

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

BOLETÍN 5

LAS BRECHAS
DE LA PROTECCIÓN
SOCIAL DE NIÑOS,
NIÑAS Y
ADOLESCENTES

AUTORAS

Patricia Davolos

Alejandra Beccaria

Presentación del problema

En 2016, según estimaciones disponibles, aproximadamente un 87% de los niños, niñas y adolescentes (NNyA) se encontraba cubierto por alguno de los componentes de transferencias de ingresos vigentes². Es decir que, por diversos motivos, un 13% de NNyA aún no está alcanzado por ninguno de los componentes de la protección social de ingresos para la niñez y adolescencia. En este marco, nos proponemos dar cuenta de los motivos por los cuales aún persiste un número significativo de NNyA que no accede a ningún mecanismo de cobertura, a pesar de estar, en la mayoría de los casos, en condiciones de recibir la Asignación Universal por Hijo (AUH).

El acceso a la AUH se encuentra siempre abierto a la entrada de NNyA, sin cupos ni límites, siempre que se acredite la condición habilitante para el grupo familiar. La información disponible evidencia que la implementación de la AUH está bien focalizada en regiones y grupos que presentan mayores niveles de pobreza y vulnerabilidad y ha logrado una masiva cobertura, sobre todo en los primeros dos años de su implementación.

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

La cobertura de NNyA por deciles de ingreso per cápita familiar permite observar que el extremo inferior de la distribución –los dos deciles inferiores ingresos– concentra el mayor porcentaje de población no alcanzada por ningún tipo de transferencia de ingresos. Estos grupos poblacionales con problemas de cobertura a los que estamos haciendo referencia suelen formar parte de lo que se denomina la *pobreza persistente* (Clemente, 2014 y Moreno, 2014), caracterizada por su transmisión y reproducción en el tiempo, que no solo remite a escasez de ingresos monetarios sino que se asocia con otros déficits que comprometen el ciclo de la reproducción del hogar y la familia relativos al hábitat y las condiciones de la vivienda, las características del medio ambiente o el acceso a otros servicios básicos, entre otras dimensiones. En este marco, este escenario complejo y heterogéneo demanda una mayor sofisticación de las formas de intervención del Estado para garantizar la protección de todos los NNyA y la no vulneración de sus derechos.

2. Asignaciones Familiares por Hijo, Deducción del Impuesto a las Ganancias, Pensiones No Contributivas o, en menor medida, programas provinciales o municipales.

A continuación, se presenta un análisis de los estándares y procedimientos institucionales de la gestión de la AUH, apuntando a detectar posibles causas que provoquen situaciones de exclusión y/o discriminación.

2.

Operatoria de la AUH y cobertura alcanzada

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

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

Una vez al año³, los titulares de la AUH deben acreditar el cumplimiento de estas dos condiciones mediante la firma de la Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación (o en su defecto, el Formulario Libreta correspondiente) y, una vez debidamente firmadas por la escuela y el centro de salud⁴, su presentación, mediante un turno que se obtiene en la web, en las oficinas de la ANSES. De esta forma, los perceptores acceden al acumulado 20% de la transferencia mensual que queda retenido hasta acreditar el cumplimiento de estas condicionalidades. Ese dinero solo podrá ser retirado una vez que se demuestre, con dicha presentación, que ambas condicionalidades se cumplieron.

En caso de no presentar la Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación, el perceptor pierde el 20% retenido y transcurridos los dos años de no cumplimiento se procede a la suspensión total del pago de la AUH. Para reactivarlo, el titular de la

AUH (generalmente, la madre) debe presentar la Libreta con los datos completos consignando el cumplimiento de las condicionalidades. Pero, aunque vuelva a producirse el alta, las transferencias monetarias perdidas en el periodo de suspensión no son recuperadas por parte de las familias⁵. Esta penalización marca una diferencia con otros programas vigentes en la región, como el Bolsa Familia, en el Brasil, donde la suspensión por no cumplimiento funciona solo como una "retención" de la transferencia que vuelve a estar disponible para las familias una vez cumplimentadas las condicionalidades. Es decir, el supuesto es que esos ingresos transferidos resultan nodales para la organización de las familias y el no cumplimiento está dando cuenta de un conjunto de dificultades que precisan de un acompañamiento y no de una penalización.

