

## PROGRAMAS SOCIALES Y PROTECCIÓN SOCIAL NO CONTRIBUTIVA EN LA POST-CONVERTIBILIDAD ARGENTINA\*

*Pilar Arcidiácono, Gustavo Gamallo y Mora Straschnoy\*\**

**Resumen:** El artículo analiza los vínculos entre la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo para la Protección Social y el Plan Nacer como medidas que cristalizan una lógica dual en la provisión de bienestar social, lógica que refuerza la separación histórica entre lo contributivo y lo no contributivo del régimen de bienestar en la Argentina.

**Abstract:** In this work, we analyze the relationship between the Universal Child Allowance, the Universal Pregnancy Allowance and the Plan Nacer Program as policies that crystallize a dual logic of welfare provision, one that reinforces the historical gap between contributory and non-contributory components present in the Argentine welfare regime.

### Presentación

El artículo analiza dos políticas sociales nacionales: en primer lugar, el Plan Nacer, creado hacia 2003 en el momento posterior a la crisis social,

---

\* Este artículo retoma lo publicado en Clérico, L.; Ronconi, L.; Aldao, M.; *Tratado de Derecho a la Salud*. Buenos Aires: Abeledo Perrot, 2013, pp. 1.387-1414. ISBN 978-950-20-2524-7. Los autores agradecen la colaboración de Melina Fischer, estudiante de la carrera de Sociología (UBA), para la elaboración del presente artículo.

\*\* Pilar Arcidiácono es Doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires), Profesora (UBA) e Investigadora (CONICET, UBA), Buenos Aires, Argentina. Email: pilar.arcidiacono@gmail.com. Gustavo Gamallo es Doctor en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires) y Profesor e Investigador (UBA, ESEADE). Email: ggamallo@hotmail.com. Mora Straschnoy es Maestranda en Políticas Sociales (Universidad de Buenos Aires), Becaria del CONICET e Investigadora (UBA). Email: mora@straschnoy.com

política y económica de 2001 bajo la órbita del Ministerio de Salud. En segundo lugar, la Asignación Universal por Hijo (AUH) y por Embarazo (AUE) para la Protección Social, creadas respectivamente en 2009 y 2011, bajo la competencia de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), en un contexto de superación de los efectos más notorios de aquella crisis, si bien desde 2007 la cuestión de la pobreza había reingresado en la agenda pública. Ambas iniciativas cubren a la población no incluida en relaciones asalariadas formales, por lo tanto, sin acceso al sistema contributivo de la seguridad social.

La AUH exige el cumplimiento de controles educativos y sanitarios; la AUE solamente de los segundos. Este artículo se interesa por los controles de salud que deben cumplir las mujeres embarazadas y los niños y niñas menores de seis años provistos por el Plan Nacer, indagando sobre cuáles fueron los instrumentos que articulan ambos programas y cuál fue la racionalidad que orienta cada una de las medidas; además, identifica su efecto para cristalizar una lógica dual de provisión de bienestar reforzando la separación histórica entre los componentes contributivos y no contributivos del régimen de bienestar social en la Argentina.

## **El régimen de bienestar en la Argentina**

El régimen de bienestar social<sup>1</sup> fue caracterizado como un “híbrido” que combina diferentes principios aseguradores de riesgos sociales: predominancia de los seguros sociales contributivos dirigidos a los asalariados formales, un componente asistencial asociado a quienes no se encontraban integrados al mercado formal de trabajo, en tanto el componente universalista por excelencia fue el sistema educativo (Isuani, 1992). En otras palabras, la forma privilegiada mediante la cual se desarrolló el acceso al goce de los derechos sociales –los servicios de atención a la salud, las transferencias monetarias a las familias y los seguros por vejez y discapacidad– estuvo asociada a las relaciones asalariadas formales en la que habitualmente participaba el varón cabeza de familia, quien derramaba las protecciones

hacia su cónyuge e hijos. Estuvo apoyado en un modelo de familia regida según el patrón “varón proveedor/mujer cuidadora”, en tanto el trabajo doméstico a cargo de las mujeres en el seno del hogar era un componente esencial en la reproducción social (Pautassi, 2004).<sup>2</sup>

La figura del trabajador asalariado fue protagonista del aseguramiento estatal en detrimento de otras categorías sociales. Como producto de la dinámica sindical organizada por rama y de la diferencial capacidad de movilización colectiva y de presión política de los distintos sectores sociales, al interior de esa categoría aparentemente homogénea se consolidaron prestaciones diferenciales respecto de su extensión y calidad. Pese a esas significativas distorsiones sectoriales y desigualdades territoriales, el funcionamiento del mercado de trabajo formal con bajos niveles de desempleo y subempleo, en los hechos, lo asemejaron entre las décadas de los cuarenta y los setenta, a un sistema con cobertura de aparente universalidad, pese a que diferentes investigaciones señalabas las limitaciones de esa estrategia (Isuani, 1992; Lo Vuolo y Barbeito, 1994).

A mediados de los años setenta entró en crisis el régimen social de acumulación sustitutivo de importaciones (Nun, 1987), con efectos regresivos sobre la estructura del empleo formal, amplificándose las tendencias manifestadas tenue pero inocultablemente durante los años previos (Torrado, 2010a). La transición hacia un nuevo régimen de acumulación comenzó con la dictadura militar en 1976. Su efecto fundamental fue la ruptura de las bases políticas, económicas, sociales y culturales de la coalición que, con sus vaivenes y oscilaciones en un largo período de inestabilidad política y caos económico, sostuvo el proceso de acumulación basado en la expansión de un mercado interno protegido, con el desarrollo de la industria sustitutiva de importaciones, con una elevada intervención estatal y niveles crecientes de inclusión y protección social (Gamallo, 2002). Desde el punto de vista de la estructura social, el régimen de acumulación “aperturista” (1976-2002) se caracterizó por: el aumento de la clase obrera autónoma, como una manifestación de la ampliación de las condiciones de empleo informal y precario, alimentada por trabajadores asalariados urbanos que perdieron sus antiguas posiciones expresando un proceso de movilidad social

descendente intra e intergeneracional; el aumento más lento del empleo urbano que en el pasado; la expansión de la clase media se dio comparativamente en mayor medida en su estrato autónomo (pequeños productores, cuentapropistas); menor crecimiento de las clases medias asalariadas, con una mayor presencia de empleo precarizado (Torrado, 2010a). Pese a ello, la caída en los niveles de empleo se manifestó recién a partir de los años noventa (en 1995 el desempleo superó el 17%). La industria manufacturera se redujo en un 12,6% entre 1976 y 2001: mientras que en 1976 el sector ocupaba a más de dos millones de asalariados, al 2001 tal magnitud se había reducido a apenas setecientos mil (Arceo, et. al, 2008). En 2006, los ocupados en la industria representaban algo menos del 20% de la ocupación asalariada, cuando en 1974 llegaban al 46% (Chitarroni y Cimillo, 2007). Señala Ariño (2010) que en el período, y en especial durante la década de los noventa, se dieron cita los “cuatro jinetes del Apocalipsis” (desempleo, subempleo, informalidad y precarización). Pese a esa situación, el PBI se incrementó entre 1991 y 1998, a partir de lo cual comenzó un período de declinación macroeconómica y deterioro social.

La crisis de fines de 2001 sumó un nuevo impacto regresivo: en 2002, 20,8 millones de personas vivían en situación de pobreza, entre los cuales 9,96 millones se encontraban en situación de indigencia (el 57,4% y el 27,5% de la población urbana respectivamente) (EPH-INDEC, onda octubre de 2002). La transformación de las condiciones laborales de la población se tradujo en la pérdida de las protecciones de la seguridad social contributiva poniendo en crisis tanto el modo de regular el acceso como de financiar sus beneficios, aumentando la demanda sobre el sistema público de salud y sobre la oferta de los programas asistenciales.

