

WPS Working Paper Series

Vol 2, Num 1, 2016



PORTUGUESE



Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

5	Apresentação
7	Avaliação de impacto da <i>Asignación Universal por Hijo</i> <i>Bernardo Kliksberg, Irene Novacovsky</i>
41	Maternidade e mercados do trabalho: o impacto da legislação na Colômbia <i>Natalia Ramírez Bustamante, Ana María Tribin Uribe</i> <i>Carmiña O. Vargas</i>
83	Análise sobre a política pública no México para pessoas idosas a partir da perspectiva dos direitos humanos <i>Adelina González Marín, Alfonso Ochoa Manzo</i> <i>Brenda Montes Betancourt, Eréndira Aquino Ayala</i>
141	Perfil de risco de potenciais diabéticos no IMSS Uma abordagem de regressão logística <i>Ari Bronsoler, Christian Norton, Óscar Sánchez,</i> <i>Carlos Tendilla</i>

Avaliação de impacto *da Asignación Universal por Hijo*

BERNARDO KLIKSBERG*
IRENE NOVACOVSKY**

RESUMO

O documento expõe em detalhes os resultados obtidos na avaliação de impacto da Alocação Universal por Filho (*Asignación Universal por Hijo*) após quatro anos de sua implementação na Argentina. Essa política estabeleceu a ampliação do sistema de subsídios familiares já existentes – limitado aos filhos dos trabalhadores cadastrados no sistema de seguridade social –, às famílias chefiadas por pessoas desempregadas e trabalhadores informais de baixa renda, orientando-se assim à universalização do sistema de proteção social. O novo regime incluiu responsabilidades ligadas à saúde e educação das crianças e adolescentes beneficiados.

A avaliação teve o objetivo de verificar seu impacto no bem-estar das famílias, as melhorias no acesso a bens de consumo essenciais e o cumprimento das responsabilidades de saúde e educação. Mediu também os eventuais efeitos nas estra-

* Argentino que reside em Nova York. É doutor em Ciências Econômicas e Ciências Administrativas, além de bacharel em Sociologia, Administração e contador público graduado pela Universidade de Buenos Aires. Assessor especial da ONU, PNUD, FAO, Unesco, OPAS, OMS e outras organizações internacionais, Bernardo é considerado o pai do conceito de gerência social e pioneiro da ética para o desenvolvimento, do capital social e da responsabilidade social empresarial. Entre seus trabalhos mais recentes está o internacionalmente reconhecido *Primero la gente*, escrito junto com o Nobel de Economia Amartya Sen, a série *Escándalos éticos*, declarada de interesse cultural pela Legislatura da Cidade de Buenos Aires e *Más ética, más desarrollo*.

** Argentina que reside em Buenos Aires. É socióloga da Universidade de Buenos Aires e especialista em questões sobre a pobreza e a elaboração e avaliação de políticas e programas sociais, trabalhando em gestão em várias esferas estatais. Realizou também consultorias em órgãos internacionais como o BID, o Banco Mundial, a CAF, a Unesco, a Unicef e o PNUD e trabalhou como assessora das presidências da Venezuela, da Guatemala, do Paraguai e de Honduras na concepção de políticas e programas sociais, bem como em sistemas nacionais de monitoramento e avaliação.

É autora de diversos artigos e livros, incluindo o *Manual de Gestión Integral de Programas: la Evaluación de Programas Sociales*; *De igual a igual: El desafío del Estado ante los nuevos problemas sociales*; *Informalidad laboral y exclusión social en América Latina*; e, em colaboração, escreveu *La difícil reforma pendiente: rearticulación de las relaciones entre Estado y sociedad civil*; *Indicadores sociales para el seguimiento de la situación de desigualdad, pobreza y vulnerabilidad social*; *Situación de la infancia y adolescencia en Argentina*; *La respuesta de los gobiernos en el Área de Políticas Sociales ante la crisis en América Latina*; *Capital Social: clave para una agenda integral de desarrollo*; *La evaluación del programa Comunidades Especiales de Puerto Rico* *Gobierno de Puerto Rico*; *La cuestión social en los 90: un novo quadro institucional para políticas sociais públicas*; e *Evaluación y control de la gestión pública por resultados y Asignación Universal por Hijo*.

tégias de emprego desenvolvidas pelos membros das famílias que recebem o subsídio, bem como na percepção dos beneficiários sobre a importância da transferência de dinheiro para suas condições de vida e de consumo. Para isso, abordou-se a questão de duas formas: quantitativa e qualitativamente. A primeira se baseou em um estudo com uma amostra probabilística de famílias beneficiadas para formar um grupo de comparação mediante modelagem estatística, utilizando a regra do vizinho mais próximo através de uma estimativa da propensão a participar. A segunda foi realizada por meio de grupos focais constituídos por mulheres titulares da Alocação Universal por Filho (AUF) e entrevistas a informantes qualificados.

Os resultados permitiram verificar impactos notáveis da AUF sobre o padrão de vida dos lares receptores, bem como uma contribuição importante para a equidade distributiva, tanto dentro do mesmo grupo beneficiário como em termos da população em geral e particularmente as crianças e adolescentes. Além disso, verificaram-se significativas melhorias na frequência e no desempenho escolar, bem como no acesso a cuidados sanitários, resultado do cumprimento das responsabilidades vinculadas à educação e à saúde. No entanto, não se notou nenhum sinal de desincentivo à inserção no mercado de trabalho por parte dos adultos das famílias, algo que se menciona eventualmente quando se fala de programas de transferência de renda. Foi possível também formular recomendações destinadas a melhorar a implementação desta política, bem como sua cobertura, visando generalizar o sistema de proteção social integral.

INTRODUÇÃO

A região latino-americana apresenta um panorama variado e heterogêneo no que diz respeito à elaboração de novas políticas e programas sociais.

No entanto, se observa uma tendência renovadora em comum, sinal de uma nova geração de políticas sociais. Entre elas, o foco na garantia de direitos: a ajuda aos mais desfavorecidos é cada vez mais legislada e planejada como uma reintegração de um direito. Isso substitui a ideia vigente há décadas que considerava a considerava um mero “apoio social”.

Segundo essa nova ideia, o Estado está cumprindo a obrigação de uma democracia de garantir os direitos sociais básicos. Os que recebem assistência têm direitos legítimos de exigí-la (Kliksberg, 2011).

Este contexto político regional recente promove uma nova matriz de proteção social, motivada e fundamentada em uma sólida convicção de que é obrigação dos Estados contribuir ativamente para a plena realização dos direitos econômicos e sociais da população.

Os direitos econômicos e sociais, chamados também de direitos de segunda geração, são aqueles que o Estado deve garantir através de políticas ativas, assim

como o acesso à alimentação, à saúde ou ao conhecimento (um conjunto de bens e serviços básicos). Não basta dar alimentação, educação e moradia se as pessoas não forem capazes de garantir o acesso a esses direitos por conta própria. Esse acesso deve ser, neste caso, facilitado. Devem-se fornecer os meios necessários aos setores da sociedade em desvantagem para que eles procurem por si próprios.

A Alocação Universal por Filho (AUH) implementada na Argentina desde 2009 é parte desta nova visão que enfrenta o desafio de consolidar o Sistema de Proteção Social e garantir uma abordagem integral. Atualmente, cinco anos após o seu lançamento, várias organizações internacionais têm destacado a sua operabilidade gerencial e seus importantes impactos.

Não obstante, a AUH não esteve imune aos debates que surgiram sobre as políticas de transferência condicionada de renda. Os principais temas debatidos estão relacionados com os efeitos sobre o mercado de trabalho, os papéis de gênero e à natalidade, bem como a legitimidade das condicionalidades.

É essencial, portanto, verificar se os recursos alocados chegam até o público-alvo e se de fato ajudam a alcançar os objetivos. Esta é uma questão relacionada com a transparência desejável das políticas que, além disso, contribui decisivamente para aperfeiçoar sua implementação e garantir novamente sua legitimidade e permanência e para definir o rumo da inclusão social no futuro próximo.