Asimismo, aquellas personas que deseen solicitar el alta para el cobro de la AUH tienen un conjunto de requisitos obligatorios: deben presentarse en la delegación de la ANSES más cercana a su domicilio con el Documento Nacional de Identidad del grupo familiar (NNyA, padres, tutores, curadores) y las partidas de nacimiento de los menores de edad. Para que el trámite sea efectivo, el grupo familiar debe figurar en el Administrador de Datos de Personas (ADP)⁶ de la ANSES, en donde consta la relación de los NNyA con la madre y el padre (o mayor a cargo de los mismos) o, en su defecto, debe constar que hay un solo progenitor. Si esta relación no figura en el sistema, no se genera el beneficio.

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

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

Ya durante el primer año de implementación de la AUH, se logró incorporar a más de 3 millones de niños, niñas y adolescentes. En los años subsiguientes, se fueron integrando nuevos grupos que, en principio, habían quedado excluidos por la propia normativa, como es el caso de los dependientes de los trabajadores domésticos, los monotributistas sociales, los trabajadores por temporada y eventuales, los dependientes de personas privadas de su libertad, los NNyA que asisten a establecimientos educativos privados y, más recientemente, los dependientes de los monotributistas, excluyendo las tres categorías superiores.

3. La acreditación del cumplimiento de las condicionalidades puede realizarse en cualquier momento del año, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre.

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

5. De hecho, según informa ANSES, durante 2014 fueron suspendidos 404.113 beneficiarios por no presentar la Libreta, dato que en 2015 correspondió a 329.123.

6. El ADP de ANSES se alimenta de diferentes bases de datos como las que proveen, por ejemplo, los Registros Civiles nacionales y provinciales, u otras bases que le permiten acreditar situación fiscal y de contratación laboral de los mayores y, de este modo, registrar incompatibilidades.

Como se dijo, a pesar de este amplio alcance logrado tempranamente, aún se sigue registrando una brecha de aproximadamente 13% de NNyA para lograr la universalidad de los destinatarios. Una porción de esta población que se encuentra sin cobertura de ingresos fue beneficiaria de la AUH y la perdió como consecuencia de no cumplimentar con las condicionalidades o corresponsabilidades⁷ exigidas por la normativa; asimismo, y por diversos motivos, otra porción –más significativa en términos cuantitativos– nunca accedió a ningún beneficio.

A estos grupos que experimentan diferentes tipos de barreras al acceso o al sostenimiento de la AUH por el no cumplimiento de las condicionalidades se suman otros grupos poblacionales excluidos de toda protección por la definición de la propia normativa: los dependientes de los migrantes, a quienes se les exige ser argentinos, naturalizados o extranjeros residentes legales por un periodo no inferior a tres años; los NNyA sin cuidados parentales y los niños de familias que tienen más de cinco hijos.

Otro subgrupo excluido es el conformado por aquellos NNyA indocumentados desde su nacimiento y, por tanto, aún invisibles para el Estado. Muchos de estos últimos casos se localizan en comunidades indígenas y en pequeñas localidades de frontera, donde los niños y niñas, en ocasiones, nacen y moran en países diferentes o en zonas rurales dispersas.

3. ¿Quiénes son los NNyA que presentan mayores problemas de acceso a la cobertura?

La desprotección es mayor en ciertos grupos etarios, especialmente en el caso de los niños y niñas menores de 1 año, en donde los niveles de cobertura solamente alcanzan un 53% (Encuesta de Protección y Seguridad Social –ENAPROSS– 2015). Aunque con una intensidad menor, también llama la atención que entre los adolescentes (desde los 13 años), los niveles de cobertura tienden a descender, situación que se acentúa entre la población de 16 y 17 años (ENAPROSS, 2015).