A partir de 2003 se quebró la tendencia recesiva incrementándose el nivel de actividad económica y el nivel de empleo. En ese nuevo contexto, el gobierno nacional impulsó la idea de que el retorno a la situación de pleno empleo era posible, que la inclusión progresiva y creciente de la población en relaciones asalariadas formales permitiría recuperar los niveles de protección social perdidos sosteniendo la visión “trabajocéntrica” como una forma de diferenciación discursiva respecto de la década de los noventa y

que resultaba coherente con el supuesto carácter transitorio de los programas asistenciales (Arcidiácono, 2012). Sin embargo, mientras disminuía el desempleo, el empleo no registrado mantuvo elevados niveles: la tasa de desempleo pasó de alrededor del 20% en 2003 estabilizándose entre el 7 y el 8% a partir de 2007; en cambio los asalariados no registrados que se encontraban en valores cercanos al 50% descendieron pero manteniéndose en algo más del 30%. El empleo formal se mostró como una vía limitada para asegurar el acceso universal a la seguridad social. En otras palabras, un signo de la primera década del siglo fue la convivencia entre un conjunto de políticas “trabajocéntricas” orientadas a fortalecer las posiciones de los trabajadores formales (fomento de la registración del empleo, aumento de las asignaciones familiares y del salario mínimo, relanzamiento de las convenciones colectivas de trabajo) a la par de una serie de intervenciones orientadas a las poblaciones excluidas del empleo formal “mientras tanto” esos sectores se van alistando como asalariados formales (Arcidiácono, 2012). La evidencia disponible no admite la presunción de que dicho tránsito se vaya a realizar con éxito.<sup>3</sup> Aun más: debe considerarse la existencia de ese importante nivel de población laboralmente subutilizada como una característica del entramado de la heterogeneidad estructural de la sociedad argentina (Salvia, 2011). Vale decir, pese al fuerte proceso de crecimiento económico, el aumento de los niveles de empleo y la caída de la incidencia de la pobreza urbana, la permanencia de un importante contingente de trabajadores precarizados e informales en sus múltiples manifestaciones, que sobrepasan el tercio de los asalariados, constituye un rasgo de la heterogénea sociedad argentina. La estructura segmentada del mercado de trabajo limitó los efectos positivos del crecimiento de los últimos años (Lavopa, 2008). En consecuencia, la persistencia de elevados niveles de informalidad económica y precarización laboral afectaron la capacidad de cobertura de las instituciones contributivas en el campo de los seguros de salud (obras sociales) y de las transferencias a las familias (sistema de asignaciones familiares), sobre cuyas fallas se diseñaron el Plan Nacer, la AUH y la AUE respectivamente.

## El sistema de salud argentino

El acceso a los servicios de salud se encuentra organizado en función de las características de la población atendida: los asalariados del sector formal y sus grupos familiares reciben cobertura mediante seguros cuasi públicos obligatorios (obras sociales) en tanto las poblaciones excluidas de dicha condición, quienes contemporáneamente han recibido el eufemismo de “sin cobertura explícita”, acceden a los servicios público estatales; junto a ello, el sector privado ofrece seguros prepagos a la población que puede afrontar su costo (Danani, 2011, y Pérez Irigoyen, 1989).

Hasta mediados de los años cuarenta, la función del Estado respecto de la promoción y curación de la salud se concentraba en la formación de recursos humanos y en la acción asistencial subsidiaria (Cetrángolo y Gatto, 2002). Durante el primer gobierno de Perón (1946-1952) y de la mano de Ramón Carrillo, ganó terreno una estrategia orientada al acceso libre y gratuito a los servicios de salud mediante la creación del Ministerio de Salud Pública en 1946, la sanción del Código Sanitario Nacional y el Plan de Inversiones para el Sector Público (Isuani y Tenti, 1989). De forma paralela, el presidente Perón alentó el desarrollo de las obras sociales implantándose servicios médicos para la administración pública y los entes autárquicos, creando nuevas y apoyando a las existentes facilitando la construcción de instalaciones propias (*Ibid.*). Dado que la organización sindical argentina se estructuró según un modelo de gremio único por rama de actividad, transformó a la población trabajadora en cautiva de la obra social del sindicato correspondiente (Cetrángolo y Gatto, 2002). El desarrollo de las obras sociales si bien posibilitó una rápida ampliación de la cobertura incrementó el nivel de segmentación del sistema de salud (*Ibid.*).

En el campo de los servicios estatales, a partir de 1955 comienza una etapa de mayor subsidiariedad quedando paulatinamente reservados para la atención de la población sin cobertura de las obras sociales (Cetrángolo y Gatto, 2002). Un hito en ese proceso fue la transferencia a las provincias y a los municipios de los establecimientos nacionales. El gobierno militar iniciado en 1976, a través de la Ley 21.883 de 1978, realizó la transferen-

cia de 65 hospitales e introdujo el arancelamiento progresivo de los servicios asistenciales supeditando la atención gratuita a aquellos que carecían de obra sociales ni de capacidad demostrable de pago (Cetrángolo y Gatto, 2002; Pérez Irigoyen, 1989). En 1986 se puso en vigencia la Ley 19.337 que promovió la descentralización administrativa de 7 hospitales en 1988 y de otros 12 en 1989 (Repetto et. Al., 2001). En los años noventa se transfirieron algo más de veinte establecimientos hospitalarios que aún conservaba el Estado nacional (Cetrángolo y Gatto, 2002).

En el campo de las obras sociales, la ley 18.610 de 1970 fue el primer instrumento legal tendiente a regularlas (Pérez Irigoyen, 1989) y tuvo dos importantes consecuencias. En primer término, otorgó a los sindicatos su manejo financiero favoreciendo su poderío económico mediante “una institucionalidad, estamentalmente creada, y específicamente destinada a los trabajadores asalariados, como parte del derecho del trabajo” (Danani, 2011: 44) fijando un piso de contribuciones obligatorias para trabajadores y empleados. En segundo término, las obras sociales se convirtieron en agentes de financiamiento de las prestaciones del sector privado, dejando de ser proveedores de servicios para ser meros mediadores (Pérez Irigoyen, 1989; Isuani y Tenti, 1989). En 1974 la ley 20.748 creó el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo fortalecer al Estado nacional en la conducción de un sistema unificado e igualitario de salud. Posteriormente a su sanción, las obras sociales lograron quedar fuera y en 1975 vieron aumentados sus recursos debido al incremento de los aportes de los trabajadores y otros ingresos extraordinarios. En 1980 la ley 22.269 prohibió a las obras sociales la construcción de infraestructura propia dando lugar a una progresiva importancia de las empresas de medicina prepaga, proceso que ya se había fomentado, aunque de manera más tibia, por la normativa de 1970 (Danani, 2011).

La administración de Raúl Alfonsín (1983-1989) colocó al Instituto Nacional de Obras Sociales bajo la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social (hasta ese momento dependía del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social) y proyectó la creación del Seguro Nacional de Salud que pretendía unificar en una única estructura a las obras sociales sindicales y demás

prestadores buscando una vez más reforzar la función de conducción estatal (Pérez Irigoyen, 1989). Sin éxito, el proyecto se desdobló en dos, manteniendo a las obras sociales bajo la órbita de los sindicatos (Curcio, 2011). En 1993 se incorporó la “libre elección” lo cual permitía la afiliación a una obra social más allá de la pertenencia del trabajador a la rama de actividad; además, se declaró el aporte como de carácter personal y solidario, eliminándose así los mecanismos de redistribución que habían tenido efectos virtuosos al interior de cada sector de actividad (Danani, 2003). De ese modo, se estrecharon relaciones entre las obras sociales y las empresas de medicina prepaga en tanto que las primeras establecieron convenios con las segundas a fin de retener a sus afiliados colonizando, en gran medida, a las entidades sindicales con la lógica del sector privado (*Ibid.*). Como resultado, los trabajadores de altos ingresos se concentraron en ciertas obras sociales y empresas de medicina prepagas mientras que se tendió a desfinanciar al resto del sistema (Fidalgo, 2004). De esa forma se incrementó el nivel de segmentación interna de la población cubierta por las obras sociales. Más allá de las reformas mencionadas, las obras sociales continuaron asegurando la cobertura de salud de los asalariados formales.

Recapitulando, la tensión entre universalismo –servicios estatales – y particularismo –obras sociales– atravesó la conformación del sistema público de salud (Isuani y Tenti, 1989). A esa tensión se le sumó el proceso de descentralización del sistema público estatal, llevado a cabo sin la correlativa transferencia de recursos para atender el financiamiento de los servicios traspasados y sin el diseño de mecanismos compensatorios (Cetrángolo y Gatto, 2002; Maceira, 2009). Asimismo, la descentralización afectó la capacidad de rectoría del gobierno nacional en materia de política sanitaria: la falta de coordinación e integración en un país con notables desigualdades entre las jurisdicciones explica, y a su vez acentúa, las brechas entre las provincias y las personas, generando una marcada inequidad territorial en cuanto al acceso y a la calidad de las prestaciones de salud.

