



Universidad de
San Andrés

Universidad de San Andrés

Departamento Ciencias Sociales

Licenciado en Economía

¿Existe relación directa entre la brecha de cobertura de la AUH (beneficiarios objetivos vs beneficiarios efectivos) y la calidad de la oferta de servicios públicos de salud y educación en las provincias argentinas?

Autor: Agustina Mortola Saiach

Legajo: 25120

Mentor: Maria Edo

Buenos Aires, 17 Diciembre 2021

Contenido

1. Introducción.....	3
2. Revisión de Literatura/ Marco Teórico	7
2.1 Programas de Transferencias Condicionadas en Latino América.....	7
2.2 Definición de la Población objetivo	9
2.3 Prestaciones ofrecidas por el programa	13
2.4 Condicionalidades del Programa	16
3. La Asignación Universal por Hijo	19
3.1 Descripción del Programa.....	19
3.2 Focalización y distribución geográfica de los beneficiarios de la AUH.....	26
3.3 Estimación de potenciales beneficiarios AUH por provincia.....	31
4. Panorama demográfico, económico y social de las provincias argentinas.....	36
5. Datos & Metodología	44
6. Análisis información presentada.....	52
7. Conclusión y Sugerencias Para Futuras Investigaciones	57
8. Anexo.....	60
9. Bibliografía Consultada:.....	61

1. Introducción

Mediante la aplicación de políticas alineadas a un Estado de bienestar, en Argentina, se creó la figura del trabajador formal. Este poseía un conjunto de protecciones y derechos derivados de su inserción en las redes formales del mercado laboral (Cena, 2015)

Desde entonces, el sistema de protección social se encontraba vinculado al mundo del trabajo y, en particular, al empleo formal a través de esquemas contributivos. Desde allí, se articulaba el acceso a beneficios previsionales (jubilaciones), seguro de desempleo, asignaciones familiares, cobertura de seguros de salud y, durante un período, vivienda (CEDLAS, 2017). Aquellos trabajadores que ejercían su labor fuera de la economía formal fueron objeto de una serie de intervenciones poco institucionalizadas, aisladas y no vinculantes, cercanas a la asistencia social. (Cena, 2015)

La profunda crisis económica del 2001 en Argentina, causada por la salida de la convertibilidad del peso, se caracterizó por un alto desempleo, hiperinflación y picos de pobreza. En este contexto, la figura del trabajador formal empezó a erosionarse. Es así como, a medida que la crisis se profundizaba, se estableció una masa cada vez más amplia de trabajadores informales, precarizados y flexibilizados que se tradujeron en condiciones de pobreza y vulnerabilidad (Cena, 2015)

Este fenómeno, generó las condiciones necesarias para que las políticas de protección social expandan su alcance y abarquen a los trabajadores no formales. Dicho de otra manera, toman relevancia las políticas sociales no contributivas, que incluyen una serie de medidas estatales destinadas a la población no inserta en el mercado de trabajo formal (Spicker et al. 2009).

En este contexto, surgen en Argentina los Programas de Transferencias Condicionadas, herramientas de la política social utilizada en otros países de la región desde principio de los 90s.

El presente trabajo se enmarca en la literatura de los Programas de Transferencias condicionadas. Particularmente, se propone estudiar la Asignación Universal por Hijo desde una perspectiva geográfica. Enfocando el análisis, en la distribución de beneficiarios a lo largo de las provincias del país.

Esta tesis se centra en responder la pregunta ¿existe relación directa entre la brecha de cobertura de la AUH (beneficiarios objetivos vs beneficiarios efectivos) y la calidad de los servicios públicos de salud y educación en las provincias argentinas?

En líneas con lo anterior, la hipótesis que se busca confirmar propone que: Las provincias que presenten la menor puntuación en indicadores macro de salud y educación registrarán la mayor brecha de cobertura entre beneficiarios objetivos y beneficiarios efectivos de la AUH.

La AUH es un Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC) no contributivas implementado en Argentina en noviembre de 2009. Dicho programa, consiste en una asignación monetaria mensual, de carácter no retributivo

Es importante destacar, el lugar central que tiene la AUH en la agenda social del país. A noviembre 2020, incorporaba a 3.4 millones de beneficiarios a un costo anual de \$167 mil millones de pesos, representando el 0,61% del PBI nacional (véase tabla N.º4). En líneas con lo anterior, se estima que si se consideran quienes viven en hogares con receptores, el programa tiene un impacto en aproximadamente 12,8 millones de personas, es decir el 28,5% de la población argentina. A su vez, a agosto 2021, del total de niños que perciben beneficios sociales (8.671.838), el 51% lo hace a través de la AUH.

El presente trabajo se ha estructurado en post a responder la pregunta de investigación desde una perspectiva multidimensional. Es así que, en el apartado N.º 3.1, se definieron los criterios de focalización del programa permitiendo así identificar a que población se busca cubrir con el beneficio. Evidenciamos que la AUH posee un mecanismo de focalización categoría. Es decir, apunta a: i) familias cuyos integrantes no tengan trabajos registrados con hijos menores de 18 años o hijos con discapacidad de cualquier edad (sin tope máximo de hijos), ii) mujeres embarazadas que se encuentren desocupadas o se desempeñen en la economía informal, iii) empleados domésticos, iv) monotributistas sociales, v) inscritos en los programas Hacemos Futuro, Manos a la Obra y otros programas compatibles de Trabajo.

En líneas con lo anterior, el apartado N.º 3.2, estudia la distribución geográfica de los beneficiarios existentes para analizar si se observa una relación entre los criterios de focalización establecidos por el programa y el nivel de ingresos promedio de cada geografía.

Si nos concentramos en como evoluciono a nivel país la cobertura del programa, identificamos discrepancias en, los porcentajes de adhesión de nuevos beneficiarios, cantidad de adherentes que pierden el beneficio y la relación entre beneficiarios vs. población total.

Registramos que, de las 24 provincias del país, 23 aumentaron la cantidad de beneficiarios durante la vigencia del programa. Del total de nuevos beneficiarios (1.052.539), el 76% se encuentra concentrado en Provincia de Buenos Aires. Esta geografía, aumento su participación sobre el total de beneficiarios de 26%, en noviembre 2009, al 38% en Abril 2021 sumando así 800.075 personas.

En post de estimar cantidad total de NNyA por provincia que cumplen con los criterios de ingreso al programa, el apartado N.º 3.3, propone un ejercicio basado en la EPH y las bases de datos del INDEC. Observamos que, de las 24 provincias, 23 registran una potencial brecha de cobertura. CABA es la única geografía en la que se identifican más beneficiarios de la AUH que NNyA bajo la línea de pobreza e indigencia. En términos nominales, Buenos Aires es la provincia con la mayor brecha de cobertura. Según la estimación realizada, existen 1.567.250 NNyA que cumplen con los criterios de acceso, pero no perciben la AUH.

Siguiendo con la misma línea argumentativa, el apartado N.º4 estudia el contexto demográfico, económico y social de las provincias argentinas a través de la evaluación transversal de 23 indicadores. Este esfuerzo se realiza en post de atender la naturaleza multidimensional de la pobreza y no limitar el análisis a variables relacionadas únicamente al ingreso. Aquí incluimos indicadores relacionadas al programa en si (desocupación, salud y educación), como también variables que nos permitan determinar cuáles son los factores que pueden estar afectando la capacidad de acceder y mantener el beneficio en el tiempo.

Por último, en el Capítulo N.º5 se crearon dos indicadores macro: salud y educación, para cuantificar la calidad de la oferta de servicios públicos y poder compararla entre provincias. Estos, incluyen 21 variables alineadas a los indicadores propuestos para los objetivos del desarrollo sustentable de la ONU.

En base a la información presentada en este análisis, podemos decir que la hipótesis no se cumple. Respondiendo a la pregunta de investigación, afirmamos que no existe relación directa entre la calidad de servicios públicos (medida en base a la puntuación

obtenida en los indicadores macro de salud y educación) y la brecha nominal de cobertura AUH por provincia.

De manera contraria al resultado esperado, hemos descubierto que las provincias que presentan el puntaje más bajo en los indicadores macro de salud y educación son las que registran los porcentajes más altos de cobertura de NNyA de 0-19 años. Es así como, Chaco (24,5), Corrientes (24,5), y Formosa (24,5), provincias con los puntajes más bajos correspondientes a servicios públicos de salud y educación, son 3 de las 4 provincias con el menor porcentaje de NNyA de 0-19 años sin AUH sobre el total de beneficiarios. Esto refleja una mayor cobertura de la población objetivo independiente de la calidad de la oferta de servicios públicos.



Universidad de
San Andrés

2. Revisión de Literatura/Marco Teórico

El análisis de la Asignación Universal por Hijo se enmarca en la literatura de los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas. A lo largo de este apartado revisaremos las experiencias de estos programas en la región poniendo foco en su estructura. Se enfatizará, en los tres ejes bajo los que luego estudiaremos la AUH: Población objetivo, Prestaciones y Condicionalidades.

2.1 Programas de Transferencias Condicionadas en Latino América

Los Programas de Transferencias Condicionadas (PTC) tienen origen, en Latino América y el Caribe, en la década de 1990. Desde entonces, se han implementado 51 programas de protección social no contributiva en la región (véase tabla n.º 1 del anexo). Estos surgen, en un marco de crisis económica e informalidad laboral como una herramienta para reducir los altos índices de pobreza.

Al 2010, Cecchini y Martínez (2011), registraron 23 programas activos que operaban en 18 países de la región beneficiando a más de 113 millones de personas. Esto equivale a un 19% de la población en Latino América y el Caribe, a un costo que rondaba el 0,4% del PIB regional. De manera similar, a Julio de 2021, el CEPAL registra 35 programas activos en 20 países de la región.

Uno de los principales cambios que proponen los PTC respecto a beneficios sociales preexistentes es su alcance: del trabajador formal a poblaciones en situación de pobreza, independiente de su condición laboral. La estructura básica de los PTC consiste en la entrega de recursos monetarios y no monetarios a familias en situación de pobreza o pobreza extrema con hijos menores de edad. Esto sucede con la condición de que estas cumplan con ciertas conductas asociadas al mejoramiento de sus capacidades humanas Cecchini y Madariaga (2011).

La innovación que postulan estos programas está relacionada a su configuración multidimensional. Así que, los PTC implementados en Latino América se estructuran alrededor de tres ejes: i) definición de la población objetivo, ii) prestaciones ofrecidas por el programa, iii) condicionalidades.

Como evidencia la Tabla N.º 2, a Julio 2021, existen 35 programas activos de protección social no contributiva en la región. Si bien podemos identificar una estructura común, es

posible apreciar grandes variaciones en cuanto a definiciones respecto de su población objetivo, condicionalidades y prestaciones. Al compararlos, entre otros aspectos, se observan distintos grados de centralidad en los sistemas de protección social y diversos enfoques en los arreglos de la política social (Cecchini y Martínez, 2011; Cohen y Franco, 2006; CEPAL, 2010a).

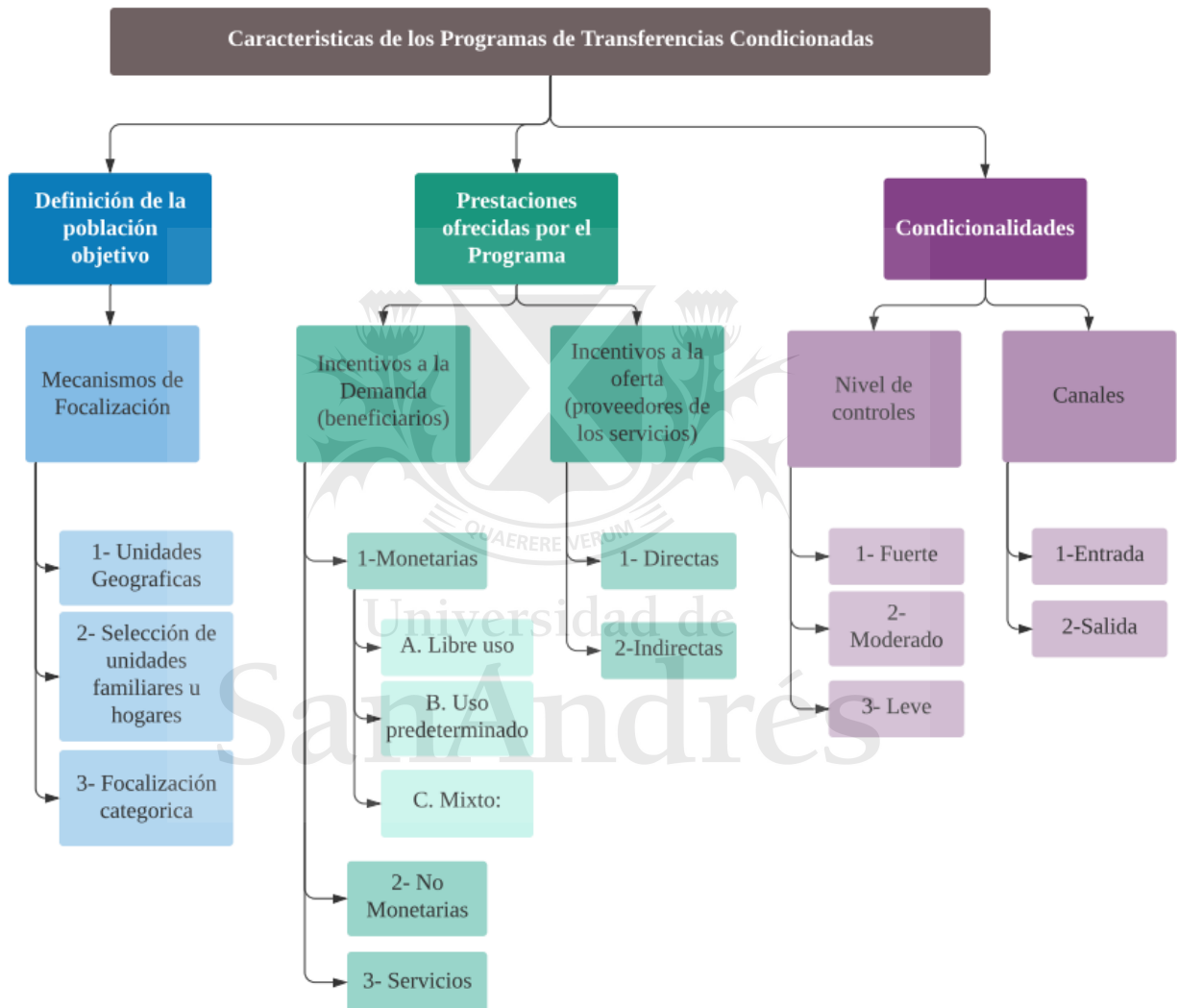
Tabla N.º 2 : Programas activos de protección social no contributiva en Latino América y el Caribe a Julio 2021

Pais	Programa	Año de Inicio
Argentina	Asignación Universal por Hijo para Protección Social	2009
Argentina	Programa Ciudadanía Porteña “Con todo derecho”	2005
Belice	Creando oportunidades para nuestra transformación social	2011
Bolivia	Estado Bono Juancito Pinto	2006
Bolivia	Bono Madre Niño-Niña de “Juana Azurduy de Padilla”	2009
Brasil	Bolsa Família	2003
Brasil	Cartão Alimentação	2003
Brasil	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)	1996
Chile	Chile Solidario	2002
Chile	Subsidio Único Familiar	1981
Chile	Chile Seguridades y Oportunidades SSyOO (Ingreso Ético Familiar)	2012
Colombia	Familias en Acción	2001
Colombia	Red Juntos (Red para la superación de la pobreza extrema)	2007
Colombia	Subsidios Condicionados a la Asistencia Escolar	2005
Costa Rica	Avancemos	2006
Costa Rica	Creemos	2019
Ecuador	Bono de Desarrollo Humano	2003
Ecuador	Desnutrición Cero	2011
El Salvador	Comunidades Solidarias Rurales (ex Red Solidaria)	2005
Guatemala	Mi Familia Progresá	2008
Guatemala	Bono Social (ex Mi Bono Seguro)	2012
Haití	Ti Manman Cheri	2012
Honduras	Programa de Asignación Familiar (PRAF)	1990
Honduras	Bono 10.000 Educación, Salud y Nutrición	2010
Jamaica	Programa de avance mediante la salud y la educación (PATH)	2002
México	Oportunidades (ex Progresá)	1997
Panamá	Red de Oportunidades	2006
Panamá	Bonos Familiares para la Compra de Alimentos	2005
Paraguay	Tekoporã	2005
Paraguay	Abrazo	2005
Perú	Juntos	2005
República Dominicana	Progresando con Solidaridad	2012
Trinidad y Tabago	Programa de transferencias monetarias condicionadas focalizadas (TCCTP)	2006
Uruguay	Asignaciones Familiares	2008
Uruguay	Tarjeta de Uruguay Social	2006

Fuente: Elaboración propia con información del CEPAL (<https://dds.cepal.org/bpsnc/ptc>)

Es por ello, consideramos importante entender como difiere a la configuración de los PTC existentes y que impactos tiene en la población beneficiaria. Es así como, el Diagrama N.º1, se objetiva resumir los ejes principales de los PTC y las diversas variantes registradas en la región.

Diagrama N.º 1: Características de los Programas de Transferencias Condicionadas en Latino América y el Caribe



Fuente: Elaboración propia con conceptos de Cecchini y Madariaga (2011)

2.2 Definición de la Población objetivo

Para identificar a la población beneficiaria de un PTC existen mecanismos de focalización. Estos, establecen un conjunto de características y requisitos que definen un grupo objetivo. Permitiendo así, excluir de la posibilidad de acceso al beneficio a quienes no las cumplan.