Se observa, también, que entre la población de NNyA sin cobertura se eleva la proporción de quienes no residen con la madre (13%) y de quienes no residen con el padre (41%)⁸. Retomando lo que se planteaba respecto de la tenencia del DNI, también se observa que entre esta población la proporción de quienes no lo poseen es levemente mayor a la correspondiente al total de NNyA (98% *versus* 95%, respectivamente).

Otro dato que evidencia fuertes diferencias entre los NNyA cubiertos y aquellos no cubiertos es el que corresponde a la asistencia escolar, sobre todo al desagregar dicha información por grupos de edades. En el caso de la población sin cobertura

de ingresos, un 3% de los NNyA de 6 a 12 años no asiste a ningún establecimiento educativo, situación que se eleva a 12% entre los de 13 a 15 años y a 24% entre los adolescentes de 16 y 17 años.

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

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

3.1. La AUH en el territorio

Con el fin de profundizar en los motivos que explican la persistencia de una proporción significativa de niños, niñas y adolescentes sin cobertura por ingresos, se avanzó en dos estudios de caso: el Municipio de La Matanza en el Conurbano Bonaerense y el Gran Resistencia y Villa Río Bermejito⁹, en el caso del Chaco. El principal objetivo fue desentrañar aquellos aspectos que no pueden ser captados por medio de la información estadística, que permitan explicar porque, a pesar de la masividad de la AUH, ciertos segmentos poblacionales permanecen excluidos. En este sentido, el trabajo de campo se orientó a captar cuestiones relacionadas con la microgestión de la política y con las especificidades que presentan los territorios y las poblaciones excluidas. Es decir, si bien la normativa del programa es igual para todo el territorio nacional, la accesibilidad a las instituciones tiene una determinada expresión dada por el modo en que se materializa lo normado en cada territorio.

La ampliación de la cobertura por ingresos en la población de NNyA se registró en todo el territorio nacional; sin embargo, al analizar de manera desagregada las situaciones locales, emergen heterogeneidades que se relacionan con las especificidades de cada territorio (en términos sociales, económicos, culturales, geográficos, etc.). A continuación, vamos a concentrarnos en el marco de situación de protección y desprotección de los NNyA que residen en el Conurbano Bonaerense y la provincia del Chaco, evidenciándose importantes diferencias entre ambas jurisdicciones.

Una primera conclusión que se desprende del trabajo de campo realizado es la manifestación de una multiplicidad de factores que, en conjunto, explican que aún persistan NNyA sin cobertura de ingresos. Es decir, el hecho de que a siete años de

7. Corresponsabilidad hace referencia a una versión más "blanda" de la condicionalidad, al poner el acento en una responsabilidad compartida por el Estado y las familias. El descuento preventivo del 20% y la suspensión total de la transferencia sin posibilidad de recuperación de los ingresos perdidos, aun cuando vuelvan a cumplimentarse y/o certificarse los requisitos puestos a las familias, deja abierta la discusión acerca de si estamos frente a condicionalidades duras o corresponsabilidades blandas.

8. En el total de NNyA, un 6% no reside con la madre y un 32% no reside con el padre.

9. Villa Río Bermejito es una puerta de entrada a la zona conocida como Impenetrable chaqueño y forma parte de un conjunto de pequeños pueblos y parajes donde se asienta la comunidad qom.

implementación de la AUH aún se registren grupos excluidos no se debe a un solo factor sino a una conjunción de elementos que confluyen y se potencian, complicando las posibilidades de acceso, sobre todo en sectores con elevados y múltiples niveles de vulnerabilidad.