Como resultado, aproximadamente 18,1 millones de personas se encuentran cubiertos por el sistema de obras sociales nacionales (unas 300 aseguradoras), 3,3 millones por la obra social que ofrece cobertura a jubilados y



pensionados (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados), 5,5 millones por las 24 obras sociales para los trabajadores y jubilados de los gobiernos provinciales, y 3,6 millones por los seguros de medicina privada (Cortez y Romero, 2013).<sup>4</sup> En este marco se inscribió la creación del Plan Nacer, destinado a un segmento (unos 2 millones de personas) de las 9 millones no cubiertas por los seguros mencionados (*Ibid.*).

## **El Plan Nacer**

En septiembre de 2000, una declaración aprobada por 189 países propuso metas a ser cumplidas hacia 2015, conocidas como Objetivos de Desarrollo del Milenio. Dos de ellas apuntaban a la reducción de la mortalidad materna e infantil. En ese marco la Argentina se comprometió a reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de 5 años, en un 10% la desigualdad entre sus provincias, y en tres cuartas partes la mortalidad materna (CNCPS y PNUD, 2009). A su vez, a partir de la crisis de 2001 se resintieron los indicadores de salud en tanto que las mencionadas disfuncionalidades del mercado de trabajo hicieron notoria la pérdida de cobertura explícita por parte de amplios contingentes de trabajadores.

Con esos antecedentes se crea a fines de 2002 (Decreto N° 2.724), el “Seguro de Salud Materno- Infantil”, con el objetivo de mejorar la cobertura y calidad de la atención en el marco de la estrategia de la atención primaria de la salud, el cual recoge las recomendaciones de la Mesa del Diálogo Argentino del Sector Salud.<sup>5</sup> En 2003, el Acuerdo Federal de Salud establece el compromiso entre la Nación y las provincias de llevar a cabo acciones tendientes a disminuir las tasas nacionales de mortalidad infantil en un 25% y la de mortalidad materna en un 15 % en relación a los valores de 2002 en el transcurso del siguiente quinquenio, como así también la implementación del Seguro de Nacional de Maternidad e Infancia (embarazadas y niños/as menores de 6 años) (UNTREF, 2009). En 2004 se sustituye la denominación “Seguro de Salud Materno-Infantil” por la

denominación de “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial” y se aprueba el préstamo del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), por la suma de hasta 135 millones de dólares (Decreto Nacional 1.140), destinado a solventar parcialmente la ejecución del proyecto que luego pasó a denominarse “Plan Nacer” (Potenza dal Massetto, 2011).

El Plan Nacer es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas (hasta 45 días después del parto) y de los niños y niñas menores de 6 años que carecen de cobertura explícita de una obra social. Las mujeres embarazadas y puérperas pueden acceder gratuitamente a: una prueba de embarazo, cinco controles de embarazo, educación e información sobre cuidados durante el embarazo, luego del parto y sobre el recién nacido (promoción de la lactancia materna, cómo reducir el tabaquismo, orientación sobre métodos anticonceptivos, entre otros), examen odontológico, vacunación, dos ecografías, parto atendido por especialista en hospital, y derivaciones necesarias (médicos especialistas, nutricionista, asistente social, psicólogo). Los niños y niñas hasta los seis años de edad pueden acceder gratuitamente a: controles clínicos, consulta oftalmológica a los cinco años, control anual de odontología, vacunación según el calendario nacional obligatorio, consejería a sus padres sobre promoción de la lactancia materna, pautas de alimentación y crianza, prevención de accidentes, y promoción de la salud, entre otros.<sup>6</sup>

El Plan Nacer se implementó inicialmente en las provincias del noroeste (NOA - Salta, Jujuy, Catamarca, Tucumán y Santiago del Estero) y el noreste (NEA - Misiones, Formosa, Chaco y Corrientes), dado que en esas regiones se registraban las tasas más elevadas de mortalidad infantil y materna. A partir de 2007 se extendió al resto del país mediante la suscripción de un nuevo préstamo por 300 millones de dólares (Decreto Nacional 375/2007).

Un aspecto central del modelo de gestión del Plan Nacer es la asignación de roles: la Nación se reserva para sí un papel normativo, de financiamiento y de supervisión y las provincias conservan un rol ejecutivo llevando adelante los seguros de salud (Abalos Cerro, 2013). El Ministerio

de Salud de la Nación coordina, regula y controla el cumplimiento del Plan Nacer; transfiere recursos a las provincias por *cápitales* y por resultados; y financia asistencia técnica y equipamiento. Las provincias tienen como funciones, entre otras, inscribir y mantener actualizado el padrón de receptores elegibles; comprar las prestaciones requeridas; rendir cuentas del uso de fondos; y fiscalizar a los prestadores. La relación entre la nación y las provincias se instrumenta por la vía de convenios marco y compromisos anuales en los que se determinan metas seleccionadas como “trazadoras” que se evalúan en forma cuatrimestral.<sup>7</sup> A su vez, la provincia contrata con los prestadores la provisión de servicios para planificar el cuidado de la salud de los beneficiarios inscriptos, paga por los servicios comprados, y define metas de mejoramiento de la calidad de las prestaciones. Los prestadores brindan los servicios comprados según las prestaciones establecidas en un nomenclador en las condiciones de calidad exigida.<sup>8</sup>

El Plan Nacer buscó dar respuestas a distintos problemas de gobernabilidad del sector salud: i) ausencia de incentivos que contribuyeran a mejorar el desempeño en la prestación de los servicios; ii) bajos niveles de autonomía de los actores provinciales; iii) baja capacidad de gerenciamiento tanto en el nivel nacional como en el provincial (Gamallo, 2010). Teniendo en cuenta esas deficiencias introdujo instrumentos orientados a: modificar las formas de relación institucional entre las agencias de gobierno involucradas; supeditar los desembolsos a la prestación de servicios y a productos establecidos; y fortalecer la capacidad técnica del gobierno central y de los gobiernos provinciales. Adicionalmente, se esperaba promover acciones asociadas entre el sector público y el privado, la competencia entre proveedores, la transparencia en la prestación de servicios y en la fijación de precios y el aumento de la información de los denominados “clientes”. De allí la justificación de los tres tipos de incentivos establecidos: al desempeño, a una mayor autonomía y a la recolección, almacenamiento y uso de información (*Ibid.*).

La nación realiza transferencias financieras a las provincias en forma de *cápitales* (en función de la cantidad de inscriptos que reúnan los criterios de elegibilidad) cubriendo una parte del costo del paquete de prestaciones

y prácticas básicas. Las transferencias se efectúan en base al reclutamiento y a los resultados alcanzados (Abalos Cerro, 2013): i) el 60% se desembolsa mensualmente luego del envío por parte de la provincia del registro de beneficiarios y persigue incentivar la identificación de la población objetivo; y ii) el 40% se desembolsa cuatrimestralmente luego de verificar el logro de las metas de producción. En diciembre de 2004 la cápita se estableció a un valor de 12 pesos por mes (equivalente a 4 dólares estadounidenses) luego ajustado a 17,4 pesos en 2010 (equivalente a 3,86 dólares estadounidenses a junio de 2012) (Cortez y Romero, 2013). Los prestadores públicos podían utilizar hasta el 50% de lo cobrado para estímulos al personal mientras que el resto lo pueden gastar en insumos, equipamiento e inversiones a criterio del prestador (Porto, et. al., 2006). La meta de cada trazadora en cada jurisdicción constituyen indicadores de resultado que miden el desempeño de los sistemas provinciales de salud y a través del mencionado esquema de incentivos, la Nación recupera capacidad de rectoría en materia de salud influyendo en los lineamientos políticos provinciales. El plan es uno de los pocos en la región basados en el desempeño con alcance nacional (Abalos Cerro, 2013).

En cuanto a los resultados sanitarios del Plan Nacer, Garriaga (2012) analiza la evolución de las tasas de mortalidad infantil y materna entre 2004 y 2007 en las provincias del NOA y del NEA. Señala que el plan tuvo efectos sobre la tasa de mortalidad infantil a través de la mejora en el acceso a los servicios de salud y a la calidad de las prestaciones pero que esas mejoras se concentran en la tasa de mortalidad infantil postnatal. En cambio, no se identificaron efectos sobre la tasa de mortalidad infantil neonatal (*Ibid.*): de allí que en abril de 2010 se incorporó el tratamiento integral de cardiopatías congénitas para profundizar la acción sobre las causas duras de la mortalidad infantil (Chernovesky, 2011) y desde mayo de 2012 comenzó a brindar cobertura del embarazo de alto riesgo, y atención y seguimiento del recién nacido prematuro para todos sus receptores. Tampoco se verificaron efectos en la tasa de mortalidad materna (Garriaga, 2012). Entre los años 2005 y 2010, la mortalidad infantil se redujo un 17% en todo el país y un 24% en las provincias del norte (MECON, 2013).