El concepto de focalización se estableció como un mecanismo para que los gobiernos redujeran la pobreza con más eficiencia a un menor costo (Sojo, 2007). En palabras de Enríquez (2011), representan la manera más “barata” de conseguir el impacto per cápita más grande en la población pobre.

En líneas con Cecchini y Madariaga (2011), los mecanismos de focalización de los PTC en la región pueden agruparse en: 1) unidades geográficas, 2) selección de unidades familiares u hogares, 3) focalización categórica.

Por unidades geográficas entendemos áreas definidas por límites territoriales que cumplen con ciertas características preestablecidas. Por lo general, estas se evalúan en función a índices de marginalidad que pueden incluir variables de ingreso o necesidades básicas insatisfechas. Para construir estos indicadores se realizan relevamientos, se utiliza data de censos nacionales y encuestas de hogares.

Entre los programas que adoptan mecanismos de focalización geográfico encontramos a Tekoporá de Paraguay y Oportunidades de México. El primero, define a sus beneficiarios en base a un índice de priorización geográfica que se enfoca en dos áreas: condiciones de pobreza (40% del puntaje total) y necesidades básicas no satisfechas (60% del puntaje total). Por otro lado, el programa Oportunidades (Ex Proesa) utiliza dos herramientas. En zonas rurales aplica el índice de rezago social (Coneval) y en áreas urbanas el índice de marginación. Ambos se basan en información recolectada a través del Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIS), Cecchini y Madariaga (2011),

En segundo lugar, los programas que focalizan por selección de unidades se centran en familias u hogares con miembros que cumplan los requisitos de selección, independientes de su ubicación geográfica. Algunos de los criterios comunes son: niños en edad preescolar y escolar, mujeres en período de lactancia o embarazadas, personas con discapacidad y hogares con ingresos menores a un umbral establecido, entre otros.

En la región podemos identificar este mecanismo de focalización en la Asignación Universal por Hijo (AUH) en Argentina, en el Programa Juntos de Perú y en Progreso de Guatemala, entre otros. La AUH, define como beneficiarios del programa a todas aquellas familias con hijos/as menores de 18 años o hijos con discapacidad de cualquier edad y/o mujeres embarazadas que se encuentren desocupadas o se desempeñen en la economía informal (trabajadores sin aportes a la seguridad social), empleados domésticos o

monotributistas sociales. Por otro lado, el programa Juntos, incorpora a niños con edades de 3 hasta los 6 años. Similarmente, Progresá cubre a niños de 3 hasta los 14 años.

En tercer lugar, la focalización categórica como lo definen Lavalleja y Tenenbaum (2020) selecciona a los beneficiarios de acuerdo con el cumplimiento de alguna categoría preestablecida, referida por ejemplo a un rasgo demográfico como edad o sexo, una condición sanitaria (enfermedad, embarazo, etc.) o un vínculo específico con el mercado de trabajo (desempleo, informalidad, etc.). Según postulan Cecchini y Madariaga (2011), este mecanismo de focalización permite identificar a los beneficiarios de forma fácil, efectiva y barata, en particular, en países donde los servicios sociales están muy segmentados según nivel socio económico.

Algunos ejemplos incluyen a los programas Bono Juancito Pinto de Bolivia, Titi Manman Chri tou nef en Haití y Tarjeta Uruguay Social. El primer y segundo programa se enfocan en niños que cursan en establecimientos educativos públicos, en el caso de Bolivia hasta 8vo grado, mientras que en Haití hasta 6to grado. Por otro lado, la Tarjeta Uruguay Social se enfoca en personas trans (transexuales, travestis y transgénero), en situación de emergencia habitacional, de calle o desplazados por emergencia climática.

Lavalleja y Tenenbaum (2020) relevaron 29 de los 38 programas activos de protección social no contributiva en Latinoamérica y el Caribe, documentando los mecanismos de identificación de beneficiarios utilizados. Es importante destacar, que la mayoría de los programas combinan más de un método de focalización. Aun así, el 71% utiliza como mecanismo principal la selección de unidades familiares u hogares. En segundo lugar, registro que el 38% de los PTC utiliza mecanismos de focalización categórica, especialmente aquellos relacionados a edad, sexo y situación laboral; y, por último, el 36% de los programas emplea mecanismos de focalización geográfica.

Si bien, estos mecanismos de focalización permiten limitar la población beneficiaria y, consecuentemente, disminuir la incidencia presupuestaria de estos programas. Dependiendo de su configuración están expuestos a dos tipos de sesgos: i) error de exclusión, ii) error de inclusión.

El error de exclusión se centra en situaciones donde familias que satisfacen el criterio de elegibilidad, no participan del programa. Mientras que, el error de inclusión explica situaciones donde familias que no satisfacen los criterios de elegibilidad, si participan del

programa (Cecchini y Madariaga, 2011). Entender las implicancias de cada uno es fundamental para medir la incidencia del programa y su correspondiente impacto social.

En líneas con lo anterior, el debate respecto al *trade-off* entre incidencia presupuestaria, efectividad y cobertura de los programas focalizados, sigue vigente.

Por un lado, en palabras de Mkandawire (2005), no existe evidencia concluyente respecto de la efectividad y eficiencia de un programa focalizado en comparación con uno de características universales. Incluso se ha llegado a argumentar que los recursos destinados a la focalización podrían tener un mayor impacto si se repartieran de manera universal. Similarmente, Cecchini y Martínez (2011) mencionan que los procesos administrativos ligados a la focalización pueden generar confusión, crear estigmatización de los beneficiarios, y promover potenciales trampas de dependencia.

Cabe destacar, que según Lavalleya y Tenenbaum (2020) es necesaria una evaluación multidimensional de los programas ya que estos actúan sobre numerosas aristas: pobreza, desigualdad, educación, salud, empleo, entre otras. Asimismo, se ha advertido que una fijación demasiado estricta en los requerimientos para acceder a los beneficios puede generar una distinción poco afortunada entre pobre merecedores y no merecedores de la asistencia (Cecchini y Martínez, 2011; Naciones Unidas, 2009a)

Por otro lado, si bien no existe un consenso sobre su impacto aislado, Coady et al (2004) y Lindert et al (2006) postulan que estos programas encuentran una alta progresividad distributiva con efectos directos sobre la pobreza, aunque la magnitud de sus efectos depende de los montos de las transferencias y la cobertura del programa. Ejemplos relevantes incluyen a Skoufias y Di Maro (2008) quienes en una evaluación de Progresía, estiman en casi nueve puntos porcentuales la reducción del índice de pobreza monetaria. De manera similar, en un estudio para ocho países de América Latina, Amarante y Brun (2018) encuentran que el impacto de los PTC en la reducción absoluta de los índices de pobreza es limitado en todos los países, con la excepción de Ecuador (2,4 puntos) y Uruguay (1 punto). Sin embargo, en términos relativos los PTC implican una reducción del 15% de la pobreza en Uruguay, del 7% en Ecuador y del 3% en Costa Rica.

Podemos decir entonces, que existe un debate aún inconcluso respecto al impacto de los programas focalizados versus los de carácter universal. Sin bien los programas universales constituyen la alternativa más deseable en términos de equidad y cohesión

social (Cruces y Gasparini, 2013), no siempre son posibles de llevar a cabo dado que deben estar dentro de un marco de factibilidad política y viabilidad económica.

2.3 Prestaciones ofrecidas por el programa

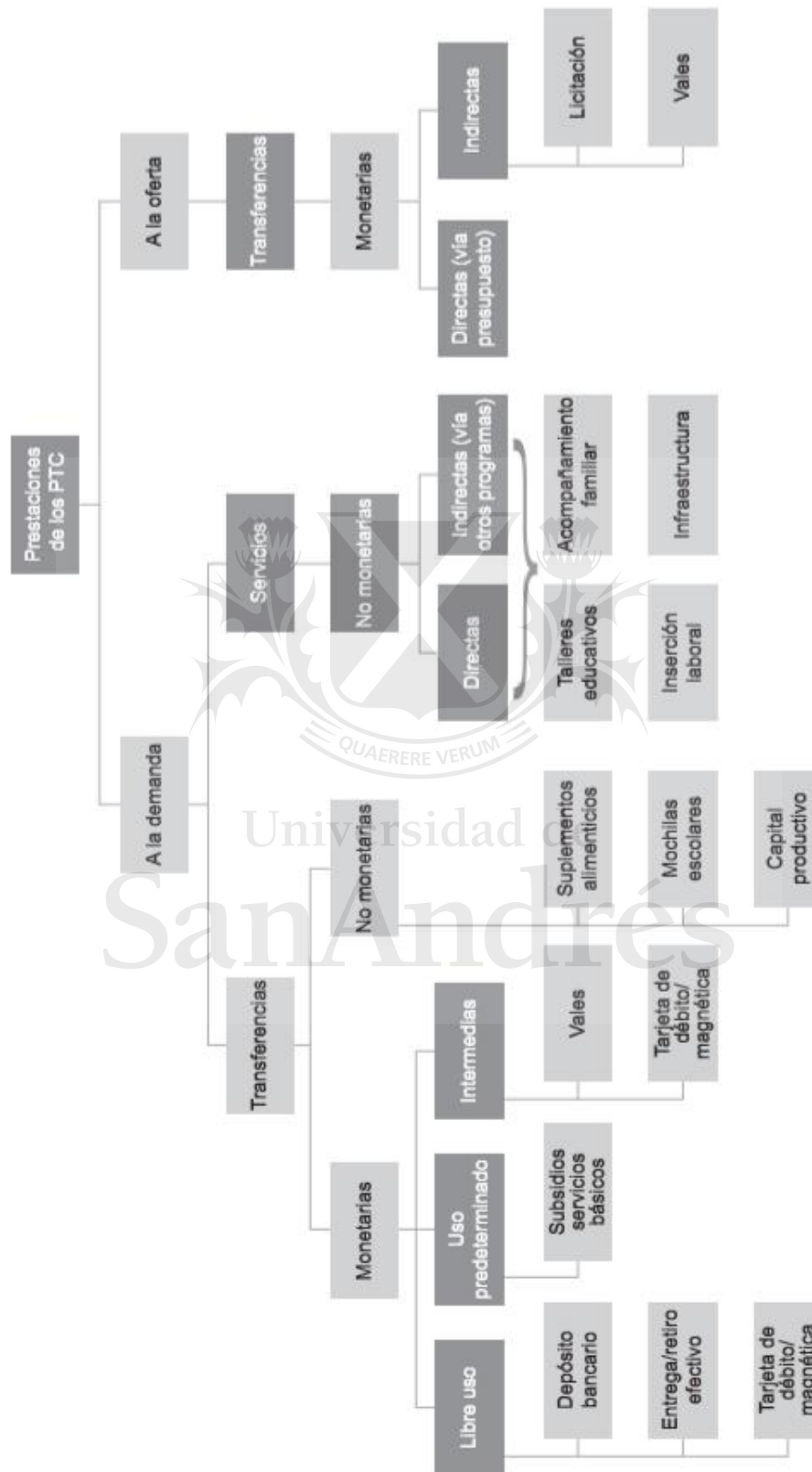
El segundo eje central de los PTC se basa en definir las prestaciones que recibirá el grupo meta. A la hora de abordar esta temática, es importante observar tanto los beneficios del programa como la infraestructura pública para proveerlos. Si apelamos a la clasificación propuesta por Cecchini y Madariaga (2011), se los puede agrupar en: i) incentivos a la demanda (beneficiarios), ii) incentivos a la oferta (servicios públicos).

El Diagrama N.º2, resume las diversas prestaciones ofrecidas por los PTC en la región. Los incentivos a la demanda, hacen referencia a transferencias (monetaria y no monetarias) y servicios (apoyos familiares, cursos de capacitación, entre otros). Estos beneficios varían acorde a la función que ocupa cada transferencia en la lógica del programa.

Las transferencias monetarias consisten en otorgar, a los beneficiarios del programa, dinero. El objetivo de estas radica en facilitar a los pobres, su participación en la economía mediante la transferencia de ingresos (Zarzaga, 2014). Este podrá ser utilizado de acuerdo con el tipo de transferencia (libre de uso, uso predeterminado, mixto) y la forma de pago (Cecchini y Madariaga, 2011).

Universidad de
San Andrés

Diagrama N.º2: Prestaciones ofrecidas por los Programas de Transferencias Condicionadas en América Latina



Fuente: Cecchini y Madariaga, 2011, pág. 44.

Las transferencias de libre uso, como su nombre lo indica, permiten al beneficiario disponer a discreción del dinero transferido. La mayoría de los PTC de la región opera bajo este mecanismo. Un ejemplo puntual es la AUH, programa en el que se transfiere un monto mensual a los beneficiarios y estos pueden hacer libre uso del dinero a través de una tarjeta de débito.

En segundo lugar, las transferencias de uso predeterminado definen en que se debe utilizar el beneficio y generalmente esta circunscripto a un servicio o producto en particular. A modo de ejemplo, identificamos Chile Solidario, programa que ofrece subsidio al agua potable con un límite de hasta 15 m³ por hogar. Por último, las transferencias mixtas permiten a los beneficiarios decidir en que gastar el dinero, dentro de conjunto predefinido de bienes y servicios (Cecchini y Madariaga, 2011). Por lo general, este tipo de transferencias se utilizan para apoyar la compra de alimentos y artículos de primera necesidad. Dentro de los PTC de la región que los implementan identificamos a la Red de Abastecimiento Social (RAS) del Programa Solidaridad de la Republica Dominicana que incluía negocios de comestibles, librerías, centros de fotocopias y cafeterías.

El tipo de transferencia que se implemente va a estar ligado al objetivo del programa, así como también, a las capacidades de logística y distribución de cada país. Mientras que los PTC de libre uso asumen que los hogares receptores son quienes pueden definir de manera indicada como gastar acorde a sus preferencias; las transferencias de uso predeterminado y mixtas se basan en la idea de pre-condicionar la utilización de los recursos transferidos para generar mayor impacto y evitar desvíos hacia ítems que no apunten a suplir una necesidad básica (Cecchini y Madariaga, 2011).

Por su parte Cruces y Gasparini (2013), hacen referencia al impacto positivo de contar con un ingreso mínimo estable garantizado, como ser las transferencias monetarias. Los autores postulan que esto reduce sustancialmente la vulnerabilidad y aumenta la seguridad económica, factores que se ha demostrado, tienen un efecto positivo en el bienestar de la población

En segundo lugar, las transferencias no monetarias generalmente son complementarias a programas que ponen foco en componentes de desarrollo humano. Estos se centran en proveer a los beneficiarios de suplementos alimenticios, equipamiento escolar y capital productivo (Cecchini y Madariaga, 2011). Si bien son muy efectivos en asegurar el acceso

a productos puntuales, presentan desafíos de implementación. Alguno de ellos son los costos de distribución, almacenamiento y logística. Ejemplos de PTC con transferencias no monetarias en la región incluyen a el programa Oportunidades, Mi Familia Progresada de Guatemala, Juntos por el Perú, Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) de Chile, Asignación Familiar (PRAF) de Honduras, entre otros.

Por último, encontramos a los PTC que proveen como beneficio el acceso a servicios. Estos pueden ser provistos de manera directa (via el programa) o de forma indirecta (via otro programa).

En base a la revisión de la experiencia regional, Cecchini y Madariaga (2011), agrupan los servicios que se proveen de manera directa a los beneficiarios en cuatro categorías: i) inserción laboral y generación de empleo, ii) consejería, charlas y talleres, iii) visitas profesionales a hogares, iv) mejoramiento de la infraestructura.

Por otra parte, los servicios que se proveen de manera indirecta se gestionan a través del acceso a otros programas, generalmente, en colaboración con distintos sectores. Una forma de verlos es como agentes facilitadores del acceso a la red de servicios sociales y prestaciones públicas (Cecchini y Madariaga, 2011).

2.4 Condicionalidades del Programa

El tercer eje de la estructura básica de los PTC son las condicionalidades. El esquema bajo el que operan estos programas tiene un enfoque multidimensional. Buscan no solo generar un impacto inmediato en el ingreso, sino también, a largo plazo en la desigualdad. Esto último, se persigue a través de las condicionalidades ligadas a salud, educación y nutrición, áreas de acumulación de capital humano (Cruces y Gasparini, 2013). En palabras de Zarzaga, (2014), además de mejorar el ingreso de los pobres, los PTC se proponen cambiar sus conductas. Asumiendo, que una de las causas fundamentales de la pobreza es la falta de inversión en capital humano, los PTC les imponen dicha inversión como condición para recibir el beneficio.

Es así que, los PTC buscan a través del cumplimiento de condicionalidades, integrar a los trabajadores no formales a los beneficios sociales; permitiendo, conectar a las familias pobres e indigentes con niños en edad escolar al sistema de protección social (Cecchini y Madariaga, 2011).

Típicamente las condicionalidades vinculadas a la educación incluyen la inscripción de niños en la escuela y un mínimo de asistencia a clases. Por otro lado, las condicionalidades vinculadas a la salud y nutrición están relacionadas con un programa de seguimiento médico. Algunos ejemplos incluyen realización de chequeos regulares, cumplimiento de programas de vacunación, controles prenatales, entre otros (Cruces y Gasparini, 2013).

Si analizamos los programas implementados en la región, identificamos que las condicionalidades poseen distinto significado y varían en función de cómo: se comunican, se monitorean y en qué medida se sanciona el no cumplimiento (Lavalleja y Tenenbaum, 2020; Rossel, et al, 2014). Según postulan Cecchini y Madariaga (2011), las podemos agrupar en tres tipos: i) fuertes, ii) moderadas, iii) débiles.