A avaliação feita por uma equipe de profissionais¹ da Organização Iberoamericana de Seguridade Social e da Universidad Nacional de Tres de Febrero teve como objetivo responder um conjunto de interrogantes essenciais: até que ponto a renda recebida permite melhorar a qualidade de vida das famílias mais vulneráveis e, particularmente, das crianças e adolescentes beneficiários do subsídio? Qual é o impacto da nova política em termos das condições de saúde e educação das crianças e adolescentes? Existe um efeito empoderador dessa transferência para as mulheres que a administram? Essa política é potencialmente capaz de interromper o ciclo de reprodução da pobreza entre as gerações?

Estas são algumas perguntas abordadas a partir de um grande levantamento amostral em escala urbana nacional que incluiu 3.068 domicílios entrevistados em novembro entre 2013 a fevereiro de 2014.

Os resultados desta avaliação de impacto permitem refutar alguns questionamentos com dados empíricos. O presente documento descreve em detalhes os procedimentos e os resultados da avaliação de impacto da AUH e está organizado em quatro seções: uma primeira seção destinada às características específicas da AUH e às circunstâncias em que foi instrumentalizada, seus objetivos, corresponsabilidades e cobertura; em a seção seguinte detalha os objetivos e questões que nortearam esta avaliação e explica a metodologia utilizada; em a terceira seção expõe os principais resultados da avaliação de impacto em termos de renda, nutrição, saúde,

¹ A equipe esteve composta por: Isidro Adúriz, Victoria Arinci, Horacio Chitarroni, Elisa Trotta e Naomi Wermus.

educação e questões de gênero; e am a última parte contém as conclusões e recomendações a partir das informações analisadas.

ANTECEDENTES E CRIAÇÃO DA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO

O debate sobre a transferência de renda não é um fato novo na Argentina e aborda as transferências que visam garantir o direito à renda de forma incondicional, por exemplo, a proposta do *Ingreso Ciudadano*, bem como os programas de transferências condicionadas. Desde meados dos anos noventa, implementaram-se na América Latina programas de transferências condicionadas (PTC) de renda a famílias vulneráveis em resposta à crise no mercado de trabalho e à crescente exclusão social. Da mesma forma, surgiram no país várias iniciativas que destacaram a importância da universalização dos subsídios familiares, presentes no sistema de seguridade social para os trabalhadores assalariados formais desde 1957 e a implementação de uma renda básica para as crianças (Pautassi, Arcidiácono e Straschnoy, 2013).

Na década de noventa e, particularmente, após a crise de 2001, realizara-se intervenções como o *Plan Trabajar*, o *Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados* e o *Programa Familias*, entre outros, que em Argentina são os antecedentes diretos no país das políticas de transferência de renda.

A AUH estabelece um salto qualitativo em relação a esses programas, pois faz parte do marco mais amplo do sistema de proteção e seguridade social consolidado na Argentina ao longo do século xx.

O sistema de seguridade social argentino foi elaborado em torno a um modelo bismarckiano caracterizado por ser contributivo. Isto significa que o direito a receber prestações (cobertura de saúde através das *obras sociales*, alocações familiares, seguro desemprego, benefícios previdenciário, entre outras) deriva das contribuições anteriores feitas pelos próprios beneficiários (trabalhadores ativos) e das contribuições feitas por seus empregadores. Assim, garantia-se a segurança econômica através do emprego que trazia consigo uma série de direitos correlacionados, tornando-o um elemento integrador (Anses, 2012).

A AUH torna-se então um direito dos filhos dos trabalhadores desempregados ou em situação de informalidade e, dessa forma, é regulada pelo Decreto 1.602/09 emitido pelo Poder Executivo Nacional em 29 de outubro de 2009. Este decreto estabelece a incorporação do subsistema não contributivo *Asignación Universal por Hijo para Protección Social* no âmbito do Regime de Alocações Familiares. Assim, a AUH passa a fazer parte do marco normativo da Lei 24.714 (Anses, 2012).

O AUH é uma transferência monetária a famílias destinatárias, selecionadas por suas condições de vulnerabilidade (ligadas principalmente à precariedade das condições de trabalho, principal causa do baixo nível de renda) e que, ao mesmo tempo, através das condicionalidades, garante um nível adequado de acesso à edu-

cação e à saúde das crianças e adolescentes. Dessa forma, os recursos transferidos contribuem para a redução da desigualdade atual e favorece o acesso das crianças à educação e à saúde preventiva, o que melhora o capital humano e suas oportunidades presentes e futuras. Como foi observado, “um maior investimento no capital humano durante a infância determina uma maior capacidade das pessoas de transformar o acesso a bens e serviços naquilo que valorizam e conseguem “ser” ou “fazer” nas etapas posteriores de suas vidas (segundo Amartya Sen). É o poder de transformar os bens e serviços em um espaço de capacidades” (PNUD, 2010).

O valor original da AUH foi inicialmente fixado em 180 pesos argentinos (20 USD) mensais para cada criança e adolescente de até 17 anos (com um limite de cinco beneficiários por domicílio), equivalente ao máximo da escala proporcionada pelo regime contributivo. No caso das pessoas com deficiência, não há um limite de idade e o montante da transferência era de 720 pesos (81 USD). A normativa estabelecia casos explícitos de exclusão: os trabalhadores que trabalham na informalidade, mas que recebem uma remuneração superior ao salário mínimo vital e móvel² que, na prática, são impossíveis de detectar, por isso dependeria da autoexclusão desses trabalhadores. Outros excluídos são os contribuintes do imposto único (*monotributistas*), exceto aqueles inscritos na categoria de serviços domésticos e no *monotributo social*.³

Com o aumento da AUH em maio de 2014 a 644 pesos por criança (72 USD), o subsídio atingiu seu maior poder de compra histórico.⁴ Comparado com os programas de transferência de renda de outros países da região, como o Brasil e o Chile, o valor da AUH é significativamente mais elevado. (Isuani, 2010).

No início de 2015, o número total de crianças e adolescentes cobertos pela AUH atingiu 3,6 milhões e mais de 40% deles estavam dentro da primeira faixa etária (até 5 anos), isto é, quando são mais importantes os exames de saúde e o cumprimento do plano de vacinação.

Vale a pena destacar que as mães se tornaram as titulares diretas do benefício desde março de 2013 de acordo com a *Administración Nacional de la Seguridad Social* (Anses), embora a guarda dos filhos seja compartilhada. O mesmo ocorreu para as alocações familiares, conforme o Decreto 614/13. Esta medida permite articular ambos subsídios garantindo que seja um direito das crianças e adolescentes e evitando as situações comuns onde o pai faz um uso arbitrário dos recursos.

² O salário mínimo vital e móvel no momento da implementação era de 1.440 pesos argentinos. Atualmente, aumentou a 4.400 pesos argentinos.

³ Para tornar possível o acesso ao subsídio, o decreto estabeleceu que o destinatário deveria ser argentino, filho de argentino nativo ou por opção, naturalizado ou residente, com mais de três anos de residência legal no país. Além disso, seria necessário comprovar a identidade através do documento nacional de identidade e o vínculo entre o titular e as crianças e adolescentes beneficiários.

⁴ Em junho de 2015 foi anunciado um novo aumento, que elevou a transferência a 837 pesos, equivalentes a 90 USD.

OBJETIVOS E METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO

A avaliação de impactos tem como principal propósito verificar o cumprimento dos objetivos propostos no momento do lançamento da AUH.

Entre os objetivos definidos para este estudo, destacam-se:

- Estimar os resultados e impactos atribuíveis ao desenvolvimento da AUH.
- Medir as mudanças no bem-estar dos lares receptores da AUH da implementação da AUH.
- Identificar os eventuais efeitos não esperados, positivos e negativos, que podem ter resultado da AUH.
- Elaborar recomendações para novas ações em matéria de políticas sociais.