En abril de 2012, el número de beneficiarios del Plan Nacer se encontraba aproximadamente en 1,84 millones de personas que representaban el 89,7% de la población objetivo (Cortez y Romero, 2013).

## **El sistema de Asignaciones Familiares<sup>9</sup>**

A partir de 1957 se implementó el Sistema de Asignaciones Familiares en la Argentina, cuyo objetivo era aliviar a los trabajadores formales de los gastos de la reproducción familiar, a través de transferencias de ingresos que se realizaban por intermedio del Sistema de Seguridad Social. El derecho a esas asignaciones se encontraba condicionado y legitimado por la relación de los sujetos con el mercado laboral y los aportes financieros realizados al Sistema de Seguridad Social que el vínculo laboral presuponía. En 1968 se unifica, a través de la Ley 18.017, las distintas cajas de las Asignaciones Familiares estableciendo las siguientes asignaciones: por matrimonio, por maternidad, por nacimiento de hijos, por cónyuge, por hijo, por familia numerosa, por escolaridad primaria y por escolaridad media y superior. La periodicidad de su asignación era dependiente del tipo de contingencia a cubrir: por ejemplo, la asignación por hijo era de carácter mensual mientras que la asignación por nacimiento era de pago único.

En 1973 se consolida el proceso de inclusión de todos los sectores de trabajadores en relación de dependencia tanto del sector privado como del sector público nacional (activos y pasivos) al Sistema de Asignaciones Familiares. Durante la década de los noventa se lleva a cabo una reforma, con la creación del Sistema Único de Seguridad Social en 1991 y culmina en 1996 con la Ley 24.714 (Hintze y Costa, 2011), que eliminó de las prestaciones a los tramos más altos de ingresos y estableció un monto escalonado de transferencias inversamente proporcionales a los ingresos. Esa reforma se llevó a cabo con el objetivo de disminuir los costos laborales al reducir “las alcuotas que pagaban los empleadores para su financiamiento de 7,5% en 1994 a valores aproximados al 5%” en 1996 e implicaron un recorte de las protecciones sociales (Bertranou, 2010:33).

Pero, fundamentalmente, la modificación supuso un cambio de paradigma: mientras las Asignaciones Familiares cubrían las contingencias familiares, a partir de la nueva ley la protección de tales circunstancias pasaron a estar relativizadas por los ingresos familiares. Producto de la reforma y de las transformaciones del mercado laboral un número creciente de familias y niños quedaron excluidas del sistema.

Las dos políticas implementadas en respuesta a la crisis de 2001/2 orientadas hacia la población en situación de pobreza fueron el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (2002) y el Programa Familias por la Inclusión Social (2004). Ambas, entre otras características, exigían el cumplimiento de condicionalidades en materia de salud y educación de los hijos.<sup>10</sup> Asimismo, mientras el primero entregaba un monto fijo independientemente del número de miembros de la familia, el segundo graduaba el monto de la transferencia en relación con su tamaño.

Vale decir, cuando en 2009 se crea la AUH (Decreto de Necesidad y Urgencia 1.602/09), las transferencias hacia las familias con menores de edad a cargo se efectuaban, por un lado, para una proporción de los trabajadores del mercado formal a través del sistema de Asignaciones Familiares y, por el otro, para quienes se encontraban fuera de él, por intermedio de los programas asistenciales mencionados.<sup>11</sup> La AUH introdujo transformaciones en la citada estructura, al incorporarse dentro del sistema de la seguridad social ampliando el componente “asignación por hijo” a los hijos de los trabajadores del sector informal y de las trabajadoras domésticas (Art. 4º, Resolución ANSES 393/09) que ganaran un sueldo inferior al Mínimo Vital y Móvil, y a los hijos de los desocupados y de los trabajadores temporarios registrados del sector agropecuario (ANSES, 2011).<sup>12</sup>

La AUH cubre a los niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años y sin límite de edad cuando se trate de personas con discapacidad, hasta un máximo de cinco hijos por familia. Exige que los niños y adultos sean argentinos, naturalizados o residentes legales por un período no inferior a tres años (ANSES).<sup>13</sup> Quedan excluidos del beneficio los migrantes que no puedan demostrar la permanencia en el país requerida, quienes se encuentren dentro del monotributo (con excepción del monotributo social), quie-

nes se encuentren dentro del régimen de autónomos, quienes no cuenten con Documento Nacional de Identidad, quienes cuenten con un salario superior al Mínimo Vital y Móvil, quienes perciban otros planes o programas (con excepción del Programa de Ingreso Social con Trabajo, conocido como “Argentina Trabaja”) o prestaciones de la seguridad social más allá del tipo de riesgo que busque cubrir; finalmente, se encuentran excluidos los privados de libertad (incluyendo personas internadas en instituciones de salud mental y con discapacidad psicosocial).<sup>14</sup> Las citadas exclusiones ponen en entredicho el uso del concepto de universalidad.

La vinculación de la titularidad de la AUH con la condición laboral de los adultos ofrece particulares problemas en un mercado de empleo inestable. Debido a ello, la Resolución de ANSES N° 532/11 estableció el pago de dos meses extras a aquellas personas que pasen del desempleo o del mercado informal hacia el formal, como un modo de asegurar la continuidad de la prestación. Esa medida evidencia problemas que se evitarían estarían si se hubiera establecido un sistema unificado y universal donde el acceso a la transferencia fuera independiente de la condición o trayectoria laboral del adulto.

Cabe detenerse también en el límite del quinto hijo. El decreto no fundamenta razones resultando contrario a derecho e irracional en vistas al esquema de protección social que contempla las Pensiones No Contributivas para Madres de Siete o más hijos.<sup>15</sup> La AUH cubre hasta el quinto hijo y la referida prestación a partir del séptimo, quedando las familias con seis hijos en una situación de extraña desprotección. Esa restricción muestra que los destinatarios no son efectivamente los hijos sino sus padres, respecto de quienes se pretende no duplicar la prestación (Pautassi, et. al, 2010). Esa limitación también puede estar relacionada con los temores –ya existentes en los orígenes del Plan Jefes– de crear un supuesto efecto distorsivo en el mercado de trabajo que podría presentarse al ir incrementándose el ingreso de los hogares, y, como consecuencia, pudiendo sus integrantes prescindir de la venta de su fuerza de trabajo. En ese sentido, el límite de hijos pareciera estar ligado directamente con no superar el valor de la Canasta Básica Alimentaria a través de la sumatoria de los montos de la AUH

por cada hijo, o bien, evitar un incentivo pronatalista (Arcidiácono, et. al, 2011 y Arcidiácono et. al. 2012).

El monto abonado por hijo es equivalente al máximo valor establecido para la “zona general”.<sup>16</sup> Sin embargo, efectivamente se abona en forma mensual el 80% de ese total. El 20% restante es acumulado por la ANSES y abonado a las familias una vez que demuestren el cumplimiento de las condicionalidades establecidas. El procedimiento fue especificado en la Resolución de ANSES N° 132/10 que para los controles de salud, establece: “En relación a los niños y niñas menores de SEIS (6) años la certificación del control sanitario consistirá en la inscripción de los mismos en el Plan Nacer.” (Art. 8°). Su incumplimiento no sólo da lugar a la pérdida de lo acumulado sino también del beneficio.

La AUH en su primer mes de implementación cubrió a 3,3 millones de niños, niñas y adolescentes; desde entonces la cobertura creció con oscilaciones y hacia junio de 2012 alcanzaba a 3,424 millones (Secretaría de Seguridad Social, 2012). En referencia a la distribución de receptores por provincia, el 35% se encontraban en la Provincia de Buenos Aires, que representan el 25% de su población menor de 18 años; le sigue Córdoba con el 7,7% y el 27% , y en tercer lugar, se encuentra Santa Fe con el 7,3% y el 26% respectivamente (ANSES, 2012). En relación al nivel de cobertura respecto de la población total de personas menores de 18 años, en la Provincia del Chaco el 52,3%, en Santiago del Estero el 50% y en Formosa el 47,8% se encuentran cubiertos por la AUH (ídem). Las tres provincias mencionadas contaban con un porcentaje de asalariados no registrados –una de las condiciones para ser receptor de la AUH– por arriba del promedio nacional hacia fines de 2012 (INDEC, 2012). Respecto de las edades, el 25% tenía entre 0 y 3 años, el 12% tenía entre 4 y 5 años, el 39% tenía entre 6 y 12 años (correspondientes al nivel primario), mientras que el 24% tenía entre 13 y 17 años (correspondientes al último ciclo de educación obligatoria) (ANSES, 2012).