Las condicionalidades fuertes se entienden como “una transferencia - una condición”. Este sistema uno a uno, permite un monitoreo cercano de forma que el no cumplimiento de la condicionalidad impacta de manera directa e inmediata en la posibilidad de recibir el beneficio. Ejemplos de ello se pueden encontrar en Oportunidades, Familias en Acción, el PATH, Comunidades Solidarias Rurales (ex Red Solidaria), Subsidios a la Asistencia Escolar de Bogotá y los dos PTC nicaragüenses discontinuados (RPS y SAC) (Fiszbein y Schady, 2009).

En segundo lugar, las condicionalidades moderadas, se implementan desde la visión de que es más importante el acceso al beneficio que la sanción por no cumplimiento. Dicho de otra manera, el énfasis está puesto en buscar conocer e intentar superar los elementos que inciden en el incumplimiento de las condicionalidades por parte de las familias (Bastagli, 2009; Mesquita, 2009). Un ejemplo de este tipo de condicionalidades es Bolsa de Familia en Brasil.

En líneas con lo anterior, las condicionalidades leves, según Cecchini y Madariaga (2011), asumen “modalidades particulares”, es decir, se negocian con las familias, no se asocian a sanciones o suspensiones. Dicho de otro modo, este tipo de condicionalidades asume que basta con que los beneficiarios perciban que deben realizar contraprestaciones, sin que sea necesaria su verificación estricta y una sanción de no cumplimiento. Ejemplos de estos programas en la región incluyen Bono de Desarrollo Humano del Ecuador, Tekoporâ del Paraguay, Chile Solidario.

El tipo de condicionalidad tiene un impacto directo sobre el sistema de protección social y su infraestructura. A la hora de implementar un PTC es necesario verificar que la oferta

de servicios públicos posea la infraestructura y los recursos necesarios para implementarlo, monitorearlo y aplicar los controles definidos.

Implementar programas con condicionalidades altas, posiblemente requiera de un costo adicional para incrementar la oferta de servicios públicos. Esto último, es necesario para proveer a los beneficiarios la estructura necesaria para cumplir con los requerimientos establecidos por el programa. Dicho de otro modo, es posible que sea necesario considerar el costo fiscal de ampliar la educación pública (a fin de garantizar el acceso a la educación de manera universal) y el sistema de salud, para acercar los vacunatorios y centros de control de salud a la mayor proporción de la población beneficiaria (Cruces y Gasparini, 2013). Podemos ver entonces, la existencia de un *trade-off* entre: implementar condicionalidades que permitan desarrollar capital humano y el control de su cumplimiento. La definición de que se priorice dependerá de los objetivos del programa y la capacidad instalada del país que lo implemente.



3. La Asignación Universal por Hijo

El presente apartado, se enfocará en la Asignación Universal por Hijo (AUH). Nos centraremos en entender la focalización, el acceso y la distribución de beneficiarios a lo largo del país. El objetivo es definir como se estructura el programa, como se accede a los beneficios y como se los mantiene en el tiempo.

La innovación que plantea este capítulo está relacionada al análisis de la AUH desde una perspectiva geográfica. Nos enfocaremos en estudiar la distribución de los beneficiarios por provincia. Esta información va a ser luego contrastada con el panorama demográfico, económico y social de las distintas geografías del país. Realizaremos esto en post de identificar, en caso exista, relación entre la brecha de cobertura (beneficiarios objetivos vs beneficiarios efectivos) y la calidad de los servicios públicos asociados al cumplimiento de condicionalidades.

3.1 Descripción del Programa

La Asignación Universal por Hijo es un Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC) no contributivas. Este, fue implementado en Argentina a partir del Decreto N° 1602/2009, en noviembre de 2009.

Dicho programa, consiste en una asignación monetaria mensual, de carácter no retributivo. Este, tiene alcance nacional y un mecanismo de focalización categoría. Es decir, apunta¹ a: i) familias cuyos integrantes no tengan trabajos registrados con hijos menores de 18 años o hijos con discapacidad de cualquier edad (sin tope máximo de hijos), ii) mujeres embarazadas que se encuentren desocupadas o se desempeñen en la economía informal, iii) empleados domésticos, iv) monotributistas sociales², v) inscritos en los programas Hacemos Futuro, Manos a la Obra y otros programas compatibles de Trabajo.

¹ Definición de población meta establecida por el CEPAL (<https://dds.cepal.org/bpsnc/programa?id=162>)

² La Categoría A de monotributo (como el monotributivo social) requiere que el trabajador perciba ingresos brutos inferiores a \$ 208.739,25 en los últimos 12 meses (promedio mensual de hasta \$ 17.394) y para la Categoría B entre ese valor y menos de \$ 313.108,87 también en los últimos 12 meses (\$ 26.092 promedio mensual).- Boletín IFE 2020 (<http://observatorio.anses.gob.ar/archivos/documentos/Boletin%20IFE%20I-2020.pdf>)

Tabla N.º4: AUH Evolución pagos y beneficiarios 2009-2020

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gasto Anual AUH												
ARS\$ (en millones)	1.150	7.315	9.293	11.287	15.833	22.500	35.088	50.911	61.110	89.697	139.160	166.890
USD\$ (en millones)	310	1.877	2.261	2.488	2.900	2.786	3.800	3.450	3.690	3.193	2.890	2.366
% PIB / GDP	0,09%	0,44%	0,43%	0,43%	0,47%	0,49%	0,59%	0,62%	0,57%	0,61%	0,64%	0,61%
Beneficiarios AUH												
Asignación Universal por hijo	3.301.048	3.478.022	3.507.779	3.298.013	3.436.740	3.550.859	3.661.264	3.932.013	3.927.108	3.960.198	3.886.635	3.487.988
AUH con Discapacidad	10.757	14.624	20.121	21.576	22.834	23.906	22.874	25.813	28.934	34.226	36.405	...
Asignación Universal por Embarazo	...	...	67.527	64.439	76.240	93.569	86.974	84.020	84.727	85.193	77.292	...
Personas en hogares con receptores	9.528.620	9.833.852	10.017.297	9.504.590	10.060.874	10.554.528	10.953.232	11.732.405	11.756.175	11.880.377	12.465.779	12.876.229
% Población (personas en hogares receptores)	23,54%	24,05%	24,24%	22,76%	23,84%	24,75%	25,43%	26,97%	26,76%	26,78%	27,84%	28,49%
Transferencias monetarias (ARS\$)												
Asignación universal por hijo	min	180	220	270	340	460	644	837	1.103	1.412	1.816	2.652
	max	180	220	270	340	460	644	837	1.434	1.836	2.361	3.448
AUH con discapacidad	min	720	880	1.080	1.200	1.500	2.100	2.730	3.597	4.606	5.919	8.642
	max	720	880	1.080	1.200	1.500	2.100	2.730	4.677	5.988	7.695	11.235
Asignación por embarazo	min	...	...	270	340	460	644	837	1.103	1.412	1.816	2.652
	max	...	...	270	340	460	644	837	1.434	1.836	2.361	3.448

Fuente: Elaboración propia con información actualizada al 14/04/21 de:

- 1) Los datos de presupuesto modificado y devengado (gasto) se obtuvieron del Ministerio de Hacienda. Evaluación presupuestaria. Seguimiento físico financiero - trimestral. Acumulado al IV Trimestre. (<https://www.minhacienda.gob.ar/onp/evaluacion/2018>).
- 2) Los datos de gasto (presupuesto devengado), montos transferidos y cobertura se obtuvieron de Datos Abiertos Asignaciones Universales (<https://www.anses.gob.ar/informacion/datos-abiertos-asignaciones-universales>) y Datos Abiertos Financiero (<https://www.anses.gob.ar/informacion/datos-abiertos-financiero>) de ANSES.
- 3) Los montos de las transferencias se obtuvieron de las cartillas de montos de Asignaciones Familiares de ANSES (<https://www.anses.gob.ar>).

Es importante destacar, el lugar central que tiene la AUH en la agenda social del país. A noviembre 2020, este programa incorporaba a 3.4 millones de beneficiarios a un costo anual de \$167 mil millones de pesos, representando el 0,61% del PBI nacional (véase tabla N.º4). En líneas con lo anterior, se estima que si se consideran quienes viven en hogares con receptores, el programa tiene un impacto en aproximadamente 12,8 millones de personas, es decir el 28,5% de la población argentina. A su vez, a agosto 2021, del total de niños que perciben beneficios sociales (8.671.838), el 51% lo hace a través de la AUH.

Con respecto a su implementación, el organismo responsable del registro de beneficiarios y ejecución de los pagos es la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Esta, centraliza la información a través del Administrador de Datos Personales (ADP) y se financia mediante los siguientes fondos estatales: Fondo de Garantía de Sustentabilidad del Sistema Integrado Previsional Argentino y el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.

El programa, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y garantizar el acceso al sistema de protección social a niños y adolescentes en situación de pobreza. Para lograrlo, la AUH impone corresponsabilidades que apuntan a incrementar el capital humano de sus beneficiarios mediante el cuidado de la salud y la educación (Cruces y Gasparini; 2013).

El mecanismo bajo el que opera este programa determina que el 80% del beneficio monetario se recibe mensualmente y el 20% restante se abona una vez al año. Este último es dependiente del cumplimiento de las condicionalidades establecidas por el programa. Para el pago del 20% restante, es necesario que el titular del programa acredite el cumplimiento de los requisitos de escolarización, control sanitario, vacuna de los niños y demás controles de sanidad establecidos por el Ministerio de Salud. Para hacerlo, debe presentar anualmente una declaración jurada (formulario PS 1.72: Declaración Jurada Libreta AUH) a través de la página Mi ANSES o de manera presencial en una oficina de ANSES con turno previo.

El Diagrama N.º3, ilustra el proceso de acceso y mantenimiento del beneficio. Cabe destacar que, a raíz de la pandemia, durante el 2021 se introdujeron nuevas medidas que

apuntan a automatizar la comprobación de cumplimiento de condicionalidades, ampliar la base de beneficiarios y reducir los procesos administrativos. Es así que³:

- Se elimina la declaración jurada de adulto responsable⁴
- Se optimiza el cruce de información entre organismos públicos⁵
- No se suspenderá la Asignación Universal por no presentar la Libreta: La falta de acreditación de los controles sanitarios, de vacunación y de escolaridad afectará solo al complemento del 20%, pero nadie dejará de cobrar el 80% mensual.

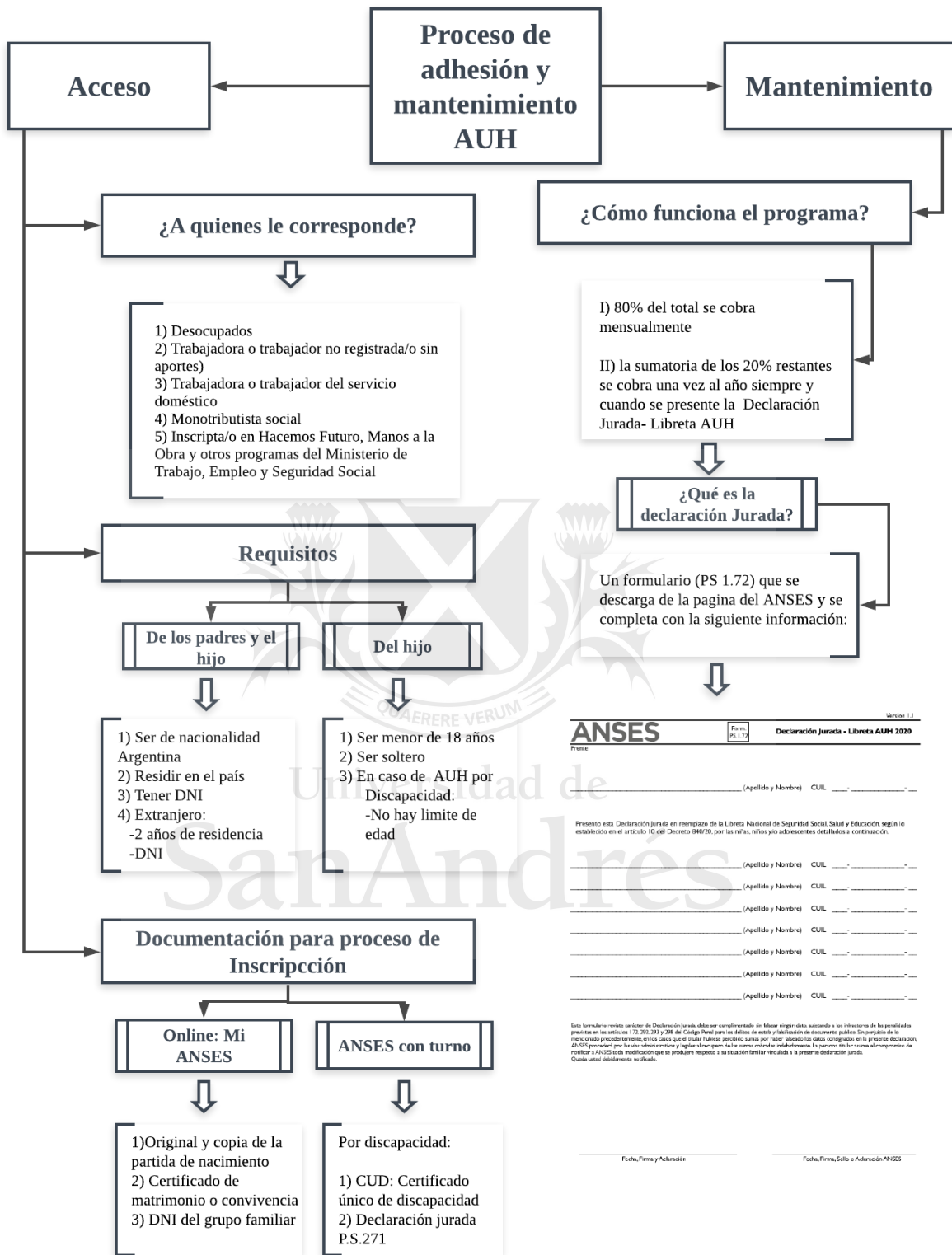


³ Información obtenida de la página oficial del ANSES (<https://www.anses.gob.ar/informacion/cambios-en-la-asignacion-universal-por-hijo-y-asignaciones-familiares>)

⁴ Previamente se requería que los titulares de la Asignación Universal por Hijo confirmaran todos los años que se desempeñaban en el sector informal o se encontraban desocupados

⁵ Bases de datos del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación. Se busca acreditar en forma automática los controles anuales de la AUH para evitar traslados y pérdidas de tiempo innecesarias.

Diagrama N.º 3: Proceso de adhesión y mantenimiento de la AUH



Fuente: Elaboración Propia con información obtenida del ANSES (<https://www.anses.gov.ar/asignacion-universal-por-hijo>)

Si bien estos cambios, apuntan a facilitar los canales de acceso y mantenimiento, es importante también mapear los procesos necesarios para obtener la documentación

requerida para solicitar la AUH. Estos, nos ayudan a dar luz a algunas de las barreras que persisten y por las cuales aún hoy existen niños que no están integrados en el sistema actual (CEDLAS, 2017). El Diagrama N.º4 resume la documentación necesaria, las instituciones involucradas para obtener esta información y, en caso aplique, la existencia de un costo asociado.

Diagrama N.º4: Documentación requerida para el acceso a la AUH

	Información solicitada por ANSES	Como obtener la documentación necesaria	Casos particulares	Como proceder	Costo asociado
Acceso a la AUH	DNI	<ul style="list-style-type: none"> 1) Registro Civil 2) Puestos de Renaper 3) CABA: Puntos de emisión en 24 hs 	No tiene DNI	<ul style="list-style-type: none"> De 0 a 1 año [Proceso Administrativo. Con la partida de nacimiento acercándose a cualquier Registro Civil De 1 a 13 años Mayor a 13 años [Proceso Judicial. Se debe presentar en el juzgado de Minoridad y familia 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ ✓ ✓
	Partida de Nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> 1) Registro Civil 2) CABA: Online y eligis un punto de retiro 	<ul style="list-style-type: none"> Tenencia / Guardia / Adopción / A cargo No tiene partida de Nacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Completar el formulario P.S.2.46 2) Certificado de escribano (adopción) 3) Acta de Juez de familia (adopción, a cargo, guarda) 4) Certificado de mediador matriculado Acercándose a cualquier registro con la constancia de Parto (emitida por el hospital) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓
	Libreta de Familia	<ul style="list-style-type: none"> 1) Registro Civil 	No tiene libreta de familia	Acercándose a cualquier registro con las partidas de nacimiento y los DNI del grupo familiar	✓
	Constancia de CUIL	<ul style="list-style-type: none"> 1) Descarga desde la pagina de la AFIP ingresando DNI 			✗
	Certificado de Discapacidad *	<ul style="list-style-type: none"> 1) Un medico lo tiene que solicitar. 2) El pedido tiene que estar certificado por escribano 			✗

Fuente: Elaboración Propia con información obtenida del ANSES (<https://www.anses.gob.ar/asignacion-universal-por-hijo>).

Si analizamos el programa desde una perspectiva holística, existen dos hitos que marcan la relación entre el beneficiario y el programa, previo a su graduación⁶. Estos son:

⁶ El termino graduación según Cecchini & Martinez (2011) debería suponer que se ha logrado superar la pobreza e insertarse en otros instrumentos no contributivos o contributivos de protección social.