Quanto à metodologia utilizada para atingir esses objetivos, utilizou-se uma estratégia quantitativa e uma qualitativa. Qualitativamente falando, formara-se 12 grupos focais com mulheres titulares da AUH⁵ para obter opiniões e percepções sobre a política. Além disso, realizaram-se 21 entrevistas detalhadas com informantes-chave sobre as áreas de educação e saúde, bem como representantes dos governos locais que deram seus depoimentos sobre as características da AUH e os efeitos observados.

Para a parte quantitativa, devido às características da AUH e sua modalidade de implementação, foi impossível obter uma linha de base a partir das medições feitas do grupo de tratamento e do grupo de comparação antes do início das transferências, requisitos do modelo quase-experimental tradicional.

Como alternativa metodológica, utilizou-se nesta avaliação um modelo quase-experimental *ex post facto*. Esta alternativa requer supor que, no momento inicial (T_0 ; antes da implementação da AUH), as famílias do grupo de tratamento e do grupo de comparação não apresentavam diferenças significativas em nenhum aspecto substancial. Embora seja um modelo menos robusto que os que contam com uma linha de base inicial, está plenamente justificado na literatura (Campbell e Stanley, 1973).

Para isso, comparou-se o grupo de famílias beneficiárias da AUH (grupo de tratamento, GT) e um grupo de famílias não beneficiárias (grupo de comparação, GC) com perfis semelhantes no que diz respeito a certos indicadores cujos impactos não serão medidos. O método de seleção estatística permitiu pressupor a igualdade inicial de ambos os grupos, substituindo a mensuração inicial.

Posteriormente, mediu-se a diferença entre o grupo de tratamento e o grupo de comparação em T_1 . Considerando a suposição inicial de igualdade entre os gru-

⁵ Seis desses grupos focais foram realizados com mulheres grávidas e/ou mães de meninos ou meninas de até 12 anos; A outra metade esteve composta por mulheres com crianças de 13 anos ou mais. Os grupos focais e as entrevistas foram realizadas em diferentes cidades do país.

pos, esta última etapa equivale à dupla diferença empregada nos modelos clássicos com dupla medição.

A seguir, especificam-se os detalhes do desenho da amostragem, do modelo estatístico utilizado e do controle de efeitos.

Desenho da amostra

A amostra foi elaborada no nível urbano nacional, considerando a estratificação por camadas populacionais. A seguir, mostra-se brevemente um conjunto de características da amostra obtida:

- Probabilística: Cada família selecionada do universo estudado e as pessoas com as idades consideradas escolhidas têm uma probabilidade de seleção conhecida e superior a zero. Este tipo de amostra permite definir previamente a precisão desejada nos resultados principais e calcular a precisão em todas as estimativas obtidas.
- Estratificada: Consideraram-se localidades em todo o país, correspondentes a três estratos diferenciados da população (áreas metropolitanas, localidades com mais de 100.000 habitantes e localidades com menos de 100.000 pessoas) a fim de obter resultados significativos para o total nacional e para cada uma destas populações.
- Bietápica: Dentro de cada estrato, selecionaram-se localidades para que a amostra seja representativa (unidade primária de amostragem, UPA).

Dentro das localidades selecionadas, os beneficiários foram escolhidos de forma aleatória simples a partir de uma lista de beneficiários e não beneficiários fornecida pela Anses (unidade secundária de amostragem, USA). A distribuição foi feita proporcionalmente de acordo com a quantidade de receptores em cada uma das localidades que compõem o estrato.

As famílias do grupo de tratamento foram escolhidas a partir do cadastro de receptores da AUH fornecido pela Anses. A pré-seleção da amostra de famílias cadastradas com a finalidade de formar o grupo de comparação foi feita a partir de uma lista fornecida pela Anses de processos e queixas feitas por famílias excluídas da AUH por razões administrativas (inconsistência no fornecimento de dados, processos incompletos, falta de documentação) e suspensão por falta de pagamento.

A amostra final incluiu 1.755 famílias beneficiárias e 1.313 famílias não beneficiárias, distribuídas nos três estratos geográficos.

O período de aplicação da pesquisa foi de novembro de 2013 a fevereiro de 2014. O formulário foi elaborado para ser aplicado por um pesquisador à pessoa

do lar que respondeu; no caso do grupo de tratamento, a titular da AUH respondeu e, no caso do grupo de comparação, as mulheres identificadas na lista de queixas da Anses.⁶

Procedimentos estatísticos

Para a construção do grupo de comparação, realizou-se um procedimento de pareamento, ou *matching*, em um conjunto de variáveis consideradas cruciais (diferentes daquelas sujeitas à medição, como os impactos esperados, com o propósito explícito de evitar confusão na atribuição do impacto). O procedimento utilizado foi o do vizinho mais próximo, estabelecendo probabilisticamente a propensão a participar da intervenção o *propensity score* (Rosenbaum e Rubin, 1985): as famílias não beneficiárias com uma probabilidade semelhante as das beneficiárias foram selecionadas como grupo de comparação.

Para estabelecer a propensão a participar, utilizou-se um modelo de regressão logística binária. A variável dependente foi o acesso ou não ao subsídio (ser beneficiário da AUH ou não) e as variáveis independentes ou preditoras foram um conjunto de características sociodemográficas das famílias. Neste último caso, tal como foi mencionado, incluíram-se variáveis estruturais que, supostamente, não seriam impactadas pelo programa.

Durante a seleção definitiva do grupo de comparação, manteve-se a diferença entre as probabilidades de participar estimadas pelo modelo de vizinhos mais próximos dos dois grupos, elevada ao quadrado, abaixo de 0,01, de acordo com a sugestão de Lazo e Philipp (2003).

Os lares receptores da AUH selecionadas através deste procedimento estatístico (o grupo de tratamento) formaram uma subamostra do total de domicílios cadastrados na pesquisa: aqueles para os quais se pôde selecionar pelo menos um domicílio “gêmeo” no grupo de comparação em função da distância entre as probabilidades de participar, medidas pelo modelo. Por outro lado, do conjunto de domicílios não beneficiários pesquisados, passaram a integrar o grupo de comparação aqueles que contavam com pelo menos um domicílio “gêmeo” no grupo de tratamento com o mesmo critério. Estes procedimentos foram justificados pela literatura (Jalan e Ravallion, 1998). A análise dos impactos esperados da AUH, por meio da comparação entre as subamostras que compõem GT e o GC, bem como os testes estatísticos do significado das diferenças encontradas, foi usada cada uma das temáticas avaliadas.

Para avaliar o significado estatístico das diferenças, utilizou-se, em todos os casos, o teste t de Student para a diferença das médias das amostras independentes e sua extensão ao caso das proporções amostrais, para um teste bilateral.

⁶ No caso dos titulares homens, entrevistou-se a cónjuge ou substituiu-se a família nos poucos casos de famílias monoparentais chefiadas por um homem.

Controle dos efeitos

- A atribuição e o controle dos efeitos de confusão. As eventuais diferenças entre os beneficiários e não beneficiários resultantes de propensões anteriores e não das ações das transferências, bem como as possíveis alterações alheias aos subsídios (tais como os efeitos da maturidade ou alterações no contexto) foram controladas por meio de modelos estatísticos para calcular a propensão a participar.
- O viés de seleção. A modelagem estatística do GC utilizando um *propensity score matching* permite controlar de forma eficaz o viés de seleção. Além disso, fez-se a uma comparação sistemática entre o GT e o GC para as variáveis alheias às ações do programa, por meio de testes de significância estatística.
- Contaminação do grupo de comparação. Os eventuais riscos de contaminação foram controlados por meio da identificação na pesquisa através de perguntas específicas e a utilização de fontes secundárias, tais como as bases de dados nacionais.
- Efeitos de transbordamento. Os eventuais efeitos de transbordamento do programa foram explorados com técnicas qualitativas.
- Heterogeneidade e a diversidade do impacto por meio *dos subgrupos populacionais*. Devido às responsabilidades diferenciais por idade (educação e saúde) e à prioridade dada à titularidade feminina, esperava-se que o impacto apresentasse variações entre gêneros e grupos etários.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE IMPACTO

Esta seção inclui os principais resultados do cálculo das diferenças entre o GT e o GC em várias dimensões sujeitas ao impacto do programa. As principais conclusões desta avaliação, detalhadas a seguir, estão organizadas de acordo com os eixos do debate sobre esta política, a saber:

1. O impacto da transferência de renda na participação dos beneficiários no mercado de trabalho.
2. O impacto das condicionalidades.
3. O impacto sobre os papéis de gênero.
4. O impacto sobre a fecundidade.