En la inauguración de las sesiones ordinarias del Período Legislativo de 2011, la presidenta Fernández de Kirchner anunció la creación de la AUE (Decreto de Necesidad y Urgencia N° 446/11) que transfiere dinero a las



mujeres embarazadas que cumplan con las mismas características socio-laborales estipuladas para los receptores de la AUH y que no tengan cobertura de obra social, a menos que la embarazada, su cónyuge o concubino sean monotributistas sociales, personal del servicio doméstico o trabajadores de temporada declarados con reserva de puesto de trabajo (Art. N° 2, Res. ANSES 235/11). A su vez, cuenta con las mismas exclusiones poblacionales anteriormente referenciadas para la AUH y los mismos montos de transferencia y modalidad de pago –con su correspondiente retención del 20%. El decreto indica que: i) la mortalidad materna es un indicador de la injusticia social, la inequidad de género y la pobreza, ya que el problema se vincula estrechamente con las dificultades de acceso a la educación y a los servicios de atención médica especializados y ii) la cobertura en el ámbito de la seguridad social debe ser atendida desde el estado de gestación, de forma tal de brindar a la madre embarazada programas públicos de atención de diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuyendo de esta forma los índices de mortalidad maternal, perinatal, neonatal e infantil que se encuentran asociados a problemas en el acceso a los servicios de salud (Considerandos, DNU N° 446/11). Es decir, el motivo explícito de su creación es la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de salud y el diagnóstico oportuno, a fin de apuntalar los indicadores de salud, para lo cual exige la inscripción en el Plan Nacer (o bien la conformidad expedida de conformidad con dicho plan para quienes cuenten con obra social). De esa forma el pago del 20% acumulado tiene lugar al momento de la finalización del embarazo (ya sea por nacimiento o pérdida) cuando se demuestre el cumplimiento de las condicionalidades fijadas en materia de salud por el Plan Nacer (Art. 5° DNU 446/11).

La AUE actúa como un híbrido entre la prestación prenatal, que se abona durante los meses de embarazo, y la Asignación por Nacimiento, ambas propias del régimen destinado a las trabajadoras formales. En ese punto, resulta de interés dar cuenta de una diferencia: mientras en la AUH la acreditación de los controles sanitarios es condición para el pago del 20% acumulado, en la AUE la inscripción en el Plan Nacer es requisito necesario para el acceso a la Asignación por Embarazo.

Al momento de la creación de la AUE, la tasa de mortalidad infantil mostraba una tendencia hacia la disminución. El comportamiento de tales indicadores lleva a plantear la siguiente hipótesis: mientras el deterioro de los indicadores de salud coincide con el momento de creación del Plan Nacer, el lanzamiento de la AUE se relaciona en menor medida con los argumentos sanitarios plasmados en el decreto y más con la ampliación de la cobertura de la AUH y la equiparación paulatina de las prestaciones que reciben los asalariados formales a través de la AAFP y, de ese modo, aumentar las transferencias de ingresos a los hogares. De hecho, los problemas asociados con la mortalidad materna exceden el ámbito de influencia de una política como la AUE en su articulación con el Plan Nacer.<sup>17</sup>

En cuanto a la cobertura, al momento de su anuncio la meta era de 177 mil mujeres embarazadas para 2011. Sin embargo, alcanzó a 84.149 en noviembre de dicho año y hacia junio de 2012 cubría a 57.951 mujeres grávidas (Secretaría de Seguridad Social, 2012).

## **Hacia un sistema no contributivo de provisión de bienestar social**

El surgimiento de ambas políticas cierra un círculo virtuoso en materia de provisión de bienestar mediante un esquema que podría dibujarse del siguiente modo: el Plan Nacer opera como un subsidio a la oferta del sistema de salud provincial, instituyendo incentivos para el aseguramiento de la población destinataria, en tanto la AUH y la AUE transfieren recursos a los hogares con niños y niñas que constituyen la demanda de esos servicios, incorporando a la vez incentivos específicos (bajo el formato de condicionalidades) a las familias.

Si bien esas condicionalidades fueron una forma de intervención propia de los programas de transferencia de ingresos que los antecedieron y que existe una intensa controversia en torno a su utilización que no fue abordada en su extensión y complejidad en este artículo, cabe decir que su inclusión supone potenciar el capital humano de las familias. De hecho, una de las críticas señala que al soslayar los problemas de la oferta estatal

de servicios de salud y educación, se cuestiona que el Estado exija aquello que no garantiza sancionando a las familias pese a su incapacidad de generar una oferta adecuada (Pautassi, et. al. 2008; CEPAL, 2012). En ese sentido surge como novedosa la consideración del Plan Nacer como un complemento para el cumplimiento de las condicionalidades en salud: a diferencia de lo que ocurre en educación (donde va de suyo que la oferta escolar reacciona frente a la nueva situación instituida por la AUH sin políticas sectoriales específicas), el Plan Nacer se ajusta a los requisitos para la percepción del subsidio.<sup>18</sup> Luego de la puesta en vigencia de la AUH, el enrolamiento en el Plan Nacer se incrementó en 46 puntos porcentuales en las provincias de las regiones de Cuyo, Centro y Patagonia (aquellas que se incorporaron en 2007) y en 9 puntos porcentuales en las provincias del NOA y NEA (Cortez y Romero, 2013). Durante la vigencia de los previos programas de transferencias de ingresos (Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados y Plan Familias para la Inclusión Social) tales articulaciones no se hicieron explícitas ni en la normativa ni en la práctica institucional pese a que, como se dijo, el Plan Nacer se encontraba vigente y las condicionalidades eran las mismas. De tal forma, la articulación entre los subsidios a la oferta y a la demanda aparece como una novedad y una mejora respecto de las experiencias previas.

El Plan Nacer, al operar por el lado la oferta, acerca recursos al sistema provincial de salud pública sin otro tipo de provisión directa a las personas dado que éstas siguen recibiendo la atención en los mismos efectores y mediante los mismos profesionales aunque con la garantía, y es ésta su principal contribución, de cierto nivel de prestaciones establecidas en forma fehaciente en el paquete subsidiado. Los mayores recursos que envía el Plan Nacer a las provincias se espera que contribuyan a mejorar el financiamiento del servicio de salud, si bien es cierto que el monto de esas transferencias se asocia al rendimiento que observa cada jurisdicción respecto de los parámetros que establece el programa. Asimismo el Plan Nacer no condiciona el uso de los recursos transferidos, y por lo tanto, pueden ser utilizados por las instituciones sanitarias para el fortalecimiento de otras áreas, no sólo las del ámbito materno infantil.

Desde el punto de vista de la fragmentación territorial del sistema de salud, el Plan Nacer incorporó un criterio previsible y razonable de transferencia de recursos nacionales a las provincias a la vez que permitió recuperar capacidad de rectoría al gobierno nacional sobre las políticas sanitarias materno-infantil. De todos modos, el gobierno nacional continúa utilizando discrecionalmente una cuantiosa masa de recursos fiscales, derivados de la atribución constitucional para capturar los derechos de exportación y otros impuestos nacionales, y del abuso de instrumentos de excepción, que le permite intervenir verticalmente en las provincias y municipios del país, muchas veces sin ordenamiento ni regla conocida. De allí la valoración positiva del tipo de intervención que propuso el Plan Nacer como instrumento federal cooperativo. En esa línea de razonamiento, la AUH y la AUE refuerzan la competencia del gobierno nacional en la administración de las transferencias monetarias a las familias mediante la ampliación de las prestaciones del sistema clásico de seguridad social, que conviven con los sistemas provinciales de asignaciones familiares a los trabajadores estatales y con las cajas previsionales provinciales.

La implementación de la AUH y de la AUE ofrece un avance cualitativo en relación con los previos programas de transferencia en tanto que todo aquel que cumpla con las características definidas para la población receptora puede acceder a la prestación, ya que no existen ni cupos ni fechas límites de inscripción. Asimismo, mejoraron el monto de las transferencias, la extensión de la cobertura y los mecanismos de reclamos establecidos incorporando dos componentes no contributivos a una prestación clásica de la seguridad social. Como resultado, los trabajadores formales, por un lado, y los del sector informal y desocupados, por el otro, conviven por primera vez en una misma política de transferencia de ingresos: la política dual para incluidos y excluidos del mercado formal de empleo tiende a converger. Sin embargo, la incorporación de ambos grupos poblacionales no supuso la homogeneización de todos los receptores al interior del sistema (Straschnoy, 2012). La inclusión de las familias de desocupados y trabajadores del sector informal, bajo condiciones diferenciales, da lugar a la caracterización de la AUH y la AUE como una política híbrida, dado que

se encuentran entre una prestación propia de la seguridad social (en tanto fue incorporada por el Sistema Nacional de Asignaciones Familiares, es administrada por la ANSES y posee seguridad presupuestaria) y una típica de los programas condicionados de ingresos (con retención de un porcentaje de su monto por cumplimiento de condicionalidades que tienen un carácter punitivo, pese a que se las caracterice como “corresponsabilidades”).