- i) Acceso al programa: presentar la documentación⁷ para percibir el beneficio.
- ii) Mantenimiento del programa: cumplir las condicionalidades establecidas⁸

En este contexto, la documentación para acceder al programa es un punto crítico que determina el ingreso de una persona al sistema de protección social. Este, depende de instituciones no relacionadas al ANSES y que, sin una política integrada de coordinación, podrían impactar de forma negativa en la cobertura de la AUH.

A modo de ejemplo, según Carolina Stanley⁹, ex Ministra de Desarrollo Social, en 2017 se estimaba que 550.000 chicos que cumplen los requisitos necesarios para recibir la AUH, por distintos motivos, no la percibían. En líneas con lo anterior, a agosto 2021¹⁰, el Administrador de Datos Personales (ADP) registra 13.268.945 niños de 0 a 18 años con información en sistema. Si contrastamos esta cifra con la base de datos de población del INDEC¹¹, identificamos una potencial brecha de más de un millón de niños no registrados. En adición, del total de niños registrados, se identifica también, que 198.356 no tienen un mayor asociado en sistema, imposibilitándolos así de percibir cualquier beneficio.

Con respecto al segundo punto, a partir del 2021, los beneficiarios no perderán la AUH por falta de cumplimiento de condicionalidades. La falta de cumplimiento únicamente impactará en el 20% de la transferencia condicional que se recibe una vez al año. De igual manera, consideramos relevante analizarlo ya que previo a este cambio, en promedio desde que se inició el programa, 236.583¹² personas perdían la AUH por mes por no presentar la libreta. Significando así una traba para lograr la universalidad del programa y beneficiar a toda la población objetivo. En la actualidad, esta información solo se releva y reporta a nivel nacional. Valdría la pena, a futuro, obtener un desglose de esta información por provincia y así poder contrastar el impacto que tiene la oferta de servicios públicos provinciales en la población que no recibe el 20% condicional por falta de presentación de libreta.

⁷ Se realiza de forma manual en las oficinas de ANSES, en caso no estar registrado en la Administrador de Datos Personales (ADP)

⁸ A partir de Diciembre 2020 esto cambia solo afectando al 20% condicional.

⁹ En CEDLAS, 2017; Análisis y propuestas de mejora para la ampliación de la Asignación Universal por Hijo, pág 7.

¹⁰ Boletín mensual AUH Agosto 2021

(<http://observatorio.anses.gob.ar/archivos/publicaciones/Boletin%20mensual%20AUH%20Agosto%202021.pdf>)

¹¹ Las estimaciones de población de INDEC para Agosto 2021 registran 14.584.593 personas de 0 a 18 años.

¹² Boletín Mensual AUH Agosto 2021, pág 10.

Es importante tener en cuenta, para el correcto funcionamiento de la AUH, no solo se debe trabajar en estímulos a la demanda (aumento de beneficiarios), sino también, se debe prestar atención a los canales, instituciones e infraestructura que formarán parte del recorrido de los beneficiarios.

Es por ello, que el capítulo n.º4 analizará el panorama demográfico, económico y social de las provincias de Argentina. Allí se pondrá foco en las capacidades de las provincias para proveer los servicios asociados al mantenimiento del beneficio. Es importante destacar, que la Argentina es un país con grandes disparidades y una brecha marcada en la oferta de servicios públicos. Es nuestro objetivo, poder visibilizar dichas brechas y entender si la AUH se encuentra razonablemente distribuida, alineada a los estratos más vulnerables de la población en las diversas provincias del país.

3.2 Focalización y distribución geográfica de los beneficiarios de la AUH

La AUH fue implementada en Argentina en noviembre 2009. A inicios del programa, este contaba con 3.311.805 beneficiarios distribuidos a lo largo de las 24 provincias del país. Buenos Aires poseía el 26% del padrón (871.486), seguido por Santa Fe (7%; 217.575) y Córdoba (6%; 215.044). Entre las tres provincias, abarcaban al 40% de los beneficiarios. A su vez, existían 685.890 registrados sin una provincia asignada que, como veremos más adelante, a medida se mejoraron los canales de acceso y control del programa se redujo a apenas 4.308 en Abril 2021. Desde que se creó el programa, se registró el menor número total de beneficiarios en Enero 2010 (3.224.651) y el pico más alto en Febrero 2021, con 4.401.099 personas.

Si estudiamos como evoluciona a nivel país la cobertura de la AUH, identificamos discrepancias en, los porcentajes de adhesión de nuevos beneficiarios, cantidad de adherentes que pierden el beneficio y relación entre beneficiarios vs. población total por provincia, entre otros.

La Tabla N.º5, ilustra como ha variado la cantidad y distribución provincial de beneficiarios de la AUH anualmente de Nov 2009 a Abril 2021¹³. Evidenciamos que, de las 24 provincias del país, 23 aumentaron la cantidad de beneficiarios durante la vigencia del programa. Catamarca es la única provincia donde el número de beneficiarios vario de

¹³ Se utiliza Abril 2021 ya que es el último mes con información desglosa por provincia en la base de datos compartida por el ANSES para este estudio.

74.063 a 41.332, significando una reducción del 44%. Profundizaremos en las posibles causas de esta variación en capítulos posteriores.

De manera similar, las provincias que registraron los porcentajes más bajos de nuevos beneficiarios durante el periodo de análisis son, Tierra del Fuego (17%), Río Negro (24%) y Jujuy (30%). En contraste, San Luis (704%), Misiones (123%) y Buenos Aires (92%) se registran como las provincias con el mayor porcentaje de aumento.

Cabe destacar, que si nos enfocamos en las variaciones nominales observamos un panorama distinto. Del total de nuevos beneficiarios (1.052.539), el 76% se encuentra concentrado en Provincia de Buenos Aires. Esta geografía, aumento su participación sobre el total de beneficiarios de 26%, en Noviembre 2009, al 38% en Abril 2021 sumando así 800.075 personas. De las 24 provincias, 11 mantuvieron¹⁴ el mismo porcentaje de beneficiarios sobre el total que a principios del programa, 2 lo disminuyeron¹⁵ y 11 presentan aumentos¹⁶. Si nos enfocamos en el último grupo, 9 provincias aumentaron sus beneficiarios en 1%, mientras que Misiones incremento 2% y Buenos Aires 12%. Como se ilustra, a primera vista, tanto la distribución de beneficiarios como el crecimiento del programa indica una fuerte concentración en la Provincia de Buenos Aires.

Desde otra perspectiva, analizamos la variación de beneficiarios por provincia utilizando como referencia la cantidad de meses, a lo largo del programa, que se registra un neto negativo de nuevos beneficiarios. Identificamos que, a nivel consolidado, de los 137 meses¹⁷, 48 registraron un valor negativo en la variación intermensual de beneficiarios. Dicho de otra manera, en 48 meses se registró un número mayor de personas que perdieron la AUH que aquellas que accedieron al beneficio. Esto representa el 35% de los meses que el programa estuvo en funcionamiento.

Si desglosamos este análisis por provincia, identificamos que los hallazgos se alinean con las variaciones previamente registradas. De las 24 provincias, 2 se encuentran en la media consolidada (48 meses), 6 se encuentran por debajo y 16 se encuentran por arriba. Es así que, Buenos Aires se posiciona como la provincia que registra una menor cantidad de

¹⁴ Santa Fe, Santiago del Estero, Formosa, Jujuy, Neuquén, La Rioja, Río Negro, Chubut, La Pampa, Santa Cruz, Tierra del Fuego

¹⁵ CABA y Catamarca

¹⁶ Buenos Aires, Córdoba, Misiones, Chaco, Tucumán, Mendoza, Corrientes, Salta, Entre Ríos, San Juan y San Luis

¹⁷ Se considera como periodo de análisis de noviembre 2009 a abril 2021.

meses (38) con neteo negativo de beneficiarios. Contrariamente, en el otro extremo, se posiciona Tierra del Fuego con una cifra cercana al doble, 63 meses.

Para entender en profundidad los valores presentados es importante identificar cuáles son las variables que inciden en el incremento de nuevos beneficiarios y en la pérdida del beneficio.

Con respecto al incremento de nuevos beneficiarios, se puede abarcar esta temática desde la perspectiva de brecha de cobertura. Dicho de otro modo, si nos remontamos al marco teórico, esto se insertaría en el error de exclusión. Es decir, en situaciones donde familias que satisfacen el criterio de elegibilidad, no participan del programa.

Podemos asumir entonces, que las provincias con mayor población que cumple con los requisitos del programa, pero que actualmente no fue alcanzada por este, presentará el mayor crecimiento en termino de nuevos beneficiarios. De igual manera, cabe destacar, que existen otros factores asociados a la dificultad de identificación de nuevos beneficiarios que pueden influir en la variación de beneficiarios totales. Estos, se relacionan con las dinámicas de ocupación de las provincias (urbano vs. rural), las pequeñas localidades, el aislamiento socioeconómico y la vulnerabilidad social, la demora potencial en la inscripción de los recién nacidos y la falta de documentación necesaria para acceder a la prestación, entre otros (CEDLAS, 2007).

Por otro lado, podemos decir que la pérdida del beneficio puede estar relacionada: i) a la graduación de los beneficiarios, ii) a la falta de cumplimiento de condicionalidades (previo a 2021).

Según Cecchini & Martinez (2011) el termino graduación debería suponer que se ha logrado superar la pobreza e insertarse en otros instrumentos no contributivos o contributivos de protección social. Significando una pérdida positiva de beneficiarios. Por otro lado, si bien a partir de 2021 no aplica más la pérdida de la AUH por falta de cumplimiento de condicionalidades, desde su creación este fue una limitante central en la capacidad de lograr su universalidad. Algunos de los desafíos asociados fueron correctamente solucionados, por ejemplo, se elimino el tope en la cantidad de niños a cubrir por titular, se ligó el incumplimiento de las condicionalidades solo al 20% de la transferencia y no a la pertenencia del programa, y se está trabajando solucionar situaciones donde hay existencia de más de un núcleo familiar en el hogar.

Ahora bien, es importante estudiar cómo se alinean los criterios de focalización del programa con la distribución actual de beneficiarios. Es importante entender las particularidades de las distintas provincias del país desde un panorama social, económico y demográfico. Estos tres ejes nos permitirán contrastar las realidades de cada geográfica con la distribución de beneficiarios. Temática que abordaremos en la próxima sección mediante una estimación de la potencial población beneficiarias de la AUH por provincia.



Tabla N.º5: Evolución anual de beneficiarios AUH por provincia

Provincias	nov-09	nov-10	nov-11	nov-12	nov-13	nov-14	nov-15	nov-16	nov-17	nov-18	nov-19	nov-20	abr-21	Variación
Buenos Aires	871.486	1.132.078	1.223.572	1.177.493	1.283.345	1.326.530	1.379.208	1.493.131	1.499.418	1.528.390	1.580.640	1.656.461	1.672.231	800.745
CABA	122.335	75.332	99.008	56.269	71.039	80.223	89.196	103.220	104.901	104.109	120.725	125.833	129.475	7.140
Catamarca	74.063	38.472	37.977	36.210	35.925	37.602	37.827	39.970	39.717	40.219	40.424	42.008	41.332	- 32.731
Chaco	103.211	147.902	168.856	150.312	149.091	154.198	156.612	169.163	163.521	171.440	173.818	182.677	182.954	79.743
Chubut	26.199	26.790	27.308	26.618	27.397	27.114	26.712	30.575	30.452	30.995	32.953	34.287	36.106	9.907
Córdoba	215.044	264.037	277.181	262.669	275.625	282.240	292.426	310.138	305.633	302.759	315.677	327.745	325.589	110.545
Corrientes	77.788	119.363	130.276	121.126	119.032	121.974	123.655	131.467	132.390	134.899	138.361	145.510	144.415	66.627
Entre Ríos	65.145	95.761	101.736	95.522	97.676	100.929	105.329	111.865	112.534	114.444	118.652	123.991	123.652	58.507
Formosa	55.222	74.371	77.168	67.821	66.184	69.389	69.619	75.381	77.370	80.643	83.838	86.947	86.991	31.769
Jujuy	64.146	74.083	74.297	69.189	68.873	70.508	70.143	76.427	75.990	76.701	78.002	80.863	83.161	19.015
La Pampa	18.965	23.347	24.341	24.215	24.806	25.673	25.416	26.264	26.380	26.244	28.400	28.574	28.441	9.476
La Rioja	23.632	28.565	29.525	29.128	29.337	31.368	32.368	35.213	35.586	36.767	37.570	39.017	38.176	14.544
Mendoza	126.628	148.671	165.311	159.967	168.434	174.031	179.664	189.096	189.215	187.418	189.888	202.029	198.928	72.300
Misiones	80.329	128.542	144.657	138.649	135.039	141.760	146.269	158.361	160.226	164.738	172.304	184.031	179.186	98.857
Neuquén	30.574	39.316	43.469	39.809	41.313	40.273	38.567	42.606	42.092	41.423	42.989	45.967	45.587	15.013
Río Negro	43.549	47.818	49.628	48.473	49.451	49.144	48.354	49.722	50.092	50.319	52.593	54.886	54.104	10.555
Salta	122.135	140.984	148.452	145.586	145.465	148.530	151.221	161.586	164.273	167.944	172.197	181.987	184.529	62.394
San Juan	49.023	69.212	72.885	71.289	73.143	79.237	82.611	88.713	87.908	87.300	90.912	96.389	95.242	46.219
San Luis	5.888	29.249	30.345	31.423	32.991	34.351	31.623	36.623	37.943	29.657	45.037	47.111	47.330	41.442
Santa Cruz	13.287	9.879	11.055	11.417	11.436	11.867	11.580	14.400	14.789	15.268	23.013	19.399	19.508	6.221
Santa Fe	217.575	242.518	259.376	250.828	251.459	259.843	267.573	284.987	282.265	279.652	294.110	300.831	299.032	81.457
Santiago del Estero	92.351	132.097	136.022	131.551	129.131	127.850	128.576	132.864	131.092	131.710	134.834	141.607	139.712	47.361
Tierra del Fuego	7.125	4.463	4.418	4.051	3.886	4.977	4.526	6.151	5.932	6.333	8.641	8.029	8.304	1.179
Tucumán	120.215	148.830	162.830	158.113	161.355	168.192	173.090	179.362	178.366	179.214	184.882	196.523	196.051	75.836
s/d	685.890	250.966	28.207	11.861	8.141	6.962	11.973	10.541	7.957	5.838	28.274	1.138	4.308	- 681.582
Total general	3.311.805	3.492.646	3.527.900	3.319.589	3.459.574	3.574.765	3.684.138	3.957.826	3.956.042	3.994.424	4.188.734	4.353.840	4.364.344	1.052.539

Fuente: Elaboración propia con base de datos compartida por ANSES: Evolución mensual, por provincia, de beneficiarios AUH.

3.3 Estimación de potenciales beneficiarios AUH por provincia

El presente apartado se objetiva estimar, en base al nivel de pobreza e indigencia, la cantidad de beneficiarios no cubiertos por la AUH por provincia. La información utilizada para realizar esta estimación corresponde a la Encuesta Permanente de Hogares. Esta encuesta se centra en medir la incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos, cubriendo 9,3 millones de hogares y 28,9 millones de personal. La información aquí obtenida será contrastada con las cifras presentada en el apartado anterior. El objetivo de este esfuerzo es entender si la AUH esta razonablemente distribuida, alineada a las provincias con mayor cantidad de NNyA no observados.

Vale la pena remarcar que existen números trabajos con diferentes enfoques metodológicos para estimar la potencial brecha de cobertura en el país. Por un lado, identificamos enfoques estimativos basados en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), como los que propone Maurizio y Vazquez (2014) o Garganta (2015). Por otro lado, existen también trabajos de campo que incluyen relevamientos a distintas geografías del país para así estimar la brecha existente.

A modo de ejemplo, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS), trabaja en la búsqueda activa de los NNyA prorrogados y suspendidos de la AUH. Su objetivo es detectar las causas de incumplimiento y poder integrarlos nuevamente al sistema. Para ello, organiza Planes de Acción Territorial en conjunto con municipios preestablecidos en los que se pauta el relevamiento por nómina de los NNyA. El SISFAM es el organismo responsable del revelamiento y la identificación de las familias en situación de mayor pobreza y vulnerabilidad social.

En el transcurso del primer semestre de 2019 se efectuaron 10 relevamientos¹⁸ que incluyeron 3.056 niños, niñas y adolescentes de hasta 17 años suspendidos o prorrogados¹⁹ de la AUH. Un 53,7% se encontraba prorrogado, mientras que el 46,3% figuraba como suspendidos

¹⁸ En las siguientes ciudades: 3 de Febrero, Almirante Brown, San Miguel, San Martín y Lomas de Zamora, Salta Capital, Posadas Capital, Corrientes Capital, Concordia, Santa Fe Capital

¹⁹ Previo al 2021, en función de la reglamentación de ANSES sobre AUH se establece un año para la presentación de las libretas de salud y educación de los titulares de derecho de AUH. Para quienes no la presenten, cumplido el plazo, se prorroga la presentación, de modo que les posibilite el cobro del 80% del beneficio, por plazos establecidos en resoluciones del organismo. Vencido ese plazo se les suspende el beneficio

Entre los NNyA que, al momento de la entrevista, no percibían AUH, el 75% la había cobrado alguna vez. El principal motivo por el que dejaron de cobrar fue por no haber presentado certificados de salud, de escolaridad o ambos (36,2%). En similares proporciones (34,8%), el acceso del padre, madre o tutor de los niños a un trabajo formal. Por último, en 14,6% de los casos se manifestó desconocimiento acerca del motivo por el que les sacaron la asignación. (SIMPRO, 2019; Pág 17)

Si tomamos como base el boletín mensual del ANSES, AUH agosto 2021, solo 7.297 beneficiarios tienen 19 años o más. Estos, representan menos del 1% del padrón total de beneficiarios de la AUH. Es por ello que, para nuestro ejercicio de estimación, nos centraremos en la población de 0-19 años desglosada por provincia. Entendemos que, de esta manera estamos considerando al 99% de los beneficiarios actuales.