O impacto da transferência de renda na participação dos beneficiários no mercado de trabalho

Uma objeção levantada frequentemente contra os programas de transferência de renda – que se aplica no caso da AUH – menciona seus possíveis impactos sobre a

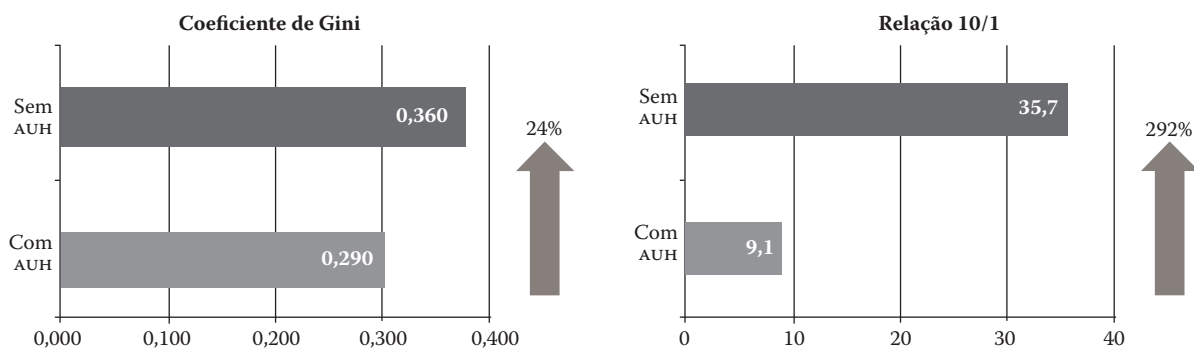
propensão dos beneficiários a querer entrar no mercado e desempenhar uma atividade econômica. Tem-se dito que a renda proveniente das transferências poderia substituir os rendimentos de uma atividade econômica e, portanto, desmotivaria a procura por emprego ou até mesmo a permanência em um emprego daqueles que recebem a atribuição ou seus parentes. Em particular, isso ocorreria nos setores que normalmente têm acessos a empregos precários e mal remunerados, o que faria que o custo de oportunidade de ficar fora do mercado de trabalho fosse menor.

Outras abordagens sugerem outro ponto de vista: segundo essas, as transferências também poderiam significar efeitos positivos, pois tenderia a elevar o salário médio dos trabalhadores menos protegidos (por exemplo, trabalhadores domésticos), o que aumentaria, e não diminuiria, as chances de escapar da pobreza (Matarazzo Suplicy, 2002). Da mesma forma, o subsídio da AUH pode facilitar a presença das mulheres no mercado de trabalho ao cobrir o custo de oportunidade através do pagamento de cuidados externos (Novacovsky, 2010).

Os resultados da avaliação feita permitem descartar os argumentos contra o programa. Observam-se, ao contrário, efeitos positivos na economia das famílias (contribuição para a renda, diminuição da desigualdade) e nos níveis de atividade e emprego dos beneficiários.

A AUH contribui significativamente para a REDUÇÃO DA DESIGUALDADE DE RENDA,⁷ tanto dos lares receptores quanto do conjunto total das famílias urbanas e, além disso, aumenta sua capacidade de estender um direito pré-existente àqueles que estavam privados dele, um efeito de nivelamento de renda que é, por si só, virtuoso como uma contribuição à igualdade, entendendo que ela é valiosa por seu próprio mérito (Kliksberg, 2005; Dubet, 2011).

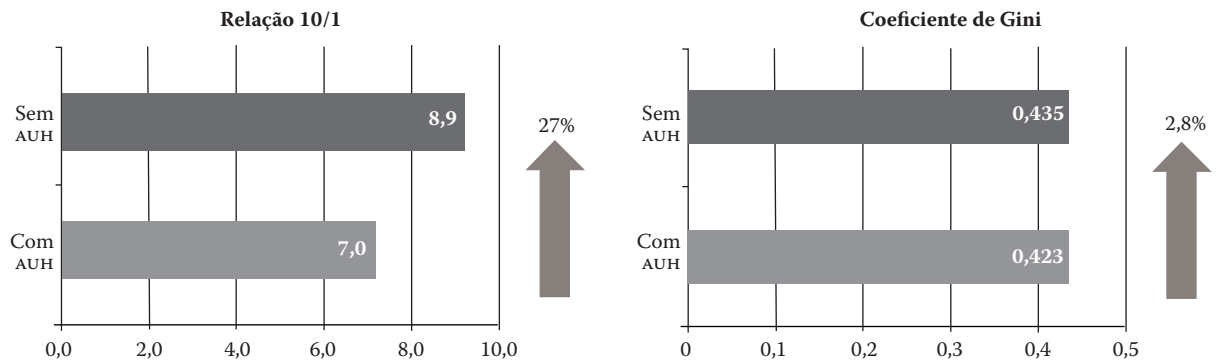
GRÁFICO 1
Impacto da AUH no coeficiente de Gini e na relação de renda do décimo e do primeiro decil da renda per capita familiar (RPCF) dos lares receptores da AUH



Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

⁷ Realizaram-se exercícios de simulação com a Pesquisa Anual de Domicílios Urbanos (EAHU, Encuesta Anual de Hogares Urbanos) feita pelo Instituto Nacional de Estadística y Censos em 2013 e com os dados da pesquisa de avaliação da AUH, a através da subtração das rendas da AUH.

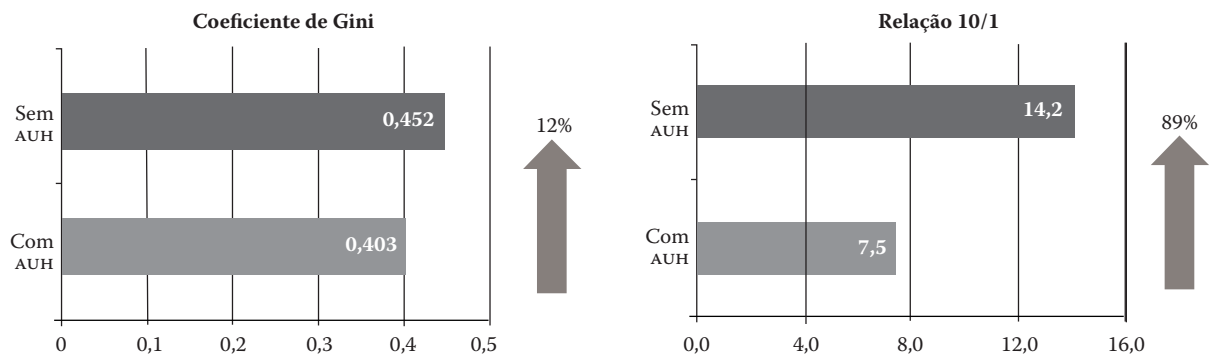
GRÁFICO 2
Impacto da AUH no coeficiente de Gini e na relação de renda do décimo e do primeiro decil da RPCF do total das famílias urbanas



Fonte: EAHU-Indec 2013 e Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

E, especialmente, permite reduzir as desigualdades de acesso à renda entre crianças e adolescentes. Assim, fica evidente que a AUH contribui para a redução da desigualdade nas etapas iniciais da vida e, portanto, contribui para a equidade no ponto de partida antes que as diferenças de oportunidades se tornem completamente irreversíveis.

GRÁFICO 3
Impacto da AUH no coeficiente de Gini e na relação de renda do décimo e do primeiro decil da RPCF em crianças e adolescentes



Fonte: EAHU-Indec 2013 e Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

O principal COMPONENTE DA RENDA DOS LARES RECEPTORES da AUH, é o trabalho, que equivale, em média, a quase 62% do total, enquanto que a participação da AUH equivale a quase um quarto da renda total dessas famílias. A renda de origem previdenciária representa em média 6% do total (tabela 1).