Vale decir, el Plan Nacer (subsidio a la oferta sensible al comportamiento de la demanda) y la AUH y la AUE (que pueden ser comprendidas como subsidios a la demanda que se orientan hacia una mayor presión de la oferta de servicios públicos de salud) tienden a ofrecerse como complementarios y partícipes necesarios de ese “híbrido” modelo de provisión de bienestar no contributivo, que se establece en paralelo al sistema contributivo: para ser receptor del Plan Nacer se debe estar excluido del padrón de obras sociales; para ser beneficiario de la AUH, debe carecerse de un empleo formal (con algunas excepciones como las trabajadoras del servicio doméstico), entre otros requisitos. De alguna manera, suspendiendo el cuestionamiento de esa lógica dual, el sistema de aseguramiento mejora su cobertura y su generosidad a la vez que profundiza su segmentación. Es en ese sentido que afirmamos que tiende a consolidarse un sistema no contributivo de protección social en el campo de la salud y de la transferencia de ingresos (seguridad social).

En conclusión, la fortaleza simbólica e institucional del sistema clásico de seguridad social organizado a partir de la relación salarial formal es notable. Es decir, al tiempo que se llevan a cabo medidas que exponen implícita o explícitamente los límites de las relaciones asalariadas formales para garantizar protección social, las modificaciones llevadas a cabo suponen mecanismos provisorios o permanentes que no modifican sustancialmente los principios del sistema.<sup>19</sup> La AUH y la AUE consideraron a las familias de los trabajadores desempleados y del sector informal como destinatarias de un régimen especial, concebido como transitorio hasta tanto se alcance la condición de asalariado formal y la población receptora ingrese al sistema de asignaciones familiares (o bien quede excluida por estar en el límite salarial superior). La lógica contributiva se mantiene en pie a la vez que

fue complementada por un esquema no contributivo que de alguna manera reconoce los límites de un sistema de protección social asociado con la pertenencia al mercado de trabajo formal (componente contributivo) y establece una lógica diferente (no contributiva) para los destinatarios de las nuevas prestaciones. Mientras el sistema contributivo asocia los seguros de salud a las obras sociales, los receptores de la AUH y la AUE son asociados a un seguro público no contributivo (el Plan Nacer), restringido a ciertas categorías de población (mujeres embarazadas y puérperas, y niños y niñas menores de seis años). Si bien se mejoró la cobertura, todavía queda un camino extenso para pensar esquemas de políticas sociales que deslinden el “bienestar” de la participación en el mercado formal de trabajo.

## NOTAS

---

- 1 El bienestar debe ser comprendido como una capacidad relacionada con el manejo de la incertidumbre y de los riesgos sociales (Esping Andersen, 1993 y 2000); en toda sociedad capitalista es provisto por distintas fuentes o esferas: el Estado, el mercado y la familia. Adelantado et al (1998) señala que la separación de esas esferas es conceptual o analítica; que existen complejas relaciones entre ellas, tanto desde el punto de vista histórico como estructural; que las esferas no deben entenderse como lugares físicos sino más bien como un complejo de instituciones y mecanismos de coordinación de la acción social o “dimensiones” de esta acción; que se encuentran atravesadas transversalmente por individuos y grupos así como por diversos ejes de desigualdad existentes. Según Esping Andersen (2000) cada fuente o esfera representa un principio distinto de gestión de los riesgos sociales: en la familia predomina la asignación mediante la reciprocidad; los mercados están gobernados por la distribución a través del nexo monetario, mediante el cual las personas venden su fuerza de trabajo y a cambio compran bienes y servicios; el Estado adopta predominantemente el principio de asignación de la redistribución autorizada. Cada una de esas esferas expresa un diferente potencial de gestión de riesgos: la combinación diferencial de esas fuentes en las sociedades concretas originó diferentes “régimenes de bienestar”. Adelantado et al (1988) adiciona a ese esquema una cuarta: la esfera relacional, compuesta por las acciones sociales supraindividuales que canalizan intereses y necesidades (no sólo materiales) de las personas, mediante distintos grupos sociales distribuidos en asociaciones formales y en grupos comunitarios (informales).
- 2 Por un lado, en los últimos veinte años la tasa de actividad femenina se ha incrementado sostenidamente transformando la matriz descripta, que a su vez condicionó y se vio con-

dicionado por otros cambios sociales de envergadura. Por otro lado, las prestaciones “contributivas” hacen referencia al aporte establecido en base al salario que le otorga derecho a los trabajadores para acceder a distintos beneficios de la seguridad social. Sin embargo, la nominación de “contributivo” debe relativizarse en tanto los sistemas así denominados complementan su financiamiento con aportes provenientes de Rentas Generales. Por ende el sistema se financia, en parte, por quienes no acceden a sus beneficios pero lo sostienen por intermedio del pago de impuestos como el IVA, entre otros.

- 3 El desempeño ocupacional desde 2007 en adelante ha sido pobre y apenas acompañó el aumento de la población. La tasa de empleo (proporción de ocupados dentro de la población) que estaba bien por debajo del 40% en 2003 alcanzó el 42% en 2007 y prácticamente se mantuvo en ese orden (Lindemboim, 2013).
- 4 Un informe realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 2011 recomendó una reforma integral del sistema de salud argentino y una rejerarquización del papel del gobierno nacional para compensar sus inequidades.
- 5 El Diálogo Argentino fue el proceso de interrelación entre Estado y sociedad civil más relevante de la época. En diciembre de 2001 –antes de su renuncia– el entonces presidente Fernando De la Rúa pidió colaboración a la Iglesia Católica y al PNUD para la convocatoria al Diálogo Argentino, cuyo objetivo era la generación de un espacio común en el cual pudieran congregarse distintos actores a fin de encontrar en conjunto los consensos necesarios para superar la crisis política y social. Si bien esa convocatoria fue próxima a los sucesos del 19 y 20 de diciembre (que llevaron a la renuncia del mencionado mandatario) y, por ende, no pudo concretarse, se constituyó en una herramienta fundamental para el gobierno del presidente Eduardo Duhalde, electo por la Asamblea Legislativa el 1º de enero de 2002. La convocatoria al Diálogo Argentino fue realizada por tres actores principales: la Presidencia de la Nación, la Iglesia Católica y el PNUD. Fueron convocados representantes de diferentes sectores de la vida política, social, económica y cultural de la Argentina: se incluyeron a los partidos políticos, empresas, sindicatos, grupos financieros, grupos del agro, organizaciones de la sociedad civil en general, instituciones religiosas y diversas figuras individuales. La ciudadanía también fue invitada a participar, mediante un ejercicio denominado Diálogo Ciudadano (Arcidiácono, 2006).
- 6 A partir de 2012 el Plan Nacer se integró al Plan SUMAR y expandió su cobertura hacia todos los niños y jóvenes menores de veinte años y a las mujeres entre 20 y 64 años que se encuentren sin seguro de salud.
- 7 Las diez trazadoras son: 1) la captación temprana de la mujer embarazada, 2) la efectividad de atención del parto y atención neonatal, 3) la efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad, 4) la efectividad de atención prenatal y del parto, 5) la auditoría de muertes infantiles y maternas, 6) la cobertura de inmunizaciones, 7) el cuidado sexual y reproductivo, 8) el seguimiento de niño sano hasta un año, 9) el seguimiento de niño sano de 1 a 6 años, y 10) la inclusión de comunidades indígenas.