Para las estimaciones de población, utilizaremos la base de datos de INDEC 2021²⁰ desglosada por provincia y grupos etarios. De allí extraeremos el total de personas de 0-19 años por provincia.

En segundo lugar, utilizaremos la información obtenida de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), realizada durante el primer semestre 2021²¹, para estimar la cantidad de personas que viven bajo la línea de pobreza y la línea indigencia por provincia. Para ello, calcularemos que porcentaje de la población incluida en la EPH se encuentra bajo la línea de pobreza, que porcentaje bajo la línea de indigencia y transponemos estos valores a la población total de 0-19 años por provincia. Esto último nos permitirá obtener una estimación de la cantidad de NNyA que se encuentran bajo la línea de pobreza e indigencia por provincia.

Entendemos que la información provista por la EPH es extrapolable a la población total del país ya que la muestra relevada considera a 9,3 millones de hogares, sumando así un total de 28,9 millones de personas. Esto, representa aproximadamente al 63% de la población total de la Argentina. A su vez, concentrándonos en la población bajo la línea de pobreza e indigencia de 0-18 años, abarcamos los parámetros de focalización considerados por la AUH.

²⁰ Estos valores corresponden a la base de datos INDEC 2021 proveniente del documento: Proyecciones elaboradas en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

²¹ EPH reporte de resultados
(https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_09_21324DD61468.pdf)

Tabla N.º5: Estimación potencial brecha de cobertura AUH por provincia en base a población de 0-19 años bajo la línea de pobreza y línea de indigencia.

Provincias	Beneficiarios AUH abril 2021	Población de 0-19 años 2021	Población pobre & indigente 0-19 años 2021	% Población pobre & indigente 0-19 beneficiaria de la AUH	Potencial brecha beneficiarios AUH	% Potencial brecha de beneficiarios AUH
Buenos Aires	1.672.231	5.597.505	3.239.481	52%	1.567.250	94%
CABA	129.475	796.645	128.204	101%	- 1.271	-1%
Catamarca	41.332	137.198	76.803	54%	35.471	86%
Chaco	182.954	433.680	298.276	61%	115.322	63%
Chubut	36.106	204.979	65.884	55%	29.778	82%
Córdoba	325.589	1.147.057	644.006	51%	318.417	98%
Corrientes	144.415	385.993	201.061	72%	56.646	39%
Entre Ríos	123.652	441.537	243.403	51%	119.751	97%
Formosa	86.991	220.812	137.709	63%	50.718	58%
Jujuy	83.161	267.406	128.871	65%	45.710	55%
La Pampa	28.441	108.997	50.669	56%	22.228	78%
La Rioja	38.176	127.353	53.984	71%	15.808	41%
Mendoza	198.928	648.711	328.023	61%	129.095	65%
Misiones	179.186	471.882	216.630	83%	37.444	21%
Neuquén	45.587	222.423	112.866	40%	67.279	148%
Río Negro	54.104	240.031	95.176	57%	41.072	76%
Salta	184.529	530.962	284.340	65%	99.811	54%
San Juan	95.242	266.828	113.441	84%	18.199	19%
San Luis	47.330	163.901	80.324	59%	32.994	70%
Santa Cruz	19.508	131.780	52.831	37%	33.323	171%
Santa Fe	299.032	1.046.576	555.954	54%	256.922	86%
Santiago del Estero	139.712	351.668	197.985	71%	58.273	42%
Tierra del Fuego	8.304	57.957	23.312	36%	15.008	181%
Tucumán	196.051	582.712	336.578	58%	140.527	72%
Total general	4.364.344	14.584.593	7.665.809		3.305.773	

Fuente: Elaboración propia con información de: i) INDEC 2021: Proyecciones elaboradas en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010; ii) INDEC, Encuesta Permanente de Hogares. (https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_09_21324DD61468.pdf)

La Tabla N.º5, se concentra en analizar la distribución de la población de 0-19 años en las provincias argentinas. La primera columna muestra los beneficiarios de la AUH a Abril 2021; la segunda, la población total de 0-19 años y, la tercera, la cantidad de personas de 0-19 años bajo las líneas de pobreza e indigencia por provincia. Restando la primera columna a la tercera, obtenemos la potencial brecha de cobertura de beneficiarios AUH por provincia.

A primera vista, podemos observar que, de las 24 provincias, 23 registran una potencial brecha de cobertura. CABA es la única geografía en la que se identifican más beneficiarios de la AUH que NNyA bajo la línea de pobreza e indigencia. Podemos asociar estos resultados a los descubrimientos del capítulo nº5. Allí demostraremos, que CABA posee la puntuación más alta en indicadores sociales, económicos y demográficos de las 24 provincias del país. En líneas con lo anterior, vale la pena mencionar, que este resultado podría verse impactado por la situación privilegiada de CABA donde se evidencia altos niveles de urbanización, amplia cobertura de la red de transporte público, amplia oferta de puntos de RENAPRER y ANSES, baja densidad de poblaciones aisladas y oferta de servicios públicos de calidad.

En segundo lugar, evidenciamos que, en términos nominales, Buenos Aires es la provincia con la mayor brecha de cobertura. Según la presente estimación, existen 1.567.250 NNyA que cumplen con los criterios de acceso, pero no perciben la AUH. Si relacionamos este descubrimiento a la información presentada en el apartado anterior, podemos decir que no se evidencia una centralización del programa en la provincia de Buenos Aires. Por lo contrario, si bien el aumento de beneficiarios ha sido el más pronunciado del país (aumento su participación sobre el total de beneficiarios de 26%, en noviembre 2009, al 38% en abril 2021 sumando un total de 800.075 personas), dada la concentración de población en esta geografía, sigue existiendo una brecha del 94%. Dicho de otra manera, si bien se ha aumentado la cobertura del programa, todavía quedan la mitad de los NNyA que cumplen los criterios sin acceso a la AUH.

En tercer lugar, observamos que el programa se encuentra razonablemente alineado a los estratos más vulnerables de la población en las diversas provincias del país. Es así que, como ilustra la tabla N.º6, evidenciamos que las provincias con los ingresos promedios per cápita más bajos, son las que presentan los porcentajes de cobertura más altos. A modo de ejemplo, podemos ver que San Juan (84%), Misiones (83%), Corrientes (72%),

La Rioja (71%), Santiago del Estero (71%), Salta (65%), Jujuy (65%), Formosa (63%) y Chaco (61%) se ubican por encima del 60% de cobertura.

Tabla N.º6: Relación potencial brecha de cobertura AUH e ingresos promedios per cápita

Provincias	Porcentaje población pobre & indigente 0-19 años beneficiaria de la AUH	Ingreso promedio anual per cápita (\$ARS)
CABA	101%	651.748
San Juan	84%	405.069
Misiones	83%	384.879
Corrientes	72%	363.951
La Rioja	71%	385.455
Santiago del Estero	71%	330.545
Salta	65%	372.032
Jujuy	65%	379.366
Formosa	63%	353.074
Chaco	61%	350.269
Mendoza	61%	431.903
San Luis	59%	434.751
Tucumán	58%	405.876
Río Negro	57%	434.671
La Pampa	56%	476.395
Chubut	55%	558.942
Catamarca	54%	403.701
Santa Fe	54%	465.153
Buenos Aires	52%	442.055
Entre Ríos	51%	434.521
Córdoba	51%	461.319
Neuquén	40%	506.613
Santa Cruz	37%	609.735
Tierra del Fuego	36%	671.684

Fuente: Elaboración propia con información de: Estimaciones poblacionales INDEC 2021, Esri- ArcGIS
Michael Bauer Research

4. Panorama demográfico, económico y social de las provincias argentinas

El presente apartado propone proveer un panorama general de las provincias argentinas desde una perspectiva social, demográfica y económica.

La razón detrás de este esfuerzo se centra en que entendemos a la pobreza como un concepto multidimensional que se debe considerar más allá del ingreso. A raíz de ello, proponemos estudiar la situación de las provincias del país desde 24 indicadores transversales a las realidades locales. Esta información, nos ayudará a ilustrar cómo se alinean los criterios de focalización de la AUH a la distribución geográfica actual de sus beneficiarios, más allá del ingreso (temática abordada en el apartado anterior).

La Tabla N.º6 consolida la información de los siete indicadores demográficos seleccionados. Podemos observar, que Buenos Aires es la provincia con mayor población del país, esta concentra al 40% de los habitantes totales y el 38% de los habitantes entre 0-19 años. En segundo lugar, identificamos a Córdoba (8%), seguida por Santa Fe (8%) y CABA (7%). Contrastando esta información con la distribución de beneficiarios AUH, observamos que en términos de distribución del padrón de beneficiarios Buenos Aires (38%), Córdoba (7%) y Santa Fe (6%), ocupan también los primeros tres lugares.

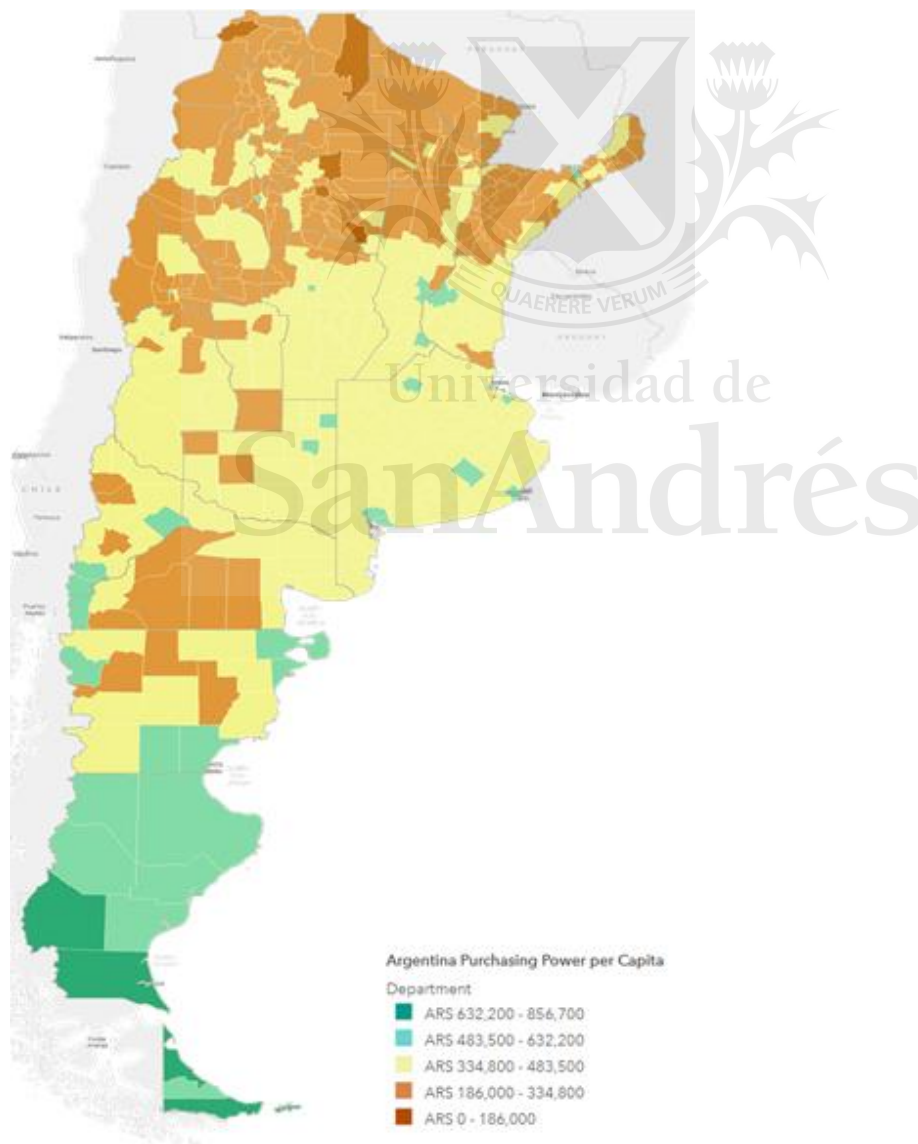
Si bien estas provincias presentan la mayor cantidad de habitantes, registran tasas brutas de natalidad y promedio de hijos por mujer por debajo de la mediana del país (14 nacimientos cada 1.000 habitantes y 2 hijos por mujer). Una realidad diferente se presenta en provincias como Chaco, Misiones, Santiago del Estero, Formosa, Salta, Corrientes y Tucumán. En conjunto estas geográficas consolidan los resultados más bajos presentes en los indicadores demográficos registrados.

A modo de ejemplo, estas provincias poseen una tasa bruta de natalidad de, en promedio, 4 puntos porcentuales por encima de la media del país. Esta alta natalidad viene también acompañada de una alta mortalidad materna e infantil. Evidenciamos que, en provincias como Santiago del Estero (12,17%) y Formosa (14,4%) la tasa de mortalidad materna es alrededor de diez veces más alta que CABA. De manera similar, la tasa de mortalidad infantil en provincias como Corrientes (12,84%) es hasta dos veces más alta que CABA.

Si agrupamos los indicadores demográficos seleccionados, evidenciamos que la provincia con mejor puntaje general es CABA. En el otro extremo de la distribución encontramos a Chaco y Formosa con los peores puntajes en todas las variables consideradas.

En segundo lugar, si observamos los indicadores Económicos listados en la Tabla N.º7 podemos registrar una tendencia similar. Desde la perspectiva del ingreso, Como se puede observar en el Mapa N.º1, las provincias que registran los ingresos promedios per cápita más alto son las del sur, lideradas por Tierra del Fuego con \$671.684, seguida por Santa Cruz (\$609.735), Chubut (\$558.942) y CABA (\$651.748). En el otro extremo y alineado a los resultados de indicadores demográficos encontramos a Santiago del Estero (\$330.545), Chaco (\$350.269) y Formosa (\$353.074).

Mapa N.º1: Ingreso promedio per cápita por provincia



Fuente: Elaboración propia con información de Esri, ArcGIS 2020, Michael Bauer Research

En líneas con lo anterior, observamos que las provincias con mayor porcentaje de pobreza e indigencia son también las que presentan los menores ingresos per cápita. Es así como Chaco se posiciona en el primer lugar con 52% de pobreza y 17% de indigencia, seguido por Formosa con 47% y 15% respectivamente. Estos valores se encuentran por encima de la media del país y son hasta 4 veces más altos que los registrados en CABA (provincia con los índices más bajos de pobreza 14% e indigencia 2%).

Si observamos la información obtenida en la EHP, el ingreso total familiar promedio de los hogares pobres fue de \$37.803,3, mientras la Canasta Básica Total (CBT) promedio del mismo grupo de hogares alcanzó \$62.989. En este caso, la brecha de la pobreza de los hogares se ubicó en 40,0%, es decir, les faltó \$25.186 para poder comprar los alimentos mínimos para subsistir. En cuanto a los grupos de edad según condición de pobreza, se destacó que más de la mitad (54,3%) de las personas de 0 a 14 años son pobres. Por último, las mayores incidencias de la pobreza en personas se observaron en las regiones Noreste (NEA), 45,4%; y Noroeste (NOA), 44,7% (INDEC, 2020; Vol 5, n.4).

Teniendo en cuenta que el desempleo es uno de los ejes centrales de la AUH, es importante analizar esta variable en las diversas provincias del país. Observamos que La Pampa presenta la tasa de desempleo más alta 14%, seguida por Tucumán (12%) y Córdoba (12%). Si contrastamos esta información con la distribución de beneficiarios de la AUH identificamos que La Pampa registra solamente 28.441 adherentes, posicionándose como la tercera provincia con menor cantidad de beneficiarios del país. Esto puede estar relacionado a la incidencia de su alto ingreso per cápita, más allá de la alta tasa de desempleo. En el otro extremo, las provincias que presentan la menor tasa de desempleo son San Luis (2%), La Rioja (3%) y Río Negro (4%).

Por último, analizamos los indicadores sociales ubicados en la Tabla N.º8. Estos incluyen un conjunto de variables que busca reflejar el contexto social en el que se enmarca cada provincia. Aquí registramos tres aristas principales: educación, salud y condiciones de vida.

Con respecto a la educación podemos observar que, si bien la tasa de matriculación primaria y secundaria a lo largo del país es similar, existen discrepancias marcadas en torno a la tasa de analfabetismo. Esta, mide el cociente entre el número de personas que no saben leer ni escribir de 10 años y más, y el total de la población de 10 años y más. Podemos observar que si bien no se registraron variaciones significativas en las tasas de

matriculación, las tasas de analfabetismo demarcan brechas muy grandes. Por un lado, Chaco (5,8), Corrientes (4,5), Formosa (4,3) y Misiones (4,3) son las provincias que presentan mayor cantidad de personas mayores de 10 años que no saben leer ni escribir cada 100 habitantes. Estas cifras son alarmantes al contrastarlas con provincias como CABA donde se registran 0,5 personas analfabetas cada 100 habitantes. Estas brechas nos permiten asumir que el acceso a la educación no está ligado a la calidad educativa.