TABELA 1
Famílias beneficiárias da AUH
de acordo com a origem da renda familiar total
Porcentagem

Fonte de renda	%
Trabalho	61,7
Previdência	5,8
Programas sociais (sem a AUH)	1,6
AUH	24,6
Outras fontes	6,3
Total	100,0

Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

Quanto à renda oriunda da AUH, seu peso difere entre os diferentes segmentos dos lares receptores; desde domicílios onde constitui uma renda residual ou, pelo menos, pouco influente (não mais de 10% da renda total) até situações em que representa a maior parte dos recursos monetários disponíveis.

Em quase seis de cada dez lares receptores, a AUH não supera 20% da renda total. Em três quartos dos casos, não supera os 30%. Porém, no outro extremo, há uma pequena proporção de famílias para as quais a AUH representa um recurso essencial e em quase 5% dos casos, é a única renda disponível (tabela 2).

TABELA 2
Famílias beneficiárias da AUH
de acordo com a porcentagem da AUH na renda familiar total
Porcentagem

Participação da AUH na renda familiar total	%	% acumulado
Até 10%	27,2	27,2
Entre 10% e 20%	31,5	58,6
Entre 20% e 30%	16,5	75,1
Entre 30% e 40%	9,5	84,6
Entre 40% e 50%	4,6	89,1
Entre 50% e 60%	3,5	92,7
Entre 60% e 70%	0,7	93,4
Entre 70% e 80%	0,8	94,2
Entre 80% e 96%	1,2	95,4
A AUH é a única renda	4,6	100,0
Total	100,0	

Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

No caso das famílias monoparentais, a capacidade de obter rendimentos é diminuída devido à menor disponibilidade de mão de obra. Em média, a renda proporcionada pela AUH equivale a 32% (quase um terço) do total da renda disponível para essas famílias. Mas essa percentagem aumenta a quase 44% da renda total quando se trata de famílias que, se não contassem com a AUH, fariam parte do decil mais baixo do total urbano nacional. Nesta camada inferior estão quase dois terços das famílias monoparentais para as quais a AUH é crucial, pois representa quase a metade de sua renda (tabela 3).

TABELA 3
Famílias monoparentais beneficiárias da AUH em relação ao decil da RPCF do total urbano e a participação da AUH na renda total da família
Porcentagem

Decis de RPCF sem a AUH (dados da EAHU 2013)*	% de famílias	Participação da AUH na renda familiar total (%)
1°	64,1	43,8
2°	20,1	13,4
3°	13,1	8,5
4°	2,2	5,9
5°	0,7	4,6
Total	100,0	32,0

*Nenhuma família beneficiária da AUH incluída na pesquisa pertence aos decis 6 a 10 do total urbano.
 Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

O acesso à renda fornecida pela AUH não reduz a PROPENSÃO A SE INSERIR NO MERCADO DE TRABALHO por parte dos adultos. Pelo contrário, aumenta a propensão, tanto das mulheres quanto dos homens.

Entre os chefes de família homens, as taxas de atividade e emprego são significativamente maiores nas famílias beneficiárias e a percentagem de desemprego é menor. Quando se trata de mulheres, a atividade não mostra diferenças significativas, embora o nível de emprego seja mais elevado no grupo de tratamento e o desemprego seja menor (tabela 4).

Ou seja, os chefes de família que recebem a AUH estão mais inseridos no mercado de trabalho e suas tentativas de obter emprego são mais bem sucedidas. Ao mesmo tempo, nota-se um maior poder de escolha na procura de emprego em um contexto de aumento de atividade.

TABELA 4
Impacto da AUH nas taxas de atividade, emprego e desemprego
por grupos populacionais selecionados
Diferença GT-GC

Grupos populacionais	GT - GC	Significância
<i>População de 18 anos ou mais</i>		
Atividade	1,6	Não signif.
Emprego	5,0	0,01
Desemprego	-5,3	0,01
<i>Chefes de família (homens)</i>		
Atividade	7,3	0,01
Emprego	10,2	0,01
Desemprego	-3,6	0,1
<i>Chefas de família (mulheres)</i>		
Atividade	1,0	Não há sinal
Emprego	6,0	0,1
Desemprego	-7,1	0,05

Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

Outro ponto de debate está associado às condições de entrada no mercado trabalho dos beneficiários da AUH. Identificaram-se possíveis efeitos de incentivo a permanecer no mercado de trabalho informal e rejeição à possibilidade de emprego formal que geralmente significaria a perda da AUH.

De acordo com isso, poderia haver uma situação em que, principalmente os trabalhadores autônomos, recusariam entrar em uma atividade legalmente formal, por exemplo, como contribuintes únicos (*monotributistas*), especialmente no caso de atividades instáveis e com rendimentos variados. Nesses casos, poderia haver uma preferência por se manter na informalidade e garantir a estabilidade da renda fornecida pela AUH.

Outra leitura argumenta que muitas vezes atribui-se a permanência na informalidade à livre escolha dos trabalhadores e não se considera que, na maioria das vezes, resulta de uma estratégia empresarial para reduzir o custo da mão de obra. Bertranou e Casanova (2013) indicam que vários estudos empíricos feitos na Grande Buenos Aires (Banco Mundial-Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2008) mostraram que a informalidade era algo involuntário e que representa uma alternativa ao desemprego e à falta de renda.

A avaliação deste impacto foi feita através da informação qualitativa coletada, pois já que o benefício tem como requisito não trabalhar formalmente, não havia possibilidade de testar esta condição com o modelo quantitativo. Através da abordagem qualitativa, registraram-se as percepções das titulares da AUH sobre as vantagens de ter um emprego formal. Os depoimentos mostram a grande valorização

do trabalho “legal”, pois envolve uma série de vantagens em termos de segurança e benefícios associados:

Se eu puder escolher, eu prefiro um trabalho legal.

Porque eu tenho as contribuições, se eu adoecer, tenho direito a ficar em casa e receber do mesmo jeito... as contribuições são o mais importante.

[Você tem] seguro de saúde (obras social)” Você sabe que no fim do mês você tem o dinheiro.

Eu gostaria de trabalhar em uma escola, por exemplo. De porteira. Mas recendo legalmente. Mas hoje em dia eles pedem, pelo menos, ensino médio e computação... e eu tenho só o ensino fundamental.

Eu gostaria de ter a sorte dela que tem um marido que trabalha, com direitos à saúde... tudo é mais fácil. Um salário que dura o mês inteiro. Nós com 700 ou 1.000 pesos não vivemos o mês inteiro.

Eu gostaria de ter um emprego e não depender do salário universal. Eu trabalhei a vida inteira e ninguém me deu nada. Tudo o que eu tenho, eu mereci.

Eu gostaria de ter um bom salário.

[Com relação às vantagens do emprego formal] É muito bom. [Você tem] um salário para comprar algo... se houver um acidente, você tem cobertura. Não há exploração.

Além disso, entende-se que a passagem da informalidade à formalidade não implica a perda do benefício, pois os trabalhadores registrados, como já mencionado, recebem a AUH, além de outros benefícios (tais como contribuições de aposentadoria, férias, cobertura de saúde, entre outros).

Por outro lado, como parte dos impactos da AUH na participação dos membros dos lares receptores no mercado de trabalho, pode-se observar um efeito positivo nos indicadores de trabalho infantil. O trabalho infantil pode significar graves problemas para o desenvolvimento de meninas e meninos. Suas consequências são percebidas tanto na saúde quanto no desempenho escolar e pessoal.

O trabalho infantil é praticamente inexistente no segmento de 5 a 13 anos que recebem a AUH. Entre os adolescentes, as atividades de trabalho são mais significativas. A AUH reduz a propensão dos adolescentes a entrar no mercado de trabalho de forma precoce: este impacto é de -4,7 e -3,8 pontos (14 a 15 e 16 a 17 anos, respectivamente). Quanto às atividades de autoconsumo e tarefas domésticas, não se notaram diferenças significativas entre o grupo de tratamento e o de comparação (tabela 5).