- 8 Durante la década de los noventa se implementó la estrategia de autogestión hospitalaria, que permitió que los hospitales estatales pudieran facturar sus servicios a través de convenios con terceros impulsando la captación de fondos provenientes de la atención a franjas adicionales de pacientes con capacidad de pago (PNUD, 2011). Si bien no se lograron resultados aceptables, la operatoria del Plan Nacer guarda relación estrecha con esa experiencia.
- 9 El apartado recupera argumentos desarrollados en Arcidiácono et. al, 2012.
- 10 Se entiende por “condicionalidad” aquellas exigencias a las que están sujetas las familias para percibir las transferencias. Una condicionalidad generalmente supone la certificación de controles de salud y la asistencia a establecimientos de educación formal por parte de las instituciones pertinentes.
- 11 Vale señalar que las asignaciones familiares debido al establecimiento del límite superior salarial para ser perceptor y al aumento de los salarios por las negociaciones colectivas reducían paulatinamente su cobertura. Considerando la cantidad de beneficios (no titulares) de las asignaciones por hijo de los trabajadores activos, en diciembre de 2005 ascendía a 4,131 millones; en diciembre de 2007 a 3,866 millones; en diciembre de 2008 a 3,740 millones y en septiembre 2009 (mes previo al surgimiento de la AUH) a 3,794,7 (Secretaría de la Seguridad Social, distintos años). En junio de 2010 cayeron a 2,557 millones (Secretaría de la Seguridad Social, 2012). Posteriormente con los cambios establecidos en los límites superiores de las bandas salariales de 2013 se elevó el número de beneficiarios (Decretos Nacionales 613/13 y 1.282/13).
- 12 Las trabajadoras domésticas y los trabajadores del sector agropecuario fueron incorporados posteriormente dado que fueron excluidos en el decreto original. Se estableció que los trabajadores temporarios mientras estuvieren recibiendo las remuneraciones por parte de sus empleadores percibirían las asignaciones familiares del régimen general, y en los meses en que no lo hagan, serán receptores de la AUH.
- 13 Un análisis de la AUH desde una perspectiva de derechos humanos en relación a la población migrante se encuentra en Ceriani, et. al, 2011. Al respecto se han pronunciado críticamente el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ambos comités pertenecientes a Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2011).
- 14 Muchas personas privadas de libertad se desempeñan laboralmente y de forma “registrada” pero sin estar contemplados en el régimen de asignaciones familiares contributivo ni en la AUH. En tal sentido, se han manifestado reclamos desde organizaciones sociales, la Procuración Penitenciaria de la Nación y la Defensoría del Pueblo de la Nación.
- 15 La ley 23.746 de 1989 estableció la Pensión No Contributiva de Madres de Más de 7 hijos. Cualquiera fuese la edad y estado civil, se otorgó el derecho a percibir una pensión mensual, inembargable y vitalicia cuyo monto es igual al de la pensión mínima y cuyos requisitos son: no encontrarse amparado por régimen de previsión o retiro alguno; no poseer bienes, ingresos ni recursos de otra naturaleza que permitan la subsistencia del solicitante y grupo conviviente; y ser argentino o naturalizado. Los extranjeros deberán tener una residencia mínima y continua de quince años en el país. En ambos casos la ausencia definitiva del país hará perder el beneficio.



- 16 La normativa distingue entre un “valor general” (correspondiente a la “zona general”) y cuatro regiones: zona 1 (Formosa, La Pampa, Mendoza, Neuquén, Río Negro y Salta, Orán); zona 2 (Chubut); zona 3 (Catamarca, Jujuy, Salta); y zona 4 (Santa Cruz, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur). Para cada región se establecieron montos mayores de la establecida para el “valor general”. Inicialmente se fijó un valor de 180 pesos; en septiembre 2010 pasó a 220 pesos; en septiembre 2011 a 270 pesos; en septiembre 2012 a 340 pesos y en junio 2013 a 460 pesos. Si bien se actualizaron los montos, diversos estudios destacan su retraso en la relación con el poder adquisitivo de la prestación en contextos inflacionarios (cfr. CIFRA-CTA, 2012).
- 17 S. Yañez (2009) sostiene que una política que apunte a reducir las llamadas “muertes maternas” debe tomar en cuenta las muertes invisibles para las estadísticas, apuntando a la despenalización del aborto y a la mejora y universalidad de acceso a la educación sexual y los métodos anticonceptivos. El citado estudio de S. Garriaga (2012) señala el nulo efecto del Plan Nacer sobre la tasa de mortalidad materna.
- 18 Dejamos anotada nuestra opinión, pese a que no profundizaremos sobre las condiciones educativas vinculadas a la AUH.
- 19 La moratoria previsional implementada en 2005 llevó a que unos dos millones de personas accedieran al beneficio previsional (Calvi y Cimillo, 2010) de los cuales el 87% fueron mujeres (ELA, 2009). Los receptores no contaban con los años mínimos de aportes exigidos por la ley y se convirtieron a la vez en deudores del sistema (en lugar de un cambio legal que alterara la naturaleza del sistema previsional). De hecho, a junio de 2012 sobreviven unas 38 mil pensiones por vejez no contributivas (Secretaría de Seguridad Social, 2012), lo cual pone de manifiesto las restricciones del sistema contributivo.

## REFERENCIAS

---

- Abalos Cerro, Martina María, 2013, “Evaluación del diseño del Plan Nacer”, Universidad Internacional de Andalucía, en: <http://goo.gl/GBZmTG>
- Adelantado, José, Noguera José, Rambla Xavier., y Sáez, Luis, 1998, “Las relaciones entre estructura y políticas sociales: una propuesta teórica” en *Revista Mexicana de Sociología* Número 3, Universidad Autónoma de México, México.
- ANSES, 2011, “Los trabajadores temporales cobran salario familiar todo el año”, en: <http://www.anses.gov.ar/blogdeldirector/archives/802>
- Ariño, Mabel, 2010, “Transformaciones en el mercado de trabajo (PEA, empleo, salarios, ingresos)” en Torrado (directora), *El costo social del ajuste (Argentina 1976 – 2002)* Buenos Aires: Edhasa.

- Arceo, Nicolás, Ana Paula Monsalvo, Martín Schorr y Andrés Wainer, 2008, *Empleo y salarios en la Argentina. Una visión de largo plazo*, Buenos Aires: Capital Intelectual, Colección Claves para Todos.
- Arcidiácono, Pilar, 2006, “Estado y sociedad civil en busca de la inclusión social: Los casos de Programa Jefas y Jefes de Hogar Desocupados y el Trueque. ¿Innovaciones o continuidades?”, *Revista Escenarios*, N° 10: 21-34.
- Arcidiácono, Pilar, 2012, *La política del “mientras tanto”: Programas sociales después de la crisis 2001-2002*. Buenos Aires: Biblos.
- Arcidiácono, Pilar; Carmona Barrenechea, Verónica, Paura, Vilma y Straschnoy, Mora, 2012, “La Asignación Universal por Hijo: ¿Una vía de transformación en la política social argentina?” en Pautassi y Gamallo (Coord.) *¿Más derechos, menos marginaciones? Políticas sociales y bienestar en Argentina 2003-2009*, Buenos Aires: Biblos.
- Arcidiácono, Pilar; Carmona Barrenechea, Verónica y Straschnoy, Mora, 2011, “Transformaciones en la política social argentina, el caso de la Asignación Universal por Hijo”, *Leviathan. Cuadernos de Pesquisa Política*, N° 3: 281-315.
- Barbeito, Alberto y Lo Vuolo, Rubén, 1994, *Análisis de la actual situación del mercado de trabajo y su probable proyección futura*, Buenos Aires: PRONATASS.
- Bertranou, Fabio (Coord.), 2010, *Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina. El caso de las Asignaciones Familiares*. Buenos Aires, Proyecto ARG/06/M01/FRA. Una respuesta nacional a los desafíos de la globalización, Cooperación técnica para el Desarrollo de la República Francesa, OIT.
- Calvi, Gabriel y Elsa Cimilo, 2010, “Del SIPJ al SIPA. Cambios recientes en el sistema previsional argentino”, *Taripawi. Revista de Estudios sobre Sociedad y Justicia*, Instituto de Estudios, Formación y Capacitación de la Unión de Empleados de la Justicia de la Nación, N° 1, Tomo 1: 77-109.
- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales), 2008, *Derechos humanos en Argentina: informe 2008*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno.
- CEPAL, “Programas de Transferencias Condicionadas, Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe”, en <http://dds.cepal.org/bdptc/programa/?id=34>
- Ceriani, Pablo, Cyment, Paola y Morales, Diego, 2011, “Migración, derechos de la niñez y Asignación Universal por Hijo: las fronteras de la inclusión social”, Ponencia presentada en IV° Seminario Internacional de Políticas de la Memoria, Ampliación del Campo de