Si nos enfocamos en los indicadores de salud, identificamos nuevamente a CABA como la geografía con mejor desempeño. Esta presenta una densidad de médicos matriculados (16,6 cada mil habitantes) cinco veces más alta que la media del país (3 médicos cada 1000 habitantes). En líneas con lo anterior, no es sorpresa, que a la hora de identificar las provincias con menor cobertura de médicos matriculados encabezen la lista Santiago del Estero (1,7), Misiones (1,8) y Formosa (1,9). Sin embargo, si nos enfocamos en cobertura de obra social o plan médico, evidenciamos que las provincias con un mayor porcentaje de la población no cubierta son Río Negro (58%), Salta (57%) y Mendoza (56%), en contraste con Tierra del Fuego y CABA que presentan los porcentajes más bajos, 17% y 18% correspondientemente.

Evaluando los diferentes indicadores, encontramos una relación directa entre la cantidad de médicos matriculados por habitantes y la tasa de mortalidad tanto de los niños recién nacidos como de las madres. Evidenciamos, estos casos suceden con mayor frecuencia en las provincias del NEA donde, como mencionamos, se registran los niveles más bajos de médicos cada 1.000 habitantes. A modo de ejemplo, Santiago del Estero es la provincia con menor cantidad de médicos matriculados por habitante (1,7 cada 1.000), la segunda provincia con mayor tasa de mortalidad materna (12,17 cada 1.000) y una de las provincias con menor esperanza de vida, ubicándose en todas las variables por debajo del promedio nacional.

Por último, si nos enfocamos en los indicadores relacionados a condición de vida evidenciamos brechas muy marcadas de cobertura a lo largo del país. Con respecto al acceso a agua potable, identificamos que Misiones (71,9%) y Buenos Aires (75,1%) son las provincias con menor cobertura, seguidas por Santiago del Estero, Formosa y Chaco. De manera similar, estas geografías también presentan el menor porcentaje de hogares con desagües cloacales. Es importante remarcar que la brecha de cobertura en esta variable es alarmante. Mientras que en CABA el 98,2% de los hogares cuentan con cloacas, en Misiones esta cifra desciende a apenas 18,6%.

Si cruzamos estas variables con las anteriormente presentadas, evidenciamos que el acceso a agua corriente en los hogares tiene una correlación negativa con las tasas de mortalidad y esperanzas de vida. Es así como, las provincias con menor acceso al agua corriente muestran una mayor tasa de mortalidad. Podemos asociar esta relación, a la falta de saneamiento de los hogares y centros de salud pública ya que la falta de agua potable y desagües cloacales conlleva a mayores enfermedades y a condiciones de vida precarias, entre otros.



Universidad de
San Andrés

Tabla N.º6: Indicadores Demográficos

	1	2	3	4	5	6	7
Buenos Aires	17.709.598	13,10	2,20	81,34	74,74	8,98	3,54
CABA	3.078.836	11,10	1,85	82,60	76,36	5,98	2,26
Catamarca	418.991	13,90	2,14	81,45	75,78	9,26	2,99
Chaco	1.216.247	18,60	2,28	79,71	73,03	9,44	7,26
Chubut	629.181	12,90	2,17	82,28	75,05	8,31	1,17
Córdoba	3.798.261	13,70	2,09	81,72	75,20	7,41	3,36
Corrientes	1.130.320	16,30	2,26	80,54	74,55	12,84	6,55
Entre Ríos	1.398.510	14,00	2,14	81,54	74,25	9,68	2,82
Formosa	610.019	17,10	2,37	80,25	74,37	11,35	14,40
Jujuy	779.212	13,60	2,19	81,11	74,98	9,15	0,85
La Pampa	361.394	12,10	2,11	81,92	75,66	9,22	-
La Rioja	398.648	13,70	2,06	81,29	75,11	10,22	5,29
Mendoza	2.010.363	13,90	2,23	81,84	75,94	8,24	2,99
Misiones	1.274.992	18,40	2,41	80,67	74,11	7,32	4,02
Neuquén	672.461	14,40	2,24	82,85	76,39	6,13	2,96
Río Negro	757.052	13,30	2,15	81,85	75,97	8,34	0,94
Salta	1.441.988	16,30	2,41	81,10	74,72	9,96	1,59
San Juan	789.489	16,20	2,33	80,85	75,40	9,11	3,70
San Luis	514.610	13,20	2,13	81,80	75,69	8,79	4,26
Santa Cruz	374.756	13,30	2,29	81,89	74,45	7,63	7,83
Santa Fe	3.563.390	13,40	2,02	81,65	74,30	8,44	2,72
Santiago del Estero	988.245	17,50	2,29	80,83	74,13	9,68	12,17
Tierra del Fuego	177.697	14,20	2,09	82,20	76,44	7,44	3,72
Tucumán	1.714.487	15,00	2,25	81,05	75,11	11,18	1,79

Referencias:

1. **Población total estimada.** Ambos sexos, 2021. Proyecciones en base a resultados definitivos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Dirección de Estadísticas Poblacionales, INDEC.
2. **Tasa bruta de natalidad por 1000 habitantes.** 2019. Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS). MS Serie 5 N° 62/19.
3. **Tasa global de fecundidad** (proyecciones y estimaciones 2021). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. INDEC.
4. **Esperanza de vida al nacer** en 2020 (en años). Mujeres.
5. **Esperanza de vida al nacer** en 2020 (en años). Hombres
6. **Tasa de mortalidad infantil** (por 1.000 nacidos vivos), 2018. MS Serie 5 N° 62/19.
7. **Tasa de mortalidad materna** (por 10.000 nacidos vivos), 2018. MS Serie 5 N° 62/19

Tabla N.º7: Indicadores Económicos

	8	9	10	11	12	13	14
Buenos Aires	\$ 7.723	\$442.055	44%	14%	8.087	6.523	10%
CABA	\$ 1.997	\$651.748	14%	2%	1.443	1.559	9%
Catamarca	\$ 167	\$403.701	46%	10%	132	93	6%
Chaco	\$ 420	\$350.269	52%	17%	239	178	8%
Chubut	\$ 345	\$558.942	28%	4%	228	160	6%
Córdoba	\$ 1.728	\$461.319	46%	10%	902	849	12%
Corrientes	\$ 406	\$363.951	43%	9%	221	162	6%
Entre Ríos	\$ 600	\$434.521	44%	11%	249	195	6%
Formosa	\$ 213	\$353.074	47%	15%	169	87	5%
Jujuy	\$ 291	\$379.366	43%	6%	185	165	6%
La Pampa	\$ 170	\$476.395	37%	10%	70	59	13%
La Rioja	\$ 151	\$385.455	38%	5%	125	101	3%
Mendoza	\$ 856	\$431.903	44%	7%	500	533	9%
Misiones	\$ 484	\$384.879	39%	7%	194	182	5%
Neuquén	\$ 335	\$506.613	41%	10%	175	136	8%
Río Negro	\$ 324	\$434.671	35%	5%	49	34	4%
Salta	\$ 528	\$372.032	42%	11%	342	301	10%
San Juan	\$ 315	\$405.069	36%	6%	311	229	5%
San Luis	\$ 220	\$434.751	44%	5%	134	105	2%
Santa Cruz	\$ 222	\$609.735	35%	5%	72	52	8%
Santa Fe	\$ 1.638	\$465.153	43%	11%	957	910	11%
Santiago del Estero	\$ 322	\$330.545	50%	6%	232	173	5%
Tierra del Fuego	\$ 116	\$671.684	36%	4%	89	79	10%
Tucumán	\$ 685	\$405.876	46%	12%	515	391	12%

Referencias:

8. **Producto Bruto Geográfico (en millones ARS).** Esri, ArcGIS 2020, Michael Bauer Research.
9. **Ingreso per-capital anual (en ARS).** Esri, ArcGIS 2020, Michael Bauer Research.
10. **Porcentaje de personas bajo la línea de pobreza.** INDEC. Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2021
11. **Porcentaje de personas bajo la línea de indigencia.** INDEC. Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2021
12. **Población económicamente inactiva (hab).** INDEC. Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2021
13. **Población económicamente activa (hab).** INDEC. Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2021
14. **Porcentaje de población económicamente activa, desocupada.** INDEC. Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2021

Tabla N.º8: Indicadores Sociales

	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Buenos Aires	0,84	1,4	1.723.412	1.559.488	75,1	47,6	35	7.120	2,8
CABA	0,87	0,5	286.874	196.308	99,6	98,2	18	1.171	16,6
Catamarca	0,84	2,1	43.461	43.634	93,1	44,4	33	2.322	2,6
Chaco	0,82	5,8	165.503	101.995	76,5	26,4	36	900	2,2
Chubut	0,86	2,0	61.372	56.331	96,4	77,7	32	2.146	2,9
Córdoba	0,85	1,5	355.984	329.729	91,9	38,3	38	350	4,3
Corrientes	0,83	4,5	133.028	106.242	87,1	53,4	37	2.048	3,2
Entre Ríos	0,85	2,2	139.799	127.908	90,4	69,8	44	831	3,0
Formosa	0,82	4,3	73.290	63.709	76,8	31,5	40	526	1,9
Jujuy	0,83	3,2	93.123	67.607	94,5	60,8	39	520	2,2
La Pampa	0,85	1,9	33.649	33.556	87,1	59	45	610	3,1
La Rioja	0,83	1,9	46.832	31.735	93,7	51,1	48	934	3,8
Mendoza	0,85	2,2	233.087	130.644	90,5	63,1	56	805	3,4
Misiones	0,83	4,3	181.562	100.341	71,9	18,6	37	1.793	1,8
Neuquén	0,85	2,4	83.058	50.231	93,6	72,1	48	652	3,9
Río Negro	0,84	2,5	87.228	59.309	92,1	61,1	58	894	3,8
Salta	0,83	3,2	186.235	125.937	91,2	62,1	57	453	2,1
San Juan	0,84	2,1	90.046	75.559	93,2	29,5	44	832	3,0
San Luis	0,85	1,9	53.877	48.191	94,5	60,2	27	588	2,9
Santa Cruz	0,86	1,1	42.783	28.733	97,2	82,4	32	411	2,7
Santa Fe	0,85	1,8	377.619	245.267	84,4	50,3	35	1.226	4,5
Santiago del Estero	0,82	4,2	142.428	77.346	75,8	21,9	34	541	1,7
Tierra del Fuego	0,89	0,7	17.591	17.096	94,2	89,3	17	309	4,5
Tucumán	0,84	2,5	170.848	155.158	88,8	46,6	22	288	3,2

Referencias:

15. Índice de desarrollo humano por jurisdicción, 2016. PNUD (2017).
16. Tasa de analfabetismo. INDEC, 2018
17. Matriculación primaria (hab). Ministerio de Educación, 2018.
18. Matriculación secundaria (hab). Ministerio de Educación, 2018.
19. Porcentaje de hogares con agua corriente, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, INDEC.
20. Porcentaje de hogares con desagües cloacales, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, INDEC.
21. Porcentaje de población no cubierta con obra social o plan médico, 2010. Elaboración sobre la base de datos del INDEC.
22. Número total de establecimientos asistenciales médicos. Todos los subsectores, 2019. REFES.
23. Médicos matriculados por mil habitantes. Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud, con base en REFEPS. Año 2019.

5. Datos & Metodología

El objetivo de este apartado se centra en presentar la metodología utilizada para predecir cuántos chicos deberían recibir la AUH por provincia y ver las diferencias entre esa predicción y los registros de ANSES. Lo que se propone, es que la brecha existente entre beneficiarios objetivos y beneficiarios efectivos se debe a (i) los mecanismos de acceso y (ii) al mantenimiento de las condicionalidades.

Con respecto al punto (i) se presentó a lo largo del Capítulo N.º 3 un análisis de la información necesaria para ingresar al beneficio, así como de las instituciones que forman parte del proceso de obtención de esa información. A lo largo de dicho apartado se evaluaron también los cambios que experimentó el programa en el tiempo y los impactos en la población beneficiaria. Se ha puesto foco, en los cambios que tuvieron lugar desde que inicio la pandemia.

Con respecto al punto (ii), para evaluar el potencial impacto de la capacidad de mantener las condicionalidades en la brecha de cobertura de la AUH, se han creado dos indicadores relacionados a las áreas de control del programa: salud y educación. El objetivo de estos es evaluar si existe una relación entre la calidad de la oferta de servicios públicos y la brecha existente entre beneficiarios objetivos y beneficiarios efectivos.

En busca de cuantificar la calidad de la oferta de servicios públicos de salud y educación se ha creado un sistema de puntuación que consta de tres ejes: i) matriz de valores, ii) matriz de criterios, iii) matriz de puntuación.

En la matriz de valores se resumen los indicadores seleccionados y sus cifras de referencia para cada geografía. En el caso del indicador consolidado de Educación, hemos seguido los lineamientos postulados por Objetivos de Desarrollo Sostenible para educación propuestos por la ONU. Es así que, se han incluido 9 variables relevantes: Tasa de Abandono Interanual (2018-2019) en primaria y secundaria, Tasa de Promoción Efectiva (2019) en primaria y secundaria, Tasa de Repitencia (2019) en primaria y secundaria, Cantidad de Alumnos por docente (2019) en primaria y secundaria, y, por último, el gasto en educación sobre el gasto jurisdiccional total (2021).

Las fuentes relevadas para obtener esta información incluyen, las estimaciones poblacionales del INDEC 2021, el relevamiento anual (2019) del Ministerio de Educación a través de la Secretaria de Evaluación e Información Educativa, el anuario estadístico de

la republica argentina 2020 y el Presupuesto Nacional 2021 publicado por el ministerio de Hacienda.

En segundo lugar, para el indicador consolidado de Salud, como se puede ver en la Tabla N.º 9, se han seleccionado 12 variables relevantes. Estas se alinean con los indicadores propuestos por la ONU para lograr los objetivos de Desarrollo Sostenible y variables particulares a la infraestructura de salud pública. Es así que, se contemplan: Esperanza de vida al nacer (hombres y mujeres), Tasa de Mortalidad Materna (2019), Tasa de Mortalidad Infantil (2019), Habitantes por establecimientos de salud sin internación (2019), Habitantes por establecimientos de salud con internación (2019), Habitantes por establecimientos de salud (2019), Mujeres por camas de obstetricia en establecimientos de salud (2019), Habitantes (0-14 años) por camas de pediatría en establecimientos de salud (2019), Habitantes por total de camas habilitadas (2019), Médicos matriculados por habitante (2019) y gasto en salud sobre gasto total jurisdiccional (2021).

Las fuentes relevadas para obtener esta información incluyen, las estimaciones poblacionales del INDEC 2021, publicación Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Serie 5 N°62, "Estadísticas Vitales. Información Básica 2018", el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), el Informe Técnicos. Vol2 nro 178 y Vol3 Nro 51 del INDC, el Informe Argentina 2020 Indicadores básicos. Min de Salud Argentina, y el Presupuesto Nacional 2021 publicado por el ministerio de Hacienda.

La matriz de criterios, como se puede observar en las Tablas N.º 10 y N.º 12, resumen los parámetros mediante los cuales se va a puntuar las variables seleccionadas. Hemos adoptado un sistema de puntaje que considera los siguientes valores {0,3,5,7}. Estos serán asignados según en que espectro de los resultados se ubique cada variable. Hemos utilizado el promedio nacional como punto medio y una desviación de 25% por encima y debajo para establecer los parámetros máximos y mínimos de puntuación.

Por último, la matriz de puntuación presenta los resultados obtenidos del cruce entre la matriz de valores y la matriz de criterios. Esta permite llegar a un valor numérico comparable por provincia por indicador. Estos valores, nos permitirán contrastar, la brecha previamente calculada entre beneficiarios objetivos y beneficiarios efectivos con la oferta de servicios públicos de salud y educación, o dicho de otro modo, las variables que impactan en la capacidad de mantener las condicionalidades de la AUH.