TABELA 5
Impacto da AUH nas atividades econômicas de crianças
e adolescentes por grupo etário
Diferença GT-GC

Atividades econômicas	Faixa etária			Total
	5 a 13 anos	14 e 15 anos	16 e 17 anos	5 a 17 anos
GT - GC	0,1	-4,7	-3,8	-1,4
Signific.	Não signific.	0,15	0,15	0,15

Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

A menor participação de crianças e adolescentes em atividades econômicas é um sinal encorajador, relacionado não apenas com as transferências de renda recebidas pelas famílias, mas também com o efeito das corresponsabilidades que veremos a seguir.

O impacto das corresponsabilidades de saúde e educação

A AUH, assim como a maioria dos PTCs na América Latina, tem como objetivo principal contribuir para a diminuição da desigualdade para igualar as oportunidades, para o qual a educação e a saúde das crianças e adolescentes são pilares fundamentais.

Estas condicionalidades são determinadas levando em consideração que o acesso à educação e à saúde é um direito fundamental das crianças e adolescentes que deve ser garantido e protegido.

Através deste mecanismo, pretende-se que a população beneficiária adquira as capacidades educacionais e as condições de saúde que permitam interromper o ciclo intergeracional de reprodução da pobreza.

No caso das condicionalidades, o debate gira em torno da sua legitimidade e equidade. Existe uma oposição à situação assimétrica em que as alocações familiares contributivas não possuem tais condicionalidades. De fato, os trabalhadores registrados no sistema de seguridade social não devem comprovar a escolaridade nem os exames de saúde de seus filhos. Pelo contrário, eles recebem um subsídio adicional por escolaridade cobrado anualmente, embora este último sim exija um certificado de escolaridade. Além disso, não há sanção para os titulares do benefício cujos filhos não frequentam a educação formal (Mazzola, 2012).

Nesse sentido, foi dito que essa diferença esconderia uma suposição de que os setores que recebem esses benefícios precisam ser “obrigados”. De acordo com essa perspectiva, as condicionalidades significariam uma estigmatização e uma característica “paternalista” do Estado que as estabelece. Inclusive teriam um caráter “punitivo” ao suspender os pagamentos caso o cumprimento das condicionalidades não for comprovado.

Foi questionado o fato de que a AUH seja anunciada como um acesso a um direito mas que, ao mesmo tempo, imponha condicionalidades, afinal, os “direitos não possuem condições” (Zibecchi, 2008).

Na direção oposta, é possível argumentar que se não houvesse condicionalidades, os programas de transferência de renda em geral – e a AUH em particular – poderiam ser criticadas, e com certa razão, como sendo políticas de caráter “assistencialista”, pois não garantiriam o aumento das capacidades futuras dos beneficiários (CEPAL, 2012).

Alguns autores também apontam que, na prática, essas contradições se resolveriam a partir da avaliação positiva das condicionalidades por parte dos próprios titulares da AUH, como se observa em alguns depoimentos de pessoas envolvidas (Pautassi, Arcidiácono e Straschnoy, 2013; Mazzola, 2012). Como disse Mazzola (2012), “os requisitos de escolaridade e de vacinação não são vistos por aqueles que devem cumpri-los como uma perda de autonomia, mas como uma ‘obrigação-benefício’”. Nesse sentido, para os titulares, as condicionalidades dariam uma legitimidade social ao permitir que se considere o benefício como um rendimento obtido em troca de um esforço.

Em termos teóricos, uma forma de resolver a questão é se referir a esse fato como corresponsabilidades ao invés de condicionalidades. Como afirma Mazzola (2012), um direito não pode ser condicionado, portanto, deveríamos falar em qualquer caso de CORRESPONSABILIDADE em vez de condicionalidade. Ao estabelecer corresponsabilidades, elas se aplicam não só às pessoas, mas também ao Estado: o Estado deve garantir uma disponibilidade suficiente de serviços de saúde e educação.

Nesse sentido, argumenta-se que a demanda criada pelos programas de transferências condicionadas deve ser absorvida por uma oferta educativa e de saúde que muitas vezes não recebe investimentos adicionais ou não coordena ações com outros programas.

Em resposta a estas posturas, Novacovsky (2010: 22) declara:

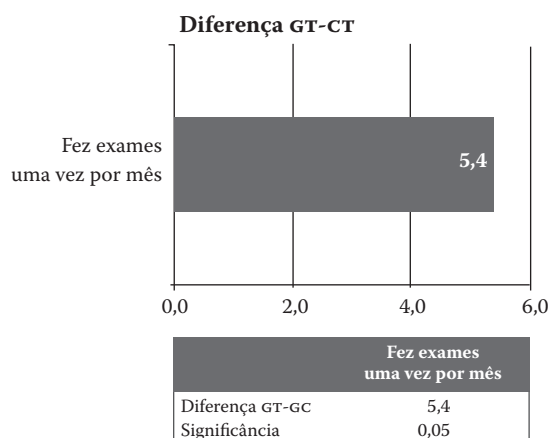
as condicionalidades alavancam a melhoria da oferta pública devido à própria pressão exercida pelas pessoas e prestadores dos serviços públicos confrontados com o dilema de não conceder o subsídio ou o risco de perder o benefício. Isto serve como um catalisador para a problemática. Os PTC também revelam o déficit oculto e os problemas de exclusão dos serviços de saúde e educação resultando em sua melhoria.

Quanto aos dados empíricos em termos de saúde e educação, os resultados da avaliação de impacto da AUH são muito encorajadores em ambas as áreas, o que responde os questionamentos sobre as corresponsabilidades, mostrando uma melhoria nos indicadores e uma resposta da oferta que permite, geralmente, absorver essa nova demanda.

Ao incluir os EXAMES DE SAÚDE como requisito para acessar e manter a AUH, identifica-se a condição de saúde como um fator chave que afeta a reprodução das condições de vida das famílias e tenta-se transformá-la.

As corresponsabilidades definidas pela AUH e pela Alocação por Gravidez (*Asignación por Embarazo*)⁸ cumprem o objetivo de garantir o monitoramento adequado da saúde durante a gestação (gráfico 4). Nota-se um impacto nos exames de saúde de 5,4 pontos percentuais, como resultado das diferenças observadas entre as mulheres com filhos de menos de 2 anos do grupo de tratamento e suas contrapartes no grupo de comparação.

GRÁFICO 4
Impacto dos exames durante a gravidez nas titulares da AUH
mães de crianças menores de 2 anos
Diferença GT-GC (em pontos percentuais)

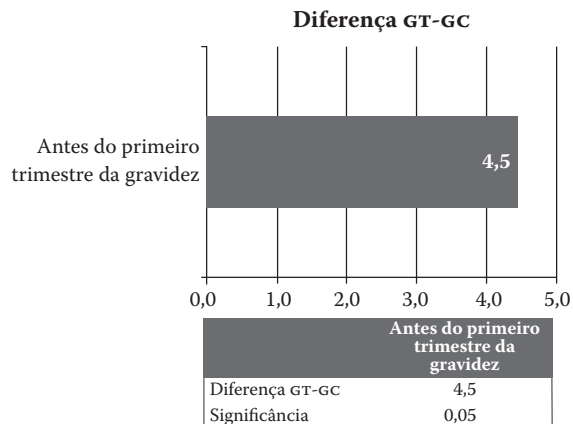


Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

A consulta precoce é essencial para poder acompanhar com precisão a evolução da gravidez. Perguntou-se às mães em qual mês da gestação estavam quando fizeram a primeira consulta pré-natal. Constatou-se que 95,7% das beneficiárias da AUH com crianças menores de 2 anos fizeram o primeiro exame de sua última gravidez durante o primeiro trimestre de gestação. Em termos de impacto, podemos dizer que a AUH contribuiu para aumentar o início precoce das consultas em 4,5 pontos percentuais; Isso garante um maior bem-estar da mãe e do feto (gráfico 5).