3.2. Las condicionalidades

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

Como se señaló, cuando se exceden los dos años sin entregar la Libreta, el sistema liquida el beneficio, pero el destinatario no puede retirarlo, ya que la liquidación queda suspendida¹⁰. Para algunas familias, comienza aquí un camino dificultoso, ya que tienen que movilizarse hasta centros urbanos donde funcione una Unidad de Atención Integral (UDAI) o, en su defecto, una oficina de la ANSES, con el fin de comenzar las averiguaciones correspondientes para poder hacer el trámite. De este modo, se recrea así un círculo vicioso, en el que, por ejemplo, la población que habita en parajes rurales tiene que movilizarse a los cascos urbanos y en algunos casos –de acuerdo con la información obtenida en el trabajo de campo– recorrer más de 100 kilómetros de difícil acceso y con muy poco transporte disponible.

3.3. Salud

Frente a los problemas de oferta de servicios en salud en los centros urbanos más poblados, se recrean prácticas que desincentivan a los perceptores a cumplir con esta condicionalidad. En primer término, el control de salud pediátrico puede estar desdoblado del control de vacunación y peso (generalmente realizado por enfermeros) y de la firma de las Libretas (generalmente realizada por personal administrativo). Pero todo el circuito, que en ocasiones se realiza en el mismo día y en ocasiones no, debe concluir, para su certificación, en los CAPS. La dificultad es que, según los casos, los turnos que se entregan son muy escasos (entre 5 y 15 números), solo uno o dos días a la semana, en franjas horarias que suelen ser reducidas. La práctica habitual para conseguir un turno implica arribar al CAPS de madrugada y esperar varias horas hasta que comienza la atención de los médicos y enfermeros. Este trámite implica que muchas veces, las familias llegan hasta el CAPS, pero no consiguen el turno, y deben volver a intentarlo. Si el intento resulta fallido en una serie de oportunidades, algunas familias desisten de cumplir la condicionalidad puesto que el costo de hacerlo les resulta muy elevado. Este costo implica llegar de madrugada, perder el día de trabajo (pues al ser informales no se justifican las inasistencias), tener que resolver el cuidado de los menores o el gasto en transporte, resultándoles en definiti-

10. En algunos casos, los destinatarios se informan en el banco de la situación de suspensión; en otros, deben acercarse a la ANSES ya que desconocen qué es lo que está ocurriendo porque simplemente no pueden retirar el dinero (o bien creen que no han cobrado). Una madre de un niño de 4 años a la que le suspendieron la AUH nos dijo: "No sé porque me dieron de baja. Creo que me la dio de baja la manzanera".

va más costoso que la pérdida del 20%. Hay que tener en cuenta que en los primeros años de implementación de la AUH no se realiza la suspensión total del beneficio hasta que comienza a efectivizarse la normativa y que, cuando comenzó a efectivizarse la norma, tardó dos años en suspenderse el cobro total de la transferencia.

La dificultad de acceso a un turno hace que en ocasiones burocracias ajenas a esta política pasen a tener un control discrecional sobre esta población. De acuerdo con las entrevistas realizadas, estos agentes mediadores toman decisiones sobre personas que afectan sus oportunidades de vida y definen en última instancia quién es más merecedor de acceder a un turno o a un medicamento¹¹. Estas microdecisiones cotidianas no previstas en el diseño terminan influyendo en la accesibilidad de los destinatarios. Frente a los problemas de accesibilidad, se recrean intermediaciones informales de distinto tipo, algunas de las cuales funcionan de forma solidaria y otras ponen trabas o peajes que segmentan aún más el acceso.

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

3.4. Educación

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

11. En palabras de algunas titulares de la AUH: "Ayer fui a ver a la pediatra. La verdad es que acá en La Matanza no hay pediatras, no conseguís turno, no hay chance, ni en la salita. (...) A veces atienden una sola vez por semana" (titular, madre de una niña de 3 años); "No es que no conseguís turno, no te quieren atender (...). Vos vas y no te quieren atender, y ni siquiera son doctores ni nada, son enfermeras. Te dicen que tenés que sacar turno y cuando vas a sacar, te dicen que no hay (...). Acá hay un solo pediatra y te atiende muy mal" (titular, madre de una niña de 6 años); "Acá las mamás venimos a los Operativos más que nada por el tema de la Libreta, como no hay pediatras... En la salita no te quieren firmar la Libreta".

las escuelas para recibir y retener a los jóvenes cuyas historias requieren de mayor acompañamiento.