Tabla N°9: Resumen Valores Indicadores de Educación

Provincias/ Indicadores	Tasa de Abandono Interanual 2018-2019		Tasa de Promoción Efectiva 2019		Tasa de Repitencia 2019		Alumnos por docente 2019		% del gasto en Educación sobre gasto total jurisdiccional 2021
	P	S	P	S	P	S	P	S	
Buenos Aires	0,30	7,4	96,3	82,3	3,4	10,3	18,5	23,3	21,6%
Catamarca	0,56	7,5	97,6	82,5	1,9	10,0	6,6	16,0	1,2%
CABA	0,25	7,1	98,4	84,8	1,3	8,1	9,9	7,7	16,0%
Chaco	1,67	12,6	95,2	77,9	3,2	9,5	13,2	22,9	0,9%
Chubut	0,18	6,1	98,2	83,8	1,6	10,1	10,9	12,2	1,2%
Cordoba	-0,18	8,2	99,5	84,8	0,6	6,9	14,3	25,1	6,6%
Corrientes	1,89	9,6	90,2	80,1	7,9	10,3	12,3	19,6	2,3%
Entre Rios	0,98	8,8	93,8	78,9	5,2	12,3	9,4	20,9	1,3%
Formosa	2,21	10,2	94,5	80,6	3,3	9,3	10,4	19,7	0,7%
Jujuy	0,03	9,9	99,6	78,5	0,4	11,6	10,1	18,3	1,3%
La Pampa	-0,34	7,2	99,6	81,3	0,7	11,5	8,8	15,6	1,0%
La Rioja	0,51	8,8	97,6	87,3	1,9	3,9	10,2	19,6	1,2%
Mendoza	0,37	10,9	96,3	80,1	3,3	9,0	14,0	16,6	3,3%
Misiones	1,12	14,5	93,9	75,4	5,0	10,1	15,3	24,9	1,0%
Neuquén	-0,49	9,4	99,8	76,0	0,7	14,6	10,2	10,5	1,7%
Rio Negro	0,10	8,0	98,6	84,1	1,3	7,9	8,7	6,6	0,9%
Salta	0,84	11,8	96,5	77,1	2,7	11,1	11,3	23,6	1,6%
San Juan	1,41	9,9	95,4	79,5	3,2	10,6	12,6	23,7	2,1%
San Luis	-0,62	6,7	97,0	85,2	3,7	8,2	10,0	7,4	1,6%
Santa Cruz	0,24	10,9	98,5	71,1	1,2	18,0	10,7	11,2	0,7%
Santa Fe	0,47	11,4	98,4	76,7	1,1	11,9	12,4	22,8	3,8%
Sntg. Del Estero	1,50	10,4	93,4	78,5	5,1	11,1	11,7	6,6	1,1%
Tierra Del Fuego	0,42	7,2	98,8	87,4	0,8	5,5	9,9	9,3	0,3%
Tucumán	0,31	9,4	98,4	80,6	1,3	10,0	9,9	23,7	2,0%
Total País	0,49	8,7	96,7	81,3	2,8	10,0	13,3	17,9	5,7%

Fuente: Elaboración propia con información de: estimaciones poblacionales del INDEC 2021, publicación Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Serie 5 N°62, "Estadísticas Vitales. Información Básica 2018", el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), el Informe Técnicos. Vol 2 nro 178 y Vol 3 Nro 51 del INDC, el Informe Argentina 2020 Indicadores básicos. Min de Salud Argentina, y el Presupuesto Nacional 2021 publicado por el ministerio de Hacienda

Tabla N°10: Criterios de puntuación por variable indicador Educación

Puntuación			Tasa de Abandono Interanual 2018-2019		Tasa de Promoción Efectiva 2019		Tasa de Repitencia 2019		Alumnos por docente 2019		Porcentaje del gasto en Educación sobre gasto total jurisdiccional
Alta mejor	Baja mejor	Ajuste	P	S	P	S	P	S	P	S	
0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3	5	-25%	0,37	6,55	72,51	60,94	2,12	7,51	9,94	13,44	0,04
5	3	Total País	0,49	8,73	96,68	81,25	2,83	10,02	13,25	17,91	0,06
7	0	25%	0,61	10,91	99,00	99,00	3,53	12,52	16,57	22,39	0,07

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°11: Matriz de Puntuación indicador Educación

	Tasa de Abandono Interanual 2018-2019		Tasa de Promoción Efectiva 2019		Tasa de Repitencia 2019		Alumnos por docente 2019		Porcentaje del gasto en salud sobre gasto total jurisdiccional	Total puntaje Indicador Educación
	P	S	P	S	P	S	P	S		
Buenos Aires	7	5	3	5	3	3	7	7	7	40
Catamarca	3	5	5	5	7	5	0	3	0	33
CABA	7	5	5	5	7	5	0	0	7	34
Chaco	0	0	3	3	3	5	3	7	0	24
Chubut	7	7	5	5	7	3	3	0	0	37
Cordoba	7	5	7	5	7	7	5	7	5	50
Corrientes	0	3	3	3	0	3	3	5	0	20
Entre Rios	0	3	3	3	0	3	0	5	0	17
Formosa	0	3	3	3	3	5	3	5	0	25
Jujuy	7	3	7	3	7	3	3	5	0	38
La Pampa	7	5	7	5	7	3	0	3	0	37
La Rioja	3	3	5	5	7	7	3	5	0	38
Mendoza	5	3	3	3	3	5	5	3	0	30
Misiones	0	0	3	3	0	3	5	7	0	21
Neuquén	7	3	7	3	7	0	3	0	0	30
Rio Negro	7	5	5	5	7	5	0	0	0	34
Salta	0	0	3	3	5	3	3	7	0	24
San Juan	0	3	3	3	3	3	3	7	0	25
San Luis	7	5	5	5	0	5	3	0	0	30
Santa Cruz	7	3	5	3	7	0	3	0	0	28
Santa Fe	5	0	5	3	7	3	3	7	0	33
Santiago Del Estero	0	3	3	3	0	3	3	0	0	15
Tierra Del Fuego	5	5	5	5	7	7	0	0	0	34
Tucumán	7	3	5	3	7	5	0	7	0	37

Fuente: Elaboración propia en base a matriz de puntuación

Tabla N°12: Resumen Valores Indicadores de Salud

Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Buenos Aires	3,5	81,3	74,7	15,0%	9,0	8.165	39.708	2.487	4.570	1.760	282	2,8
CABA	2,3	82,6	76,4	74,1%	6,0	18.218	73.306	2.629	1.917	365	139	16,6
Catamarca	3,0	81,5	75,8	4,0%	9,3	1.266	10.743	806	840	577	214	2,6
Chaco	7,3	79,7	73,0	8,0%	9,4	3.018	22.114	1.360	2.082	1.311	315	2,2
Chubut	1,2	82,3	75,1	4,0%	8,3	3.884	18.505	1.070	1.618	889	311	2,9
Córdoba	3,4	81,7	75,2	12,0%	7,4	5.297	21.339	1.636	6.552	2.737	280	4,3
Corrientes	6,5	80,5	74,6	4,0%	12,8	3.305	21.327	1.734	1.527	637	311	3,2
Entre Ríos	2,8	81,5	74,3	3,0%	9,7	3.780	20.268	1.554	2.674	915	279	3,0
Formosa	14,4	80,3	74,4	4,0%	11,3	2.118	14.879	1.347	6.254	1.447	293	1,9
Jujuy	0,8	81,1	75,0	6,0%	9,1	2.278	35.419	1.277	1.528	542	290	2,2
La Pampa	-	81,9	75,7	3,0%	9,2	4.015	10.039	879	1.544	1.052	302	3,1
La Rioja	5,3	81,3	75,1	3,0%	10,2	1.634	11.390	1.139	1.043	399	213	3,8
Mendoza	3,0	81,8	75,9	5,0%	8,2	4.730	74.458	982	1.894	817	418	3,4
Misiones	4,0	80,7	74,1	7,0%	7,3	3.043	21.250	1.532	2.585	1.269	374	1,8
Neuquén	3,0	82,9	76,4	3,0%	6,1	3.539	22.415	549	1.471	703	285	3,9
Río Negro	0,9	81,9	76,0	4,0%	8,3	3.863	21.029	1.399	1.888	876	327	3,8
Salta	1,6	81,1	74,7	6,0%	10,0	2.907	23.639	1.544	1.667	793	318	2,1
San Juan	3,7	80,9	75,4	4,0%	9,1	4.537	43.861	950	2.094	835	337	3,0
San Luis	4,3	81,8	75,7	3,0%	8,8	3.477	20.584	978	1.950	820	397	2,9
Santa Cruz	7,8	81,9	74,5	3,0%	7,6	5.856	16.294	1.213	1.207	686	320	2,7
Santa Fe	2,7	81,7	74,3	9,0%	8,4	5.391	26.395	1.660	3.631	1.393	306	4,5
Sgo. del Estero	12,2	80,8	74,1	6,0%	9,7	1.692	17.968	1.228	1.391	912	290	1,7
T. del Fuego	3,7	82,2	76,4	3,0%	7,4	4.556	35.539	617	1.778	1.383	494	4,5
Tucumán	1,8	81,1	75,1	8,0%	11,2	4.871	45.118	956	3.190	1.135	311	3,2
Total País	3,7	80	73,24	5,56%	8,8	2.000	8.538	1.620	2.767	1.077	276	3,6

Fuente: Elaboración propia

Referencias:

- | | |
|---|--|
| 1- Tasa de Mortalidad Maternal | 8- Habitantes por establecimientos asistenciales de salud |
| 2- Esperanza de Vida al Nacer - Mujeres | 9- Mujeres por camas de obstetricia en establecimientos de salud |
| 3- Esperanza de Vida al Nacer - Hombres | 10- Habitantes (0-14 años) por camas de pediatria en establecimientos de salud |
| 4- Porcentaje del gasto en salud sobre Gasto Total Jurisdiccional | 11- Habitantes por total de camas habilitadas |
| 5- Tasa de mortalidad infantil total | 12- Médicos matriculados por habitante |
| 6- Habitantes por establecimientos asistenciales de salud sin internación | |
| 7- Habitantes por establecimientos asistenciales de salud con internación | |

Tabla N°13: Criterios de puntuación por variable indicador Salud

Puntaje			Indicadores											
Alta mejor	Baja mejor	Ajuste	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	7	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
3	5	-25%	2,8	60,0	54,9	0,0	6,6	1.000	4.269	810	1.384	539	138	2,7
5	3	Total País	3,7	80,0	73,2	0,1	8,8	2.000	8.538	1.620	2.767	1.077	276	3,6
7	0	25%	4,6	100,0	99,0	0,1	11,0	3.000	12.808	2.431	4.151	1.616	414	4,5

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°14: Matriz de Puntuación indicador Salud

Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total puntaje indicador salud
Buenos Aires	5	5	5	7	3	0	0	0	0	0	3	3	31
CABA	7	5	5	7	7	0	0	0	5	7	5	7	55
Catamarca	5	5	5	0	3	5	3	7	7	5	5	0	50
Chaco	0	3	3	0	3	0	0	5	5	3	3	0	25
Chubut	7	5	5	0	5	0	0	5	5	5	3	3	43
Córdoba	5	5	5	0	5	0	0	3	0	0	3	5	31
Corrientes	0	5	5	0	0	0	0	3	5	5	3	3	29
Entre Ríos	5	5	5	0	3	0	0	5	5	5	3	3	39
Formosa	0	5	5	0	0	3	0	5	0	3	3	0	24
Jujuy	7	5	5	0	3	3	0	5	5	5	3	0	41
La Pampa	7	5	5	0	3	0	3	5	5	5	3	3	44
La Rioja	0	5	5	0	3	5	3	5	7	7	5	5	50
Mendoza	5	5	5	3	5	0	0	5	5	5	0	3	41
Misiones	3	5	5	0	5	0	0	5	5	3	3	0	34
Neuquén	5	5	5	0	7	0	0	7	5	5	3	5	47
Río Negro	7	5	5	0	5	0	0	5	5	5	3	5	45
Salta	7	5	5	0	3	3	0	5	5	5	3	0	41
San Juan	3	5	5	0	3	0	0	5	5	5	3	3	37
San Luis	3	5	5	0	5	0	0	5	5	5	3	3	39
Santa Cruz	0	5	5	0	5	0	0	5	7	5	3	3	38
Santa Fe	7	5	5	7	5	0	0	3	3	3	3	5	46
Sgo. del Estero	0	5	5	0	3	5	0	5	5	5	3	0	36
T. del Fuego	3	5	5	0	5	0	0	7	5	3	0	7	40
Tucumán	7	5	5	0	0	0	0	5	3	3	3	3	34

Fuente: Elaboración propia en base a criterios de puntuación por variable indicador Salud

Referencias:

- | | |
|---|--|
| 1- Tasa de Mortalidad Maternal | 8- Habitantes por establecimientos asistenciales de salud |
| 2- Esperanza de Vida al Nacer - Mujeres | 9- Mujeres por camas de obstetricia en establecimientos de salud |
| 3- Esperanza de Vida al Nacer - Hombres | 10- Habitantes (0-14 años) por camas de pediatría en establecimientos de salud |
| 4- Porcentaje del gasto en salud sobre Gasto Total Jurisdiccional | 11- Habitantes por total de camas habilitadas |
| 5- Tasa de mortalidad infantil total | 12- Médicos matriculados por habitante |
| 6- Habitantes por establecimientos asistenciales de salud sin internación | |
| 7- Habitantes por establecimientos asistenciales de salud con internación | |

Tabla N°15: Matriz de puntuación consolidada Indicadores Salud y Educación

Indicadores	Puntaje indicador educación	Puntaje indicador Salud	Puntaje total combinado
Buenos Aires	40	31	35,5
CABA	34	55	44,5
Catamarca	33	50	41,5
Chaco	24	25	24,5
Chubut	37	43	40
Córdoba	50	31	40,5
Corrientes	20	29	24,5
Entre Ríos	17	39	28
Formosa	25	24	24,5
Jujuy	38	41	39,5
La Pampa	37	44	40,5
La Rioja	38	50	44
Mendoza	30	41	35,5
Misiones	21	34	27,5
Neuquén	30	47	38,5
Río Negro	34	45	39,5
Salta	24	41	32,5
San Juan	25	37	31
San Luis	30	39	34,5
Santa Cruz	28	38	33
Santa Fe	33	46	39,5
Sgo. del Estero	15	36	25,5
T. del Fuego	34	40	37
Tucumán	37	34	35,5

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°16: Relación Puntaje indicadores combinados y brecha estimada de cobertura AUH

Provincias/ Indicadores	Puntaje total combinado	Brecha de cobertura en cantidad de NNyA de 0-19 sin AUH	Porcentaje de NNyA de 0-19 sin AUH sobre total de beneficiarios por provincia
Chaco	24,5	115.322	63%
Corrientes	24,5	56.646	39%
Formosa	24,5	50.718	58%
Sgo. del Estero	25,5	58.273	42%
Misiones	27,5	37.444	21%
Entre Ríos	28	119.751	97%
San Juan	31	18.199	19%
Salta	32,5	99.811	54%
Santa Cruz	33	33.323	171%
San Luis	34,5	32.994	70%
Buenos Aires	35,5	1.567.250	94%
Mendoza	35,5	129.095	65%
Tucumán	35,5	140.527	72%
T. del Fuego	37	15.008	181%
Neuquén	38,5	67.279	148%
Jujuy	39,5	45.710	55%
Río Negro	39,5	41.072	76%
Santa Fe	39,5	256.922	86%
Chubut	40	29.778	82%
Córdoba	40,5	318.417	98%
La Pampa	40,5	22.228	78%
Catamarca	41,5	35.471	86%
La Rioja	44	15.808	41%
CABA	44,5	- 1.271	-1%

Fuente: Elaboración propia

6. Análisis información presentada

El presente apartado se objetiva responder la pregunta ¿existe relación directa entre la brecha de cobertura de la AUH (beneficiarios objetivos vs beneficiarios efectivos) y la calidad de la oferta de servicios públicos de salud y educación en las provincias argentina? Para ello, a lo largo de este trabajo, hemos realizado los siguientes esfuerzos:

- En el apartado N.º 3.1, se definieron los criterios de focalización del programa permitiendo así identificar a que población se busca cubrir con el beneficio
- En el apartado N.º 3.2, se estudió la distribución geográfica de los beneficiarios existentes para analizar si se observa una relación entre los criterios de focalización establecidos por el programa y la distribución de beneficiarios AUH por provincia según el nivel de ingresos promedio
- En el apartado N.º 3.3, se llevó a cabo un ejercicio de estimación, basado en la EPH y las bases de datos del INDEC, para calcular la cantidad total de potenciales NNyA por provincia que cumplen con los criterios de ingreso al programa
- En el apartado N.º 4 Se estudio el contexto demográfico, económico y social de las provincias argentinas a través de la evaluación transversal de 23 indicadores, en post de atender la naturaliza multidimensional de la pobreza y no limitar el análisis a variables relacionadas únicamente al ingreso
- En el apartado N.º 5, se crearon dos indicadores macro: salud y educación, para cuantificar la calidad de la oferta de servicios públicos y poderla comparar entre provincias. Estos incluyen 21 variables alineadas a la propuesta de objetivos para el desarrollo sustentable de la ONU.

En conjunto estos esfuerzos nos permitieron predecir cuántos chicos deberían recibir la AUH por provincia y ver las diferencias entre esta predicción y los registros de ANSES. Buscamos entender si las brechas de cobertura se relacionan con la calidad de los servicios públicos de salud y educación. Haremos esto a partir de la puntuación que obtuvo cada provincia en los índices macro creados.

La hipótesis que buscamos comprobar es: Las provincias que presenten la menor puntuación en indicadores macro de salud y educación presentarán la mayor brecha de cobertura entre beneficiarios objetivos y beneficiarios efectivos de la AUH.

De la información obtenida en el punto a) observamos que la AUH se centra en proveer soporte económico a través de transferencias mensuales condicionadas a familias cuyos integrantes no tengan trabajos registrados con hijos menores de 18 años o hijos con discapacidad de cualquier edad (sin tope máximo de hijos), ii) mujeres embarazadas que se encuentren desocupadas o se desempeñen en la economía informal, iii) empleados domésticos, iv) monotributistas sociales, v) inscritos en los programas Hacemos Futuro, Manos a la Obra y otros programas compatibles de Trabajo.

Si bien el programa se estructura en post de conseguir universalización en términos de cobertura para menores de 18 años, existen múltiples grupos de NNyA que se encuentran excluidos. Si bien no participan de la AUH, estos se insertan en otros canales de la protección social como ser las deducciones del impuesto a las ganancias, cobertura de pensiones, programas y subsidios por desempleo y las AAFF.

Si nos enfocamos en los NNyA no cubiertos por la AUH, identificamos en primer lugar a aquellos individuos que no están en relación de dependencia formal pero cuyos hijos no son elegibles para la AUH. Entre ellos se incluyen los a monotributistas no sociales, autónomos, trabajadores informales de ingresos medio/altos y trabajadores informales con hijos en escuelas privadas. En segundo lugar, están aquellos individuos que sufren problemas en el acceso a la AUH; es decir, cumplen los requisitos legales para acceder, pero no se encuentran inscriptos.