⁸ No início de 2011, a cobertura da alocação foi ampliada a mulheres grávidas, através do decreto 446/11: “foi decidido que as beneficiárias da Alocação por Gravidez para Proteção Social seriam mulheres desempregadas ou monotributistas sem qualquer benefício contributivo ou não contributivo, que trabalham no setor informal ou no serviço doméstico e que recebem um salário igual ou inferior ao salário mínimo vital [...] O objetivo deste subsídio é reduzir os níveis de mortalidade materna e mortalidade neonatal, evitáveis sempre e quando haja acesso ao atendimento médico. Consiste em um benefício monetário não retributivo mensal concedido às mulheres grávidas a partir da décima segunda semana de gestação até o nascimento ou a interrupção da gravidez” (Anses, 2012: 17).

GRÁFICO 5
Impacto da AUH em titulares mães de crianças menores de 2 anos
que realizaram a primeira consulta da gravidez antes do primeiro trimestre
Diferença GT-GC (em pontos percentuais)



Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

Os exames de saúde dos recém-nascidos são essenciais para a detecção precoce de doenças (lei 25.415).⁹ O contraste em relação ao grupo de comparação mostra que há um impacto positivo dos exames feitos antes do primeiro mês. O efeito da AUH explica 1,8 pontos percentuais do atendimento aos recém-nascidos; O atendimento precoce aumentou e os níveis de vulnerabilidade diminuíram em termos do risco de mortalidade neonatal (gráfico 6).

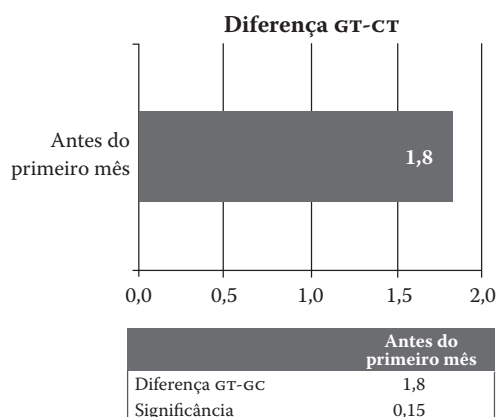
A grande maioria (94,2%) das crianças e adolescentes beneficiários da AUH faz os exames de saúde adequados para a sua idade.¹⁰ Em termos de impacto, observam-se contribuições significativas: o efeito da AUH explica o aumento de 7,1 pontos percentuais nos exames de saúde entre os menores de 17 anos e é também altamente significativo entre as crianças menores de 2 anos (7,8 pontos), o que contribui fortemente para o desenvolvimento psicomotor das crianças, garantindo ao mesmo tempo a aplicação do esquema de vacinação adequado.

⁹ O primeiro exame deve ser feito durante a primeira semana de vida do bebê. Nesta consulta, examina-se a capacidade auditiva e faz-se a detecção da perda de audição. Além disso, dentro das primeiras 72 horas de vida do bebê, realiza-se um exame de sangue (“teste do pezinho”) para detectar e tratar a tempo doenças metabólicas congênicas. Todos esses subsídios estão incluídos no Plano Nascer e no Programa Somar do Ministério da Saúde argentino.

¹⁰ Os exames de saúde e o cronograma de vacinas em dia são requisitos para a obtenção e permanência na AUH. As crianças e os adolescentes devem fazer exames de saúde com a seguinte frequência:

- Até 6 meses: mensal.
- Entre 6 e 12 meses: a cada dois meses.
- Entre o primeiro e segundo ano: a cada três meses.
- Entre 2 e 3 anos: semestral.
- A partir dos 3 anos: um exame anual.

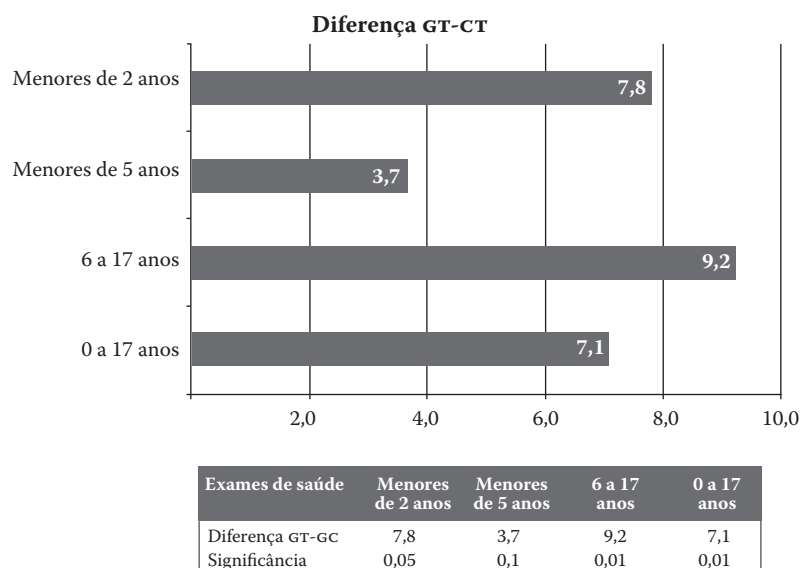
GRÁFICO 6
Impacto da AUH no primeiro exame do recém-nascido
Diferença GT-GC (em pontos percentuais)



Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

Além disso, observam-se importantes impactos entre crianças e adolescentes de 6 a 17 anos. A AUH mostra um aumento de 9,2 pontos percentuais nos exames de saúde para esta faixa etária (gráfico 7).

GRÁFICO 7
Impacto da AUH nos exames de saúde de crianças e adolescentes segundo a faixa etária
Diferença GT-GC (em pontos percentuais)



Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

Os impactos na saúde também se tornam evidentes no aspecto nutricional, o que contribui para uma melhor condição de saúde de crianças e adolescentes beneficiários da AUH. A renda das famílias constitui o principal determinante de seus hábitos de consumo. Portanto, ao aumentar como resultado da AUH, pode-se esperar uma transformação na forma em que essas famílias gastam seu dinheiro.

A comparação entre as famílias beneficiárias (GT) e o grupo de comparação (GC) evidencia diferenças favoráveis aos beneficiários no que diz respeito ao consumo de alimentos. A porcentagem de domicílios que aumentaram o consumo de alimentos essenciais para uma nutrição equilibrada, como carnes, frutas, legumes, leite e outros produtos lácteos, é significativamente maior no grupo de tratamento do que no grupo de comparação. As variações vão de 4,7 a 8,4 pontos percentuais no impacto sobre o crescimento do consumo (tabela 6).

TABELA 6
Impacto da AUH no consumo de alimentos
Diferença GT-GC

Consumem mais desde que passaram a receber a AUH...	GT-GC (%)	Sinal.
Peixe, carne ou frango	7,6	0,01
Leite	7,9	0,01
Frutas	5,8	0,01
Verduras	8,4	0,01
Produtos lácteos (iogurte, queijo, etc.)	7,1	0,01
Sobremesas para crianças	4,9	0,01
Guloseimas	4,7	0,01
Biscoitos doces	5,9	0,01

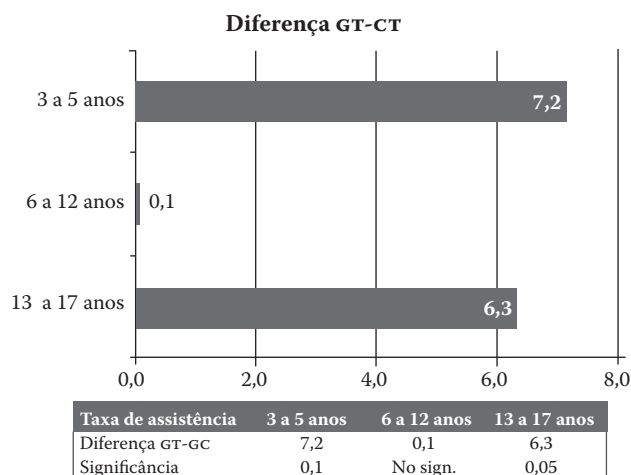
Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

Assim, a AUH prova-se como com um elemento intensamente complementar para melhorar a saúde infantil e reduzir os riscos de saúde, áreas em que o país tem avançado significativamente nos últimos anos, como foi observado em um relatório da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) em 2013.