3.5. La documentación

Los problemas de cobertura asociados a cuestiones relacionadas con la documentación aparecen recurrentemente en ambos casos estudiados. En este sentido, si bien por un lado se destaca la presencia de niños y niñas –por lo general menores de 2 años– sin DNI, también suelen registrarse estos problemas en el caso de los adultos a cargo. Entre las situaciones más frecuentes que suelen experimentar estas familias, se destacan la pérdida de documentación (por inundaciones de la vivienda y del hábitat donde moran, incendios, robos recurrentes) y conflictos con el propio documento (DNI “gemelos”, mal anotados, etc.). El tiempo que media para planificar una nueva acreditación de documentos puede implicar también una traba para comenzar a cobrar la AUH.

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

Otros casos, que suelen ser cuantitativamente menores, refieren a comunidades que se encuentran muy alejadas y con difícil acceso (de hecho, en algunos casos se llega por medio de transporte acuático) y dependen de que las instituciones se movilicen hasta sus lugares de residencia. Hay poblaciones específicas que presentan problemas de accesibilidad geográfica, situación que les complica la realización de trámites diversos, sobre todo en el caso de parajes del Impenetrable chaqueño (OIT, UNICEF y FLACSO, 2013).

3.6. El acceso a las instituciones

Teniendo en cuenta lo que se señalaba respecto de las trabas existentes para la tramitación de los DNI, en algunos casos la propia tramitación de la AUH también genera inconvenientes, debido a las distancias que se registran entre los hogares de las personas y las UDAI.

En estos casos –el de las poblaciones más alejadas territorialmente y con barreras naturales y de transporte a los centros urbanos donde se realizan las gestiones– se

suelen realizar operativos o coordinaciones del personal de la ANSES con referentes de la localidad, con el objetivo de retirar la documentación para luego ser cargada en las oficinas de la ANSES. Estas modalidades itinerantes hicieron que se pudiera incluir un importante número de nuevos NNyA, pero también implicó un número de errores e inconsistencias en la carga de la documentación que impiden la liquidación del beneficio. En términos generales, resulta necesaria una tarea de articulación y trabajo conjunto con el Registro Nacional de las Personas y los Registros Civiles locales, carentes estos últimos de recursos y capacitación.

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

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

3.7. Falta de información y comunicación institucional

Si bien la AUH es una política que presenta una difusión masiva y es ampliamente conocida, en algunos casos se observa desconocimiento respecto de cuestiones puntuales, como la situación de incompatibilidades con otras políticas, los lugares de cobro, el tema del pago del 20% y 80%, etc. Esta situación de desconocimiento ya se señalaba en una investigación previa sobre el acceso a la AUH por parte de pueblos indígenas (OIT, UNICEF y FLACSO, 2013), en la que se destaca que una gran mayoría de beneficiarios desconocía el monto mensual que percibía.

Una situación recurrente que pudo observarse en Villa Río Bermejito fue la presencia de NNyA dependientes de beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) por Invalidez –en la casi totalidad de los casos debida al Mal de Chagas– que se encontra-

ban sin cobertura. En términos de la normativa, la percepción de una PNC por Invalidez permite la percepción de Asignaciones Familiares por Hijo (AFH)¹². Sin embargo, en la práctica, se observa desconocimiento y confusión respecto de esta situación, que se materializa en la persistencia de la desprotección de un conjunto de NNyA.

