal, pero en jornada simple, pues la jornada extendida resulta minoritaria por déficit de la oferta. Significa un desafío pendiente, ya que brindar la posibilidad de que los niños y las niñas pasen más horas en la escuela generaría un impacto virtuoso al mejorar sus oportunidades a futuro, a la vez que disminuiría la carga sobre las mujeres que muchas veces se ven obligadas a sacrificar horas de estudio y/o trabajo para dedicarse al cuidado de sus hijos. También es una deuda, porque está contemplado en la Ley 26.206 de Educación Nacional de 2006 (art. 28) que esto se cumpla.

En el nivel medio, el desafío será acompañar exitosamente en su carrera escolar a un gran número de adolescentes, algunos de ellos con trayectorias educativas complicadas, marcadas por la repitencia y las interrupciones. El apoyo educativo y un monto adecuado de la prestación para los adolescentes de 15 a 17 años, se presentan como elementos fundamentales para estimular la asistencia y neutralizarla salida temprana al mercado de trabajo.

Entre las estrategias de articulación y abordaje de los déficits, sería importante establecer que los receptores de AUH tengan prioridad en jardines maternos y de infantes, en escuelas de doble escolaridad, en apoyo escolar, en actividades deportivas y culturales, en programas para la terminalidad educativa de jóvenes y adultos, en prestaciones de salud, en descuentos en medios de transporte y tarifas de servicios públicos, en programas de fomento al empleo, en microcréditos, en planes de vivienda, en provisión de servicios e infraestructura y en acceso a internet, entre otros. Esta propuesta puede abordarse desde distintas perspectivas complementarias, dando prioridad a los destinatarios en forma individual y/o priorizando la inversión e intervención en las áreas geográficas, escuelas, centros de salud, etc., donde se concentran destinatarios de AUH.

A fin de fortalecer el Sistema de Protección Social, será preciso enfocar hacia los receptores de AUH acciones integrales interministeriales e interjurisdiccionales en determinados grupos y problemáticas, como familias numerosas, cuidado infantil, embarazo adolescente, trabajo infantil, adolescentes que abandonan la escuela, entre otros.

En síntesis, la AUH se constituye, por sus características, su impacto y la posibilidad de llegar a la población más vulnerable, en una puerta de entrada al Sistema de Políticas Sociales. Se ha logrado la integración de las prestaciones contributivas y no contributivas de manera de generar un verdadero Sistema de Protección Social. La problemática de la desigualdad y la pobreza requiere de un abordaje integral dada la multiplicidad de factores que actúan simultáneamente como causas y efectos de su producción y reproducción. En ese sentido, sería clave avanzar en dos

direcciones: por un lado, profundizando la articulación con el resto de las políticas, programas y prestaciones sociales, y por otro abordando los déficits existentes. En este sentido se requiere establecer normativa, procedimientos y circuitos para institucionalizar una Red de Protección e Inclusión social, dejando atrás, de este modo, y de manera definitiva, las viejas concepciones de programas sociales tradicionales focalizados sobre la base de necesidades coyunturales.

Para finalizar, los resultados que se desprenden de esta evaluación constituyen hallazgos alentadores acerca del camino que ha seguido la AUH a un lustro de su implementación. Los avances en materia de educación, salud, ingresos e inclusión social, como en la conformación y extensión del Sistema de Seguridad Social, así lo demuestran.

Referencias Bibliográficas:

- Adato, M., B. de la Brière, A. Quisumbing y D. Mindek (2000), *The Impact of Progresa on Women's Status and Intrahousehold Relations*, Washington dc, International Food Policy Research Institute.
- Arriagada, I. y C. Mathivet (2007), "Los programas de alivio a la pobreza. Puente y oportunidades. Una mirada desde los actores", Serie Políticas Sociales N° 134, cepal-Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- ANSES (2012), "La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en Perspectiva", Observatorio de la Seguridad Social, ANSES.
- Campbell, D. y J. Stanley (1973), *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*, Buenos Aires, Amorrortu.
- CEPAL (2012), *Los bonos en la mira. Aporte y carga para las mujeres*, Santiago de Chile, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe.
- Daeren, L. (2004), "Mujeres pobres: ¿prestadoras de servicios o sujetos de derecho? Los programas de superación de la pobreza en América Latina desde una mirada de género", documento preparado para la reunión de expertos "Políticas y programas de superación de la pobreza desde la perspectiva de la gobernabilidad democrática y el género", Unidad de la Mujer cepal-conamu, Quito, agosto.
- Dubet, F. (2011), *Repensar la justicia social. Contra el mito de la igualdad de oportunidades*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- González de la Rocha, M. (2005), "Familia y política social en México. El caso de Oportunidades", ponencia presentada a la reunión de expertos "Políticas hacia la familia, protección e inclusión sociales", Santiago de Chile, 28-29 de junio, cepal.
- Isuani, A. (2010), Presentación en Asignación Universal por Hijo, ciclo de conferencias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales (AAPS), la Red Argentina de Ingreso Ciudadano (REDAIC), con el auspicio de UNICEF Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita Argentina AMIA, UNICEF-AMIA-REDAIC-AAPS.
- Jalan, J. y M. Ravallion (1998), *Income Gains from Workfare: Estimates for Argentina's TRABAJAR program using matching methods*, Washington DC, Development Research Group-Banco Mundial.

- Kliksberg, B. (2005), *La agenda ética pendiente de América Latina*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Kliksberg, B. y A. Sen (2007), *Primero la gente*, Barcelona, Deusto.
- Kliksberg, B (2011), *Escándalos éticos*, Buenos Aires, Temas
- Lazo, T. y E. Philipp (2003), “Uso de la regresión logística para la construcción de un grupo de control”, en S. Lago Martínez, G. Gómez Rojas y M. Mauro (coords.), *Entorno de las metodologías: abordajes cualitativos y cuantitativos*, Buenos Aires, Proa xxi.
- López, G. (2004). “Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (antes Progresá)”, ponencia presentada a la reunión de expertos “Políticas y programas de superación de la pobreza desde la perspectiva de la gobernabilidad democrática y el género”, Quito, cepal-conamu, agosto.
- Matarazzo Suplicy, E. (2002), “De la renta mínima a la renta básica. La reciente evolución de un instrumento de combate a la pobreza y a la desigualdad”, *Agalia*, Nº 71-72.
- Mazzola, R. (2012), *Nuevo paradigma. La Asignación Universal por Hijo en la Argentina*, Buenos Aires, Centro de Estudios y Desarrollo de Políticas (cedep)-Prometeo.
- Novacovsky, I. (2010), Presentación en Asignación Universal por Hijo, ciclo de conferencias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales, la Red Argentina de Ingreso Ciudadano, con el auspicio de unicef Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita Argentina.
- Pautassi, L., P. Arcidiácono y M. Straschnoy (2013), *Asignación Universal por Hijo para la Protección Social de la Argentina. Entre la satisfacción de necesidades y el reconocimiento de derechos*, Santiago de Chile, CEPAL/UNICEF.
- PNUD (2010), *Informe regional para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la pobreza*, Nueva York
- Rosenbaum, P. y D. Rubin (1985), “The central role of propensity score in observational studies for causal effects”, *Biometrika*, Nº 70, Londres.
- Zibecchi, C. (2008), “Programas de transferencias de ingresos. ¿Más condicionalidades y menos derechos para madres pobres? Un análisis en base a tres experiencias en América Latina”, *Aportes Andinos*, Nº 21, Quito. fao (Food and Agriculture Organization) (2013), *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.