Como já mencionado, um dos objetivos centrais da AUH é romper os mecanismos de reprodução intergeracional da pobreza. Para atingir este objetivo, prioriza-se o ACESSO E A PERMANÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO SISTEMA DE EDUCAÇÃO FORMAL. A seguir, apresentam-se os impactos alcançados pela AUH nos diferentes níveis de educação.

No nível inicial, pode-se ver que o efeito da AUH na escolaridade de crianças de 3 a 5 anos é encorajador. A presença da AUH explica o aumento de 7,2 pontos nas taxas de frequência escolar (gráfico 8).

GRÁFICO 8
Impacto da AUH nos níveis de frequência escolar de crianças e adolescentes de 3 a 17 anos*
Diferença GT-GC (em pontos percentuais)



* Inclui os adolescentes de 17 anos.

Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

Em vista dos resultados, podemos afirmar que a implementação da AUH contribui para garantir o acesso à educação desde os primeiros anos de vida, ao potencializar melhores resultados nessa etapa e aumentar as chances de sucesso escolar, saúde e futura inserção no mercado de trabalho.

No entanto, as possibilidades de entrar em jardins de infância não estão totalmente garantidas para todas as crianças, pela falta de uma oferta adequada no setor público. Este déficit prejudica principalmente os menores de 5 anos das famílias mais desfavorecidas, cujas oportunidades de estimulação precoce tornam-se limitadas. Esta situação também gera um condicionamento para a entrada no mercado de trabalho das mães ou dos familiares adultos encarregados do cuidado do lar. Assim, a possibilidade de obter uma renda adicional para melhorar as condições de vida da família fica limitada e, portanto, os motivos de exclusão se perpetuam.

Entre as crianças de 6 a 12 anos beneficiárias da AUH, observa-se um nível de assistência praticamente universal visto (99,9%). Deve notar-se que a universalidade da assistência ao nível primário é anterior à implementação da AUH. Em consequência, não há comprovação de impactos devido à inexistência de diferenças atribuíveis à AUH.

Quanto aos adolescentes, a retenção no ensino médio é fundamental devido às maiores taxas de deserção escolar registradas, por isso, os impactos da AUH são altamente significativos. Nessa faixa etária, registra-se uma frequência 6,3 pontos maior entre os adolescentes beneficiários da AUH.

Em suma, podemos dizer que, nas idades críticas (3 a 5 anos e 13 a 17 anos), as taxas de frequência são, no caso do grupo de tratamento, entre 6 a 7 pontos per-

centuais maior do que no grupo de comparação. Pode-se argumentar que, sem a AUH, 7 de cada 100 crianças que vão à pré-escola ou jardim, e 6 em cada 100 adolescentes do ensino médio estariam fora do sistema educacional (gráfico 8).

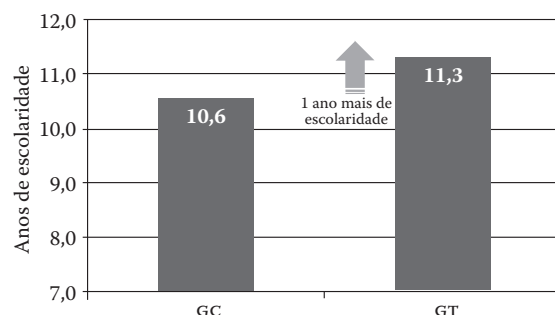
Portanto, o efeito de AUH sem dúvidas contribui para a redução das desigualdades no início do ciclo escolar, compensando os déficits de capital cultural das famílias. Na adolescência, o programa fornece as capacidades mínimas para entrar no mercado de trabalho em empregos de melhor qualidade.

O impacto da AUH na educação também pode ser medido em termos de número de anos de estudo. Calculou-se quantos anos de escolaridade os adolescentes de 14 a 17 anos completaram e compararam-se os dados do grupo de tratamento e do grupo de comparação. Como resultado, observa-se que os adolescentes beneficiários da AUH ganharam quase um ano (0,73) de escolaridade em relação aos seus pares das famílias do grupo de controle. Essa diferença equivale a um ganho de 132 dias adicionais de aula (gráfico 9).

Esta descoberta é encorajadora, pois os anos de escolaridade são uma grande influência sobre as trajetórias desses jovens.

Devido a um efeito de expansão que as corresponsabilidades exercem sobre a educação, a AUH mostra que, para os jovens entre 18 e 24 anos, há muito mais possibilidade de concluir o ensino médio. Se analisarmos o impacto entre o grupo de tratamento e o grupo de comparação, podemos afirmar que a AUH conseguiu reduzir em 7,8 pontos a proporção de jovens que não frequentam ou não terminaram o ensino médio (gráfico 10). Espera-se que os efeitos do PROG.R.ES.AR¹¹ potencializem ainda mais as melhorias nas trajetórias educacionais da população jovem das famílias vulneráveis.

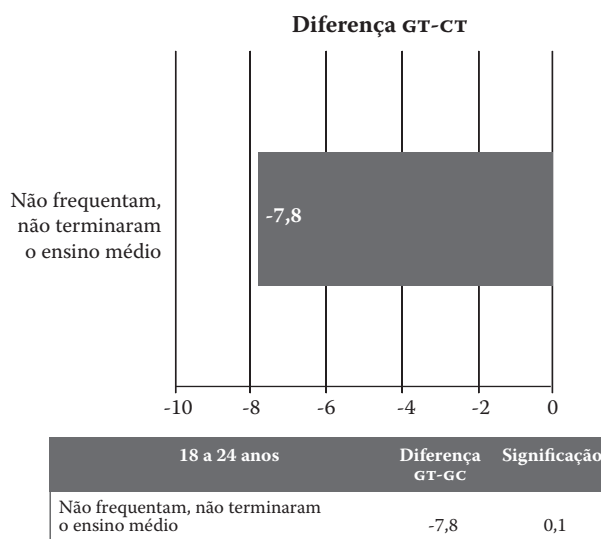
GRÁFICO 9
Impacto da AUH nos anos de escolaridade dos adolescentes de 14 a 17 anos
Diferença GT-GC (em pontos percentuais)



Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

¹¹ O Programa de Respaldo a Estudiantes de Argentina (Programa de Apoio aos Estudantes da Argentina) foi inaugurado a partir do ciclo letivo de 2014 para os jovens 18 a 24 anos que frequentam as instituições de ensino credenciadas pela Lei de Educação Nacional 26.206 e centros de formação profissional registrados no Ministério da Educação ou no Ministério do Trabalho, Emprego e Seguridade Social.

GRÁFICO 10
Impacto da AUH na educação dos jovens de 18 a 24 anos
Diferença GT-GC (em pontos percentuais)



Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

Há diversas declarações contidas nos dados qualitativos que descrevem a importância atribuída à AUH como motivadora da frequência escolar e do cuidado da saúde. A seguir, citam-se algumas com a finalidade de ilustrar essa noção, tão presente e valorizada pelas titulares:

Agora as mães os levam à escola. Sabe quantos eu conhecia que não levavam e nem se importavam com a criatura?

Isso as fez raciocinar: “Se eu não fizer o controle, não recebo o dinheiro.”

Temos de ser mais responsáveis com as crianças. Porque agora você tem de levá-los nos exames e antes você dizia... “Eu levo mês que vem”.

É melhor porque eles também monitoram a educação dos seus filhos. A minha irmã, que tem cinco filhos, não os levava à escola, nem ao médico. Com o caderno de registro, começou a fazer.

Muitas não mantinham o controle dos filhos, deixavam que eles se criassem sozinhos. Agora que elas têm seu dinheiro, atendem mais os filhos.

Antes você não via nenhuma, agora estão todas na salinha. Agora elas se vacinam. Há crianças que melhoraram sua alimentação.

Eu digo que, graças ao atribuição, não há vaga na escola. Nos bairros mais pobres, as pessoas não mandavam as crianças para a escola. Agora, se não mandarem, elas