- los derechos Humanos. Memoria y Perspectiva, Buenos Aires, 28, 29 y 30 de Septiembre y 1° de Octubre 2011.
- Cetrángolo, Oscar y Francisco Gatto, 2002, “Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado”, (Mimeo), Buenos Aires: CEPAL.
- Chernovesky, Graciela, 2011, “Programa nacional de cardiopatías congénitas”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Vol. 30, N° 1: 38-41, en: <http://goo.gl/vxfOiR>
- CIFRA-CTA, 2012, “El incremento del montos de las Asignación Universal por Hijo”, septiembre.
- Chitarroni, Horacio y Cimillo, Elsa, 2007, “¿Resurge el sujeto histórico? Cambios en el colectivo del trabajo 1974-2006”, *Laboratorio*, N° 21: 5-11.
- CNCPS (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales) y PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) Oficina de Argentina, 2009, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe país 2009*, Buenos Aires.
- CNCPS (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales) y PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) Oficina de Argentina, 2010, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Rendición de cuentas 2010*, Buenos Aires.
- Clérico, Laura, Ronconi, Liliana, Aldao, Martín, 2013, *Tratado de Derecho a la Salud*, Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Cortez, Rafael y Romero, Daniel, 2013, “Increasing Utilization of Health Care Services among the Uninsured Population: The Plan Nacer Program, *UNICO Studies Series 12*, World Bank, Washington DC.
- Curcio, Javier, 2011, “Descripción del Sistema de Seguridad Social: componentes al cabo de la década del ‘90 y de la primera década del siglo XXI”, en Danini y Hintze (coords.), Op. Cit.
- Danani, Claudia, 2011, “El sistema de Obras Sociales y la complementariedad con el sistema público. ¿Modelo vigente o necesidad de cambio?”, ASET, Buenos Aires, en [http://webiigg.sociales.uba.ar/grassi/archivos/modelo\\_sindical\\_claudia.pdf](http://webiigg.sociales.uba.ar/grassi/archivos/modelo_sindical_claudia.pdf)
- Danani, Claudia, 2003, “Condiciones y prácticas sociopolíticas en las políticas Sociales: Las obras sociales más allá de la libre afiliación”, en Lindemboim y Danani (Op. Cit.).
- Danini, C. y S. Hintze (coords.), *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*, Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- ELA, 2009, *Informe sobre Género y Derechos Humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina (2005 – 2008)*, Buenos Aires: Biblos.

- Esping-Andersen, Gosta, 1993, *Los tres mundos del Estado de Bienestar*, Valencia: Alfons el Magnánim.
- Esping-Andersen, Gosta, 2000, *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona: Ariel.
- Fidalgo, Maitena, 2004, “La transformación del seguro de salud en la Argentina y su vinculación con políticas de inclusión /exclusión social”, Ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Políticas Sociales, Mendoza, 15, 16 y 17 de Septiembre.
- Gamallo, Gustavo, 2010, “Responsabilidades y roles de los actores claves en incentivos en la prestación de servicios del Plan Nacer”, Buenos Aires (Mimeo).
- Gamallo, Gustavo, 2002, “Argentina: cuando el uno a uno no es empate”, *Iconos*, Revista de FLACSO Sede Ecuador, N° 13:1-9.
- Garriga, Santiago, 2012, “Impacto del Plan Nacer sobre la Mortalidad Infantil en Argentina”, Tesis de Maestría, Maestría en Economía, Universidad Nacional de La Plata.
- Hintze, Susana y María Ignacia Costa, 2011, “La reforma de las asignaciones familiares 2009: aproximación al proceso político de la transformación de la protección”, en Danini y Hintze, Op. Cit.), pp.
- Isuani, Ernesto y Tenti Fanfani, Emilio, 1989, “Una interpretación global”, en Isuani y Tenti Fanfani (Op. Cit.), pp.
- Isuani, Ernesto y Tenti Fanfani, Emilio, 1989, *Estado democrático y política social*, Buenos Aires: Eudeba.
- Isuani, Ernesto Aldo, 1992, “Política social y dinámica política en América Latina”, *Desarrollo Económico*, Vol. XXXII, N° 152.
- Lavopa, Alejandro, 2008, “Crecimiento económico y desarrollo en el marco de estructuras productivas heterogéneas. El caso argentino durante el período 1991-2006”, en Lindenboim, Op. Cit..
- Lindenboim, Javier, 2013, “Por qué se estanca el empleo”, Diario *Clarín*, en: [http://www.ieco.clarin.com/economia/estanca-empleo\\_0\\_909509284.html](http://www.ieco.clarin.com/economia/estanca-empleo_0_909509284.html)
- Lindenboim y Danani (coord.): *Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*, Buenos Aires: Editorial Biblio
- Lindenboim, Javier, (comp.), 2008, *Trabajo, ingresos y políticas en Argentina. Contribuciones para pensar el siglo XXI*, Buenos Aires: EUDEBA.
- Londoño, Juan-Luis y Julio Renk, 1997, “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina”, Documento de Trabajo 353, Banco Interamericano de Desarrollo- Oficina del Economista Jefe.

- Maceira, Daniel, 2009, “Desafíos del sistema de salud en Argentina”, *Revista Mercado*, Buenos Aires.
- MECON (Ministerio de Economía de la Nación Argentina), 2013, “Proyecto de Presupuesto 2014”.
- MECON (Ministerio de Economía de la Nación Argentina), 2011, “Proyecto de Presupuesto 2012”.
- MS (Ministerio De Salud De La Nación, Consejo Federal De Salud), 2004, “Bases del Plan Federal de Salud”.
- Ministerio de Salud de La Nación Argentina, Sitio Web del Plan Nacer. [Consultado en Abril de 2012] en: <http://www.plannacer.msal.gov.ar>
- Naciones Unidas, 2011, Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.
- Nun, José, 1987, “Vaivenes de un régimen social de acumulación en decadencia”, en Nun y Portantiero (Op. Cit.).
- Nun, José y Juan Carlos Portantiero, 1987, *Ensayos sobre la transición democrática en Argentina*, Buenos Aires: Puntosur.
- Pautassi, Laura, 2004, “Beneficios y beneficiarias: análisis del Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados de Argentina”, en *Políticas de Empleo para Superar la Pobreza*, Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, 2004.
- Pautassi, Laura, Arcidiácono, Pilar, Royo, Laura, Straschnoy, Mora y Carmona Barrenechea, Verónica, 2008, “Tensiones en un marco de crecimiento económico: la política social pendiente”, en CELS, Op. Cit.
- Pautassi, Laura, Arcidiácono, Pilar y Royo, Laura, 2010, “Idas y vueltas en las políticas sociales: el protagonismo de la pobreza en la agenda política”, en CELS, Op. Cit.
- Pérez Irigoyen, Claudio, 1989, “Política pública y salud”, en Isuani y Tenti Fanfani, *Estado democrático y política social*, Buenos Aires: Eudeba.
- PNUD (Programa Naciones Unidas para el Desarrollo) Oficina de Argentina, 2011, *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires, PNUD.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) Oficina de Argentina, *HOJA DE DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial”*, en [http://www.undp.org.ar/docs/Documentos\\_de\\_Proyectos/ARG04023.pdf](http://www.undp.org.ar/docs/Documentos_de_Proyectos/ARG04023.pdf)
- Porto, Alberto, Valle, Walter y Perazzo, Alfredo, “Las transferencias intergubernamentales del Plan Nacer como un cambio en el sistema de gestión” s/f. (Mimeo).

- Potenza Dal Masseto, María Fernanda, 2012, “La implementación del Plan Nacer”. Documento de Trabajo N°82, Buenos Aires: CIPPEC.
- Repetto, Fabián (coord.), 2001, “La descentralización de las políticas sociales en Argentina”, Documento de Trabajo, Buenos Aires: CEDI/Grupo Sophia.
- Salvia, Agustín, 2011, *La trampa Neoliberal. Heterogeneidad Estructural y Distribución del Ingreso en la Argentina*, Buenos Aires: EUDEBA.
- Straschnoy, Mora, 2012, “Cambios en la figura del destinatario de la política social: el trabajador, el pobre y... ¿ahora qué?”, (Mimeo).
- Torrado Susana, 2010 (directora), *El costo social del ajuste (Argentina 1976 – 2002)*, Buenos Aires: Edhasa.
- Torrado, Susana, 2010a, “Modelos de acumulación, regímenes de gobierno y estructura social”, en Torrado, 2010, Op. Cit..
- Universidad Nacional de Tres de Febrero, 2009, Responsabilidad en incentivos en la prestación de servicios para el desarrollo humano en Argentina, Buenos Aires: UNTREF.
- Yañez, Sabrina Soledad, 2009, “El problema de morir por ser (o no ser) madre en la pobreza. Un análisis de los alcances y las grietas del Plan Nacer en Argentina”, Ponencia presentada en la VIII Conferencia Iberoamericana Sobre Familias, Buenos Aires.