Este segundo grupo, se ve impactado por una variedad de razones entre las que podemos mencionar: problemas de documentación, marginalidad social o exclusión geográfica y autoexclusión. Dicho de otro modo, se enfrenta a costos de acceso a la información necesaria para realizar el trámite, el costo monetario del proceso administrativo, los costos de oportunidad de realizar el trámite (no poder ir a trabajar ese día, pagar para el cuidado de niños, entre otros.), las habilidades cognitivas y de lecto-escritura requeridos y/o barreras psicológicas para vincularse tanto con la burocracia como las distintas instituciones que interactúan en el proceso de adhesión (Bertrand, Bhargava, 2015; Bhargava, Loewenstein y Sydnor, 2015; Karlan et al., 2015; Liebman y Luttmer, 2015; Milkman et al., 2011)

Enfocaremos nuestro análisis en los NNyA que cumplen con los criterios del programa pero que actualmente no perciben sus beneficios. En líneas con el punto b), estudiamos como se distribuyen los beneficiarios AUH por provincia. Si nos concentramos en como

evoluciono a nivel país la cobertura del programa, identificamos discrepancias en, los porcentajes de adhesión de nuevos beneficiarios, cantidad de adherentes que pierden el beneficio y la relación entre beneficiarios vs. población total.

Registramos que, de las 24 provincias del país, 23 aumentaron la cantidad de beneficiarios durante la vigencia del programa. Catamarca es la única provincia donde el número de beneficiarios vario de 74.063 a 41.332, significando una reducción del 44%. Del total de nuevos beneficiarios (1.052.539), el 76% se encuentra concentrado en Provincia de Buenos Aires. Esta geografía, aumento su participación sobre el total de beneficiarios de 26%, en Noviembre 2009, al 38% en Abril 2021 sumando así 800.075 personas. Como se ilustra, a primera vista, tanto la distribución de beneficiarios como el crecimiento del programa indica una fuerte concentración en la Provincia de Buenos Aires.

Si contrastamos esta información con el análisis del punto c) podemos observar que, de las 24 provincias, 23 registran una potencial brecha de cobertura. CABA es la única geografía en la que se identifican más beneficiarios de la AUH que NNyA bajo la línea de pobreza e indigencia. Este resultado podría verse impactado por la situación privilegiada de CABA donde se evidencia altos niveles de urbanización, amplia cobertura de la red de transporte público, amplia oferta de puntos de RENAPRER y ANSES, baja densidad de poblaciones aisladas y oferta de servicios públicos de calidad.

En términos nominales, Buenos Aires es la provincia con la mayor brecha de cobertura. Según la estimación realiza, existen 1.567.250 NNyA que cumplen con los criterios de acceso, pero no perciben la AUH. Podemos entonces decir que no se evidencia una centralización del programa en la provincia de Buenos Aires. Por lo contrario, si bien el aumento de beneficiarios ha sido el más pronunciado del país, dada la concentración de población en esta geografía, sigue existiendo una brecha de cobertura del 94% de NNyA.

En líneas con lo anterior, Buenos Aires es la provincia con mayor población del país, esta concentra al 40% de los habitantes totales y el 38% de los habitantes ente 0-19 años. En segundo lugar, identificamos a Córdoba (8%), seguida por Santa Fe (8%) y CABA (7%). Contrastando esta información con la distribución de beneficiarios AUH, identificamos una relación directa entre población y beneficiarios. Observamos que en términos de distribución del padrón AUH, Buenos Aires posee el 38% (en líneas con el 38% de los habitantes ente 0-19 años), Córdoba (7%) y Santa Fe (6%).

Un descubrimiento importante de remarcar, es que el programa se encuentra razonablemente alineado a los estratos más vulnerables de la población en las diversas provincias del país. Es así que, como ilustra la tabla N.º6, evidenciamos que las provincias con los ingresos promedios per cápita más bajos, son las que presentan los porcentajes de cobertura más altos. A modo de ejemplo, podemos ver que San Juan (84%), Misiones (83%), Corrientes (72%), La Rioja (71%), Santiago del Estero (71%), Salta (65%), Jujuy (65%), Formosa (63%) y Chaco (61%) se ubican por encima del 60% de cobertura.

Entendiendo que la pobreza es una variable multidimensional, en el punto d) nos concentramos en evaluar a las provincias del país desde una perspectiva económica, social y demográfica. Aquí incluimos variables relacionadas al programa en sí (desocupación, salud y educación), como también indicadores que nos permitan entender las realidades de cada geografía. Esto último es crítico para determinar cuáles son los factores que pueden estar afectando la capacidad de acceder y mantener el beneficio en el tiempo.

Analizando los indicadores demográficos, evidenciamos que Chaco, Misiones, Santiago del Estero, Formosa, Salta, Corrientes y Tucumán poseen una tasa bruta de natalidad de, en promedio, 4 puntos porcentuales por encima de la media del país. Esta alta natalidad viene también acompañada de una alta mortalidad materna e infantil. Registramos que, en provincias como Santiago del Estero (12,17%) y Formosa (14,4%) la tasa de mortalidad materna es alrededor de diez veces más alta que CABA. De manera similar, la tasa de mortalidad infantil en provincias como Corrientes (12,84%) es hasta dos veces más alta que CABA. Si agrupamos los indicadores demográficos seleccionados, evidenciamos que la provincia con mejor puntaje general es CABA y en el otro extremo de la distribución a Chaco y Formosa.

Desde la perspectiva del ingreso, Como se puede observar en el Mapa N.º1, las provincias que registran los ingresos promedios per cápita más alto son las del sur, lideradas por Tierra del Fuego con \$671.684, seguida por Santa Cruz (\$609.735), Chubut (\$558.942) y CABA (\$651.748). En el otro extremo y alineado a los resultados de indicadores demográficos encontramos a Santiago del Estero (\$330.545), Chaco (\$350.269) y Formosa (\$353.074).

Por último, si observamos la Tabla N.º 16 donde se cruza la información hasta aquí presentada con los indicadores macro creados en el punto d) obtenemos las siguientes conclusiones:

- Las provincias que presentan el puntaje más bajo en los indicadores macro de salud y educación son las que evidencian las tasas más altas de cobertura de NNyA de 0-19 años
- No existe una relación directa entre la calidad de servicios públicos (basada en la puntuación obtenida en los indicadores macro de salud y educación) y la brecha nominal de cobertura AUH por provincia.
- CABA presenta el puntaje más alto en ambos indicadores y es la única geografía que posee más beneficiarios AUH que NNyA bajo la línea de pobreza e indigencia
- Chaco (24,5), Corrientes (24,5), y Formosa (24,5), son las provincias con peor oferta de servicios públicos de salud y educación. Estas representan a 3 de las 4 provincias con el menor porcentaje de NNyA de 0-19 años sin AUH sobre el total de beneficiarios por provincia, implicando así una mayor cobertura de la población objetivo, independiente de la calidad de la oferta de servicios públicos

Si bien a lo largo de este análisis abordamos la relación entre la calidad de servicios públicos y la brecha de cobertura de la AUH; cabe destacar, que existen otros factores asociados a la dificultad de identificación de nuevos beneficiarios que pueden influir en el alcance del programa. Estos, se relacionan con las dinámicas de ocupación de las provincias (urbano vs. rural), las pequeñas localidades, el aislamiento socioeconómico y la vulnerabilidad social, la demora potencial en la inscripción de los recién nacidos y la falta de documentación necesaria para acceder a la prestación, entre otros (CEDLAS, 2007).

7. Conclusión y Sugerencias Para Futuras Investigaciones

A lo largo de esta tesis hemos presentado información en post a responder la pregunta ¿existe relación directa entre la brecha de cobertura de la AUH (beneficiarios objetivos vs beneficiarios efectivos) y la calidad de la oferta de servicios públicos de salud y educación en las provincias argentina?

En líneas con lo anterior, la hipótesis que buscamos comprobar es la siguiente: Las provincias que presenten la menor puntuación en indicadores macro de salud y educación registrarán la mayor brecha de cobertura entre beneficiarios objetivos y beneficiarios efectivos de la AUH.

En base a la información presentada en este análisis, podemos decir que la hipótesis no se cumple. Respondiendo a la pregunta de investigación, afirmamos que no existe relación directa entre la calidad de servicios públicos (medida en base a la puntuación obtenida en los indicadores macro de salud y educación) y la brecha nominal de cobertura AUH por provincia.

De manera contraria al resultado esperado, hemos descubierto que las provincias que presentan el puntaje más bajo en los indicadores macro de salud y educación son las que registran los porcentajes más altas de cobertura de NNyA de 0-19 años. Es así como, Chaco (24,5), Corrientes (24,5), y Formosa (24,5), provincias con los puntajes más bajos correspondientes a servicios públicos de salud y educación, son 3 de las 4 provincias con el menor porcentaje de NNyA de 0-19 años sin AUH sobre el total de beneficiarios. Esto implica, una mayor cobertura de la población objetivo independiente de la calidad de la oferta de servicios públicos

Si bien hemos evidenciado que la calidad de los servicios públicos de salud y educación no impacta de manera directa en la cobertura de la AUH, hemos registrado que 23 de las 24 provincias presentan una brecha de cobertura. Dicho de otro modo, existen NNyA que cumplen con los criterios de ingreso, pero no han sido incorporados al programa en todas las geográficas del país excepto CABA.

Las brechas de cobertura pueden ser explicadas por variables que impactan tanto en el i) ingreso al programa como en ii) mantenimiento del beneficio. Estas nos ayudan a dar luz a algunas de las barreras que persisten y por las cuales aún hoy existen niños no perciben el beneficio

Desde la perspectiva del acceso, existen determinantes individuales que pueden aludir a cuestiones como los costos de acceso a la información necesaria para realizar el trámite, el costo monetario del proceso administrativo, los costos de oportunidad que el proceso implica (no poder ir a trabajar ese día, pagar para el cuidado de niños), las habilidades cognitivas y de lecto-escritura requeridas y/o barreras psicológicas para vincularse con las distintas instituciones que integran el proceso de adhesión (Bertrand, Bhargava, 2015; Bhargava, Loewenstein y Sydnor, 2015; Karlan et al., 2015; Liebman y Luttmer, 2015; Milkman et al., 2011).

En líneas con lo anterior, durante el 2020 y 2021 se han realizado cambios al programa que apuntan a la digitalización del acceso y declaración jurada. La inserción de canales digitales abre la puerta a nuevos desafíos. Con este sistema, se logra evitar traslados, pérdidas de tiempo innecesarias, incurrir en gastos de transporte y se beneficia a provincias donde existen pocas y aisladas oficinas de ANSES (ver tabla N.º 17, en anexo). Por otro lado, un movimiento a la digitación del proceso completo de adhesión y mantenimiento puede impactar de manera negativa en aquellas poblaciones más vulnerables sin acceso a una computadora, smartphone o conexión de internet.

Otro punto relevante es que, en la actualidad, no existen mecanismos de búsqueda y/o acompañamiento para diagnosticar o intervenir sobre los mecanismos que generaron la caída de beneficiarios del programa. Se debe trabajar de manera cercana con las poblaciones en situación de mayor privación, para simplificar la forma en que se introducen a la red de protección social hasta el punto donde puedan insertarse a la sociedad de manera independiente.

Desde la perspectiva del mantenimiento del programa, a partir de 2021, no se suspenderá la Asignación Universal por no presentar la Libreta. La falta de acreditación de los controles sanitarios, de vacunación y de escolaridad afectará solo al complemento del 20%, pero nadie dejará de cobrar el 80% mensual. De igual manera, consideramos en investigaciones futuras, relevante analizarlo ya que previo a este cambio, en promedio desde que se inició el programa, 236.583 personas perdían la AUH por mes por no presentar la libreta.

Sería más interesante poder explicar este estudio enfocándonos en la relación entre los que se "caen" de la AUH por no poder cumplir con las condicionalidades y la calidad de

la oferta de servicios públicos. Lamentablemente, esta información no se encuentra consolidada a nivel provincial imposibilitando realizar dicho análisis.

A su vez, me parece muy interesante como temática para futuras investigaciones poder poner foco en que pasó hasta 2019 vs 2020-2021 donde los canales de acceso cambiaron y las condicionalidades se eliminaron. Este enfoque debería ser abordado en los próximos años cuando exista más información disponible del potencial impacto de este cambio.



Universidad de
San Andrés

8. Anexo

Tabla N.º 17: Distribución de oficinas ANSES por Provincia a Agosto 2021

Provincias	Oficina ANSES	UDAI	Total general
Buenos Aires	70	102	172
Caba	1	13	14
Catamarca	2	1	3
Chaco	5	3	8
Chubut	2	4	6
Córdoba	3	15	18
Corrientes	5	4	9
Entre Ríos	4	7	11
Formosa	3	1	4
Jujuy	5	2	7
La Pampa	5	2	7
La Rioja	3	2	5
Mendoza	6	9	15
Misiones	3	3	6
Neuquén	5	2	7
Río Negro	5	6	11
Salta	8	4	12
San Juan	5	2	7
San Luis	1	2	3
Santa Cruz	8	2	10
Santa Fe	10	15	25
Santiago Del Estero	6	3	9
Tierra Del Fuego		2	2
Tucumán	2	3	5
Total General	167	209	376

Fuente: Elaboración con propia con información de ANSES :
(<https://www.anses.gob.ar/oficinas-atencion-al-publico>)

9. Bibliografía Consultada:

Acuña, Carlos y Tommasi, Mariano (1999) Some Reflections on the Institutional Reforms Required for Latin America, Documento de Trabajo No 20, CEDI, Buenos Aires, julio.

Acuña, Carlos H. y Fabián Repetto (2009). “Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina” en Freddy Mariñez Navarro y Vidal Garza Cantú (ed.) Política Pública y Democracia en América Latina. Del Análisis a la Implementación, Porrúa-EGAP-CERALE, México.

ANSES (2021). Bolentín Mensual Agosto 2021. La Asignación Universal por Hijo. Observatorio de la Seguridad Social, ANSES.

ANSES (2021). La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en perspectiva. Observatorio de la Seguridad Social, ANSES.

Beccaria, L. y Groisman, F. (2008). Informalidad y pobreza en Argentina. Investigación Económica, 67(266). México: UNAM.

Cicowicz, M. (2003). Caracterización económico-social de las provincias argentinas. Documento de Federalismo Fiscal 5. Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Ciencias Económicas.

CEPAL (2017). Análisis y Propuestas de Mejora para Ampliar La Asignación Universal por Hijo.

Cecchini, S. y Madariaga, A. (2011). La trayectoria de los programas de transferencias con corresponsabilidad (PTC) en América Latina y el Caribe. Chile: División de Desarrollo Social Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL.

Cecchini, S. y Martínez, R. (2011). Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos. Libros de la CEPAL.

Franco, R. y Cohen, E. (2006). Los programas de transferencias con corresponsabilidad en América Latina. Similitudes y diferencias. En R. Franco y E. Cohen (comps.).

Fabián Repetto. (2013). Capacidad estatal : requisito necesario para una mejor política social en América Latina. 22 Noviembre, de VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública Sitio web: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0047522.pdf>

Gasparini, L. y Cruces, G. (2010). Las asignaciones universales por hijo: Impacto, discusión y alternativas. Documento de Trabajo, 102. La Plata: Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS), Universidad Nacional de La Plata.

Gasparini, L., Cicowicz, M. y Sosa Escudero, W. (2013). Pobreza y Desigualdad en América Latina. Buenos Aires: Temas.

Gasparini, L. y Cruces, G. (2010). Las asignaciones universales por hijo en Argentina: Impacto, discusión y alternativas. *Económica*, 56, 145-186.

Horacio Cao. (2008). La administración pública argentina: nación, provincias y municipios. XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración pública, 1-32.

Moscovich Y Peralta (2015). Relaciones intergubernamentales, capacidad estatal y decisiones de política pública en el nivel subnacional de países federales. Universidad de San Andrés.

Mauricio Cárdenas. (2015). Capacidades estatales: diez textos fundamentales. Argentina: Corporación Andina de Fomento.

Maurizio, R. (2014). Labor informality and poverty in Latin America. The case of Argentina, Brazil, Chile and Peru. En J. Cling, S. Lagrée, M. Razafindrakoto y F. Roubaud (eds.). *The informal economy in developing countries*. Abingdon: Routledge.

Strachnoy, M. (2016). Las condicionalidades de la asignación Universal por hijo. Un análisis desde el enfoque de derechos y las capacidades estatales. *Administración Pública y Sociedad*, 2, 60-78.

Salvia, A., Tunion, I. y Poy, S. (2015). Asignación Universal por Hijo para protección social: impacto sobre el bienestar económico y el desarrollo humano de la infancia. *Población y Sociedad. Revista de Estudios Sociales*, 2, 101-134.

Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada latinoamericana. México DF: FLACSO-SEDESOL.

Tamayo Sáez, M. (1997). El análisis de las políticas públicas. En R. Bañón, & E. Carrillo, *Nueva administración pública*. Madrid: Alianza.

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

Zarazaga R (2014). Los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en Argentina. Análisis sobre el alcance, las condicionalidades y el clientelismo en la Asignación Universal por Hijo y el Programa Argentina Trabaja. En: <http://www.fcias.org.ar/wp-content/uploads/2015/08/13-Espa%C3%B1ol.pdf>

Zarazaga R (2011). Política y necesidad en Programas de Transferencias Condicionadas La Asignación Universal por Hijo y el Programa de Inclusión Social con Trabajo "Argentina Trabaja" Rodrigo Zarazaga S.J. En: http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_infojuntos_V1/docs/190.pdf

Zarazaga R. y Ronconi Lucas (2013). The Tragedy of Clientelism: Opting Children Out. En: <http://live.v1.udesa.edu.ar/files/UAEconomia/Alumni%20Conference/2013/Papers/Ronconi,%20Lucas.pdf>