

Análisis y propuestas
de mejoras para ampliar
la asignación universal
por hijo 2017

BOLETÍN

4

ANÁLISIS Y
CARACTERIZACIÓN DE
LAS CONDICIONALIDADES
EN EDUCACIÓN Y SALUD
QUE ESTABLECE
LA AUH

AUTORAS

por **Mariana Marchionni**
CEDLAS-UNLP y CONICET

María Edo
UdeSA y CONICET

Ariela Goldschmit
IIEP-UBA

El beneficio que otorga la AUH comprende una suma mensual cuyo monto a diciembre de 2016 ascendía a \$1.103 por cada hijo, hasta un máximo de cinco hijos. Esta prestación se divide en dos partes: una asignación que se abona mensualmente y que es equivalente al 80% del monto total y una segunda parte que se compone del 20% restante, que se acumula en una caja de ahorro del Banco de la Nación Argentina y cuyo cobro queda sujeto a la verificación del cumplimiento de un conjunto de requisitos establecidos como condicionalidades en salud y educación. En este sentido se argumenta que la AUH adopta la forma de una transferencia semicondicionada.

El cumplimiento de las corresponsabilidades en estas dos áreas tiene por finalidad romper con la cadena de la pobreza a futuro. En este sentido, la política busca detener la dinámica de la pobreza intergeneracional, atacando las falencias que venían sosteniendo con permanencia las poblaciones más vulnerables.

Este Boletín tiene por objeto analizar la pertinencia y el impacto que detentan las condicionalidades en salud y educación en la población destinataria de la AUH. Como se verá, el estudio de cada una de las condicionalidades fue realizado por distintos autores que utilizaron diferentes metodologías, según la disponibilidad de información para cada caso.

Condicionalidades educativas en la AUH: diagnóstico y alternativas¹

La Asignación Universal por Hijo (AUH) requiere corresponsabilidades educativas que implican acreditar desde los cinco años de edad la concurrencia a un establecimiento educativo. Como en todos los programas de transferencias condicionadas de ingresos, estas condicionalidades buscan incentivar la acumulación de capital humano y contribuir a la ruptura de la transmisión intergeneracional de la pobreza.

El objetivo de las próximas páginas es evaluar si la AUH ha tenido esos efectos esperados sobre la educación de los niños, niñas y jóvenes, y sugerir alternativas de diseño superadoras. En particular, analizamos el impacto del programa sobre tres resultados educativos: la tasa de asistencia escolar, la continuidad de la asistencia durante el ciclo lectivo y las tasas de conclusión de los niveles primario y secundario.

1.

1. La presente sección de este Boletín resume los argumentos presentados en el "Estudio Específico E: Condicionalidades educativas en la AUH: Diagnóstico y alternativas", del proyecto *Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por hijo 2017* (UNICEF-FCE/UBA-CEDLAS/UNLP).

1.1. Condicionalidades educativas en la AUH y metodología para evaluar su impacto

La AUH establece como condicionalidad educativa la acreditación de la concurrencia a establecimientos educativos desde los 5 hasta los 18 años. Los titulares cobran el 80% de los beneficios mensualmente, mientras que el 20% restante se recibe solamente cuando se acredita el cumplimiento de las condicionalidades. En caso de no acreditar el cumplimiento, los destinatarios pierden automáticamente el derecho a cobrar el 20% acumulado el año previo. Adicionalmente, les correspondería también la suspensión del programa, aunque por regla general se otorgan prórrogas para evitar las suspensiones, de manera de impedir la interrupción de los pagos mensuales y así tutelar los derechos de los menores.

La asignación no aleatoria del programa y la ausencia de información sobre los destinatarios antes de la implementación de la AUH imponen limitaciones a la hora de evaluar su impacto empíricamente. Nuestra estrategia es, entonces, recurrir a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) que, si bien no identifica directamente a los destinatarios del programa, sí permite identificar a la población elegible: niños, niñas y jóvenes de hasta 18 años, cuyos padres no son trabajadores formales. El grupo de comparación (grupo control) estará también integrado por los niños y niñas del mismo grupo etario pero que son hijos de trabajadores formales y, por tanto, no son elegibles para el programa.

Estos dos grupos –elegibles y no elegibles– se usan como base de la comparación en un modelo de diferencias en diferencias para estimar el efecto de la AUH sobre los resultados educativos de interés, a la vez que se controla por un conjunto amplio de características socioeconómicas y demográficas de los niños y sus familias. Intuitivamente, si la diferencia entre los dos grupos es mayor en el período posterior que antes de la implementación del programa, ese aumento se atribuye a la AUH².

1.2. Efectos de la AUH sobre los resultados educativos

En base a la metodología de diferencias en diferencias, evaluamos el impacto de la AUH sobre los individuos elegibles en tres resultados de interés: la asistencia a la escuela, la continuidad a lo largo del ciclo lectivo y la conclusión de los niveles educativos primario y secundario.

Impacto sobre la asistencia escolar

De nuestro análisis se desprende que la AUH ha tenido un efecto positivo y estadísticamente significativo sobre las tasas de asistencia escolar en todos los niveles educativos, aunque la magnitud del impacto varía considerablemente con la edad. Para los jóvenes elegibles de entre 15 y 17 años, la AUH sería responsable de un incremento importante de casi 4 puntos porcentuales en las tasas de asistencia. El

impacto sobre la asistencia escolar de los grupos más jóvenes es despreciable: 0,8 puntos porcentuales para el grupo de 12 a 14 años y 0,4 para el de 6 a 11 años.

Impacto sobre la continuidad de la asistencia a lo largo del ciclo lectivo

En segundo lugar, evaluamos el efecto de la AUH sobre la permanencia en la escuela a lo largo del año escolar, es decir, si los que asisten al comienzo del año continúan asistiendo a lo largo del ciclo lectivo. Los resultados de nuestro análisis muestran que la AUH habría contribuido a un aumento de la continuidad intraanual de 2,3 puntos porcentuales para el grupo de elegibles de 12 a 14 años. El impacto estimado es todavía más fuerte para los elegibles de 15 a 17 años, aunque con poca significatividad estadística, posiblemente como consecuencia de la contracción del tamaño muestral³. Nuevamente, el impacto se diluye para los niños y niñas de 6 a 11 años.

Impacto sobre la conclusión de nivel educativo

Por último, evaluamos el efecto de la AUH sobre las tasas de conclusión de cada nivel educativo. Nuestros resultados señalan que la AUH habría contribuido a aumentar las tasas de conclusión del nivel primario para niños y jóvenes que superan la edad teórica de finalización de ese nivel. El efecto es más fuerte para el grupo con menos sobreedad (12 a 14 años), para quienes la AUH habría implicado un aumento de 2 puntos porcentuales sobre las tasas de conclusión de la escuela primaria. Por su parte, el efecto estimado sobre las tasas de conclusión de la secundaria es más bajo y es poco robusto frente a variaciones en la especificación del modelo.

Heterogeneidades por género

Un punto importante para destacar es que todos los resultados anteriores varían considerablemente entre hombres y mujeres. El efecto positivo sobre las tasas de asistencia al secundario entre los jóvenes elegibles de 15 a 17 años está liderado por los varones, para quienes se estima un impacto de 5 puntos porcentuales, mientras que para las mujeres el efecto es de solo 1,5 puntos y no resulta estadísticamente significativo.

En cambio, son las mujeres las que lideran el efecto positivo de la AUH sobre la continuidad intraanual de la asistencia. El impacto estimado es de 4 puntos porcentuales para las niñas de 12 a 14 años que todavía están cursando la primaria y de 7 puntos porcentuales para las jóvenes de 15 a 17 años que cursan el secundario. Para los varones, no encontramos efectos significativos.

Por último, nuestros resultados sugieren que la AUH estaría aumentando las chances de que tanto varones como mujeres elegibles completen la escuela primaria, pero mientras que para las mujeres esto se materializa con poca sobreedad (entre los 12 y los 14 años), para los hombres el efecto se extiende hasta los 17 años.

2. Si bien nuestro análisis se enfoca en los elegibles, confiamos en que permite una buena aproximación del efecto de la AUH sobre los destinatarios, teniendo en cuenta la amplia cobertura del programa y el limitado derrame en la población no elegible.

3. Este análisis requiere utilizar la estructura de paneles rotativos de la EPH, lo que reduce considerablemente el tamaño muestral.

1.3. Discusión final

Estos resultados, que están en línea con la evidencia internacional, sugieren que la AUH ha tenido un impacto positivo en tres indicadores educativos: tasas de asistencia, continuidad intraanual y tasas de conclusión. Estos efectos positivos, sin embargo, presentan marcadas variaciones según la edad y el género.

El impacto de la AUH en las tasas de asistencia escolar es menor o directamente está ausente para los grupos poblacionales que exhibían niveles de asistencia más altos antes de la implementación del programa. Tal es el caso de los niños y niñas hasta los 14 años, que presentan tasas de asistencia casi perfectas. Para conseguir un impacto sobre las tasas de asistencia a primaria y secundaria básica se requeriría atraer a la escuela (o mantener en ella) a un grupo muy pequeño pero muy vulnerable, lo que seguramente requiere de un esfuerzo mucho mayor y focalizado, con una política que complemente las transferencias monetarias con otras medidas de acompañamiento y apoyo a los niños y niñas, y a sus familias.

Algo similar ocurre con las mujeres, cuyos niveles de asistencia iniciales están muy por encima de los de los hombres: la AUH parece no ser suficiente para atraer a las niñas y jóvenes mujeres más vulnerables, que todavía están fuera del sistema educativo, aunque sí estaría contribuyendo a mejorar las trayectorias educativas de las que sí asisten, reduciendo la deserción intraanual y aumentando las chances de graduarse en plazos no muy alejados de los teóricos.

En resumen, los resultados de este trabajo sugieren que, si bien la AUH ha contribuido a mejorar algunos indicadores educativos, hay espacio para potenciar sus efectos. En particular, sería deseable articular la AUH con políticas más focalizadas de acompañamiento a los destinatarios que no logran cumplir con las condicionalidades educativas.

2. Condicionalidad en salud: características, atención de la salud e impacto⁴

Con relación a la condicionalidad en salud, esta se justifica a partir de diferentes argumentos. Por un lado, se considera que el acceso a los servicios de atención médica constituye una condición indispensable para que estos niños puedan realizarse, tanto física como intelectualmente, y debe entenderse más allá del intento de reducir su riesgo de enfermedad y muerte⁵. La condicionalidad en salud requiere que los niños destinatarios de la AUH menores de 6 años se inscriban en el Plan Nacer/Programa SUMAR y cumplan con el esquema de vacunación. El objetivo del plan es disminuir el componente sanitario de la morbilidad materno infantil. Mientras que, en el

caso de la Asignación por Embarazo, los requisitos se vinculan con el seguimiento y control de embarazo y la obligatoriedad de inscripción de los recién nacidos en el Plan Nacer/Programa SUMAR.

Por otra parte, a través de esta condicionalidad, la AUH busca inducir el registro de los nacimientos y la acreditación de una identidad, garantizando que cada niño receptor de la AUH cuente con su Documento Nacional de Identidad (DNI) (ANSES, 2012).

Al analizar, sobre la base de encuestas, las características de los perceptores de AUH, no se observan diferencias significativas en el uso de los servicios de salud entre los destinatarios de la AUH y los que no perciben la asignación. Ello podría dar cuenta de que el requerimiento de condicionalidad en salud no implica un costo de cumplimiento para los perceptores de la AUH, es decir, no opera como una restricción, ya que la mayoría de los perceptores de la misma de todos modos cumplen con el control de su salud, aunque en algunos casos se identifican problemas de acceso a la atención. En efecto, tanto en los perceptores de la AUH como en aquellos que no reciben la asignación, la consulta al médico en el último año se ubica por encima del 80% (Cuadro 1).

CUADRO 1

Realizó consulta en el último año

	PERCEPTORES AUH		
	NO	SÍ	Total
SÍ	81,0	84,7	82,1
NO	19,0	15,3	17,9
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.

Por su parte, entre los motivos por los cuales no realizaron consulta médica (Cuadro 2) resulta llamativo que el 1,5% de los destinatarios de la AUH haya argumentado haber concurrido al servicio, pero no haber recibido atención médica. Ello debe alertar sobre la necesidad de mejorar los servicios de atención primaria de la salud en los hospitales públicos y Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), de modo de asegurar una atención adecuada y oportuna a toda la población.

4. La presente sección de este Boletín resume los argumentos presentados en el "Estudio Específico F: Análisis y caracterización de la condicionalidad en salud que establece la AUH", del proyecto Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por hijo 2017 (UNICEF-FCE/UBA-CEDLAS/UNLP).

5. ANSES, 2012. La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en perspectiva. Observatorio de la Seguridad Social. Buenos Aires.

CUADRO 2

Motivo por el cual no realizó consulta

	PERCEPTORES AUH		
	NO	SÍ	Total
No estuvo enfermo o bien tuvo un problema de salud pasajero	97,3	97,9	97,5
Falta de dinero	0,5	0,5	0,5
Dificultades de transporte	0,3	0,0	0,2
Falta de tiempo para sacar turno, hacer trámites, derivaciones	1,0	0,0	0,7
Para no perder días de trabajo o en la escuela	0,1	0,0	0,1
Concurrió al servicio pero no lo atendieron	0,2	1,5	0,5
Otra razón	0,7	0,0	0,5
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENAPROSS 2015.

En el Cuadro 3 se muestra la modalidad de obtención de los medicamentos. Aquí se observa que la mayor parte de los destinatarios de la AUH percibe su medicación de manera gratuita (54,6%). No obstante, si bien la proporción de los que la compran muestra una reducción con relación a los no destinatarios de la AUH, aún abarca un porcentaje elevado (45,1%) de la población que percibe la asignación, lo que representa una barrera al cuidado de la salud de este grupo.

CUADRO 3

Modalidad de obtención de la mayoría de los medicamentos

	BENEFICIARIO AUH		
	NO	SÍ	Total
Se los entregaron gratuitamente	21,6	54,6	31,0
Los compró	77,0	45,1	67,9
Los tenía en casa	0,7	0,2	0,6
Los reemplazó por remedios caseros	0,6	0,0	
Otra modalidad	0,0	0,1	0,1
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.

Tomando como fuente de información la Encuesta de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS) llevada a cabo por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social en 2015, se realizó una evaluación de impacto de la condicionalidad en salud en el comportamiento asociado al cuidado de la salud de los destinatarios de la AUH y un grupo de control, a los fines de evaluar si existe un comportamiento diferente atribuible a la condicionalidad que establece el programa (Cuadro 4).

Acorde a las estimaciones presentadas a nivel familiar, no parecen observarse diferencias significativas en el porcentaje de hogares que realizó consultas médicas ni en las razones por las que no hicieron tal consulta aquellos que la requirieron.

Sin embargo, los resultados a nivel de hogar no se mantienen necesariamente para los miembros de ellos. En particular, se observa que las mujeres, especialmente las titulares del beneficio, registran un menor porcentaje de consultas respecto de sus pares en el grupo de control. De todas maneras, lo que resulta interesante es que no aparecen diferencias en el caso de los menores, sobre quienes justamente recae la condicionalidad. Este resultado llama la atención y debería ser analizado en profundidad si se accediera a otras fuentes de información al respecto.

Donde sí se observan diferencias estadísticamente significativas es en el modo de obtención de los remedios. En este caso, los hogares que perciben la AUH tienen mayores probabilidades de obtenerlos gratuitamente respecto del grupo de control. Ello se repite luego entre las mujeres titulares del beneficio y, especialmente, entre los menores que perciben esta asignación. Ello podría estar reflejando un mayor acercamiento y conocimiento por parte de los destinatarios de la AUH respecto de otras políticas de salud que se vinculan con este aspecto.

CUADRO 4

Evaluación del comportamiento en salud de los hogares

Atributo evaluado	ENAPROSS 2015 - HOGAR								
	Promedio Beneficiarios	Promedio Control	ATT	SE	Valor p	Sig.	Tratados Observados	Control Obs.	Total Obs.
Consulta médica últimos 12 meses	0,971	0,964	0,006	0,010	0,522		1,098	2,216	3,314
No lo atendieron en la consulta medica	0,073	0,010	0,063	0,041	0,128		82	108	190
No hizo estudios por falta de atención en el centro	0,024	0,069	-0,045	0,036	0,210		125	208	333
Medicamento gratuito	0,656	0,512	0,145	0,032	0,000	***	783	1,535	2,318

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENAPROSS 2015.

3.

Reflexiones finales

Se señalan a continuación algunos aspectos a considerar para mejorar el diseño de la AUH en relación con la condicionalidad en salud:

- En primer lugar, debe remarcarse la necesidad de coordinar la política de transferencia de ingresos y la política sectorial de salud (Ministerio de Salud). Factores como largas distancias, altos costos de transporte, escasez de personal de salud o tiempos de atención al público pueden desincentivar la demanda de los servicios de salud a pesar de la existencia del incentivo monetario que brinda la AUH.
- Es importante fortalecer los servicios de salud, puesto que la existencia de condicionalidades en salud suele ir acompañada de un incremento en la demanda de los servicios de esta área, lo que en algunos casos ocurre en áreas rurales remotas o áreas urbanas marginales, donde la oferta resulta insuficiente, es de inferior calidad o directamente no existe.
- Dada la evidencia de que en general los hogares que se encuentran en condiciones geográficas adversas tienen menos probabilidad de demandar los controles de salud que establece el programa, políticas alternativas de atención primaria, como el acercamiento de la oferta a la población necesitada, a partir de móviles para poblaciones alejadas y dispersas, podrían constituir una alternativa que asegure el cumplimiento de la condicionalidad en salud en forma instantánea.
- De manera adicional, un tema que debiera ser revisado refiere al mecanismo de validación de la condicionalidad mediante la incorporación de herramientas informáticas que empleen nuevas tecnologías. Esto podría facilitar el cumplimiento de la misma mediante la validación en forma automática desde el prestador de salud sin requerimiento de trámites adicionales por parte de los destinatarios. Ello posibilitaría el procesamiento del cumplimiento en forma periódica y la habilitación del cobro del 20% en distintas instancias del año.
- En efecto, y a los fines de considerar el costo que implica para algunos hogares dar cumplimiento a la verificación de la condicionalidad en salud, se podría evaluar si resulta conveniente adicionar incentivos monetarios por prestaciones puntuales, como consultas prenatales, controles pediátricos durante el primer año de nacimiento o vacunaciones.