En algunos casos, esta situación pasa desapercibida y los titulares de las PNC desconocen el motivo por el cual "no les otorgan la AUH". En otros casos, en los que se intenta iniciar la tramitación de la AUH, se les informa que no es posible percibirla como consecuencia de que uno de los padres es receptor de la PNC, pero que tienen el derecho de percibir la AFH (esto pudo observarse en un Operativo Móvil de la ANSES).

Sin embargo, en este punto se plantea un nuevo problema –que también actúa como barrera a la inclusión de NNyA– asociado a la tramitación de este beneficio, tramitación que se debe realizar no solo en la ANSES sino también en el Ministerio de Desarrollo Social. En la ANSES, debe constatarse que el registro del grupo familiar se encuentra completo y actualizado. Una vez que esto se encuentra resuelto (mediante la presentación de la documentación y fotocopia correspondientes), se imprime el certificado del grupo familiar que debe ser presentado en el Ministerio de Desarrollo Social, donde se termina de tramitar el beneficio¹³.

3.8. Articulación interinstitucional

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

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

3.9. Grupos familiares fragmentados

En el trabajo de campo también aparecieron situaciones relacionadas con problemas familiares que traían como resultado la imposibilidad de tramitar los beneficios. La más frecuente está relacionada con aquellos NNyA que no residen con sus padres (ya sea con alguno de ellos o con ninguno). Quienes se encuentran a cargo deben enfrentar una secuencia de trámites que muchas veces les resulta inaccesible (ya sea por cuestiones asociadas a las distancias geográficas, a problemas con la docu-

mentación requerida, a la articulación entre diferentes instituciones, etc.). También, las frecuentes disgregaciones y reorganizaciones de los grupos convivientes implican pérdidas de documentación y dificultades de comunicación para volver a realizar los trámites.

3.10. Conformación de redes informales

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

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

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

Asimismo, en un Operativo en Virrey del Pino, pudo constatarse que las redes sociales, especialmente Facebook, actúan como mecanismos de difusión de información, tanto de las fechas y ubicaciones de los Operativos como de los trámites y documentación necesaria para los mismos. También, los grupos y páginas web del municipio y/o vecinos actúan como redes de difusión de información y facilitación en la realización de trámites.

Pero la conformación de estas redes informales no siempre funciona de forma cooperativa. En algunos casos, cuando el destinatario tiene dificultades para trasladarse,

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

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

determinados mediadores retienen un porcentaje de lo cobrado a cambio de la realización de trámites como la obtención de turnos y remedios en los centros de salud donde hay poca oferta de turnos y se concentra mucha demanda¹⁴, la gestión de una PNC o la entrega de documentación necesaria en las UDAI.

Por tanto, se deja planteada la mayor complejidad que requiere la intervención estatal en territorios complejos de pobreza persistente y multidimensional.

Bibliografía

Boltvinik, J. (2003). Tipología de los métodos de medición de la pobreza. Los métodos combinados. *Revista Comercio Exterior*, 53(5). México D.F.: Banco Nacional de Comercio Exterior.

Clemente, A. (2014). La pobreza como categoría de análisis e intervención. En A. Clemente (coord.). *Territorios urbanos y pobreza persistente*. Buenos Aires: Espacio.

Maurizio, R. y Vázquez, G. (2014). Argentina: efectos del programa Asignación Universal por Hijo en el comportamiento laboral de los adultos. *Revista de la CEPAL*, 113, 121-144.

Moreno, M. (2014). Notas acerca de la medición de la pobreza. En A. Clemente (coord.). *Territorios urbanos y pobreza persistente*. Buenos Aires: Espacio.

OIT, UNICEF y FLACSO (2013). *El acceso la Asignación Universal por Hijo en los pueblos indígenas del Norte argentino*.

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

14. "Te dicen que no hay... La otra vez tuve que ir con mi nena, que tenía la muela hinchada así, para que me den un ibuprofeno.. Me dicen: 'Te lo doy ahora pero no te lo doy más.. Te lo doy porque está así'" (madre de una niña de 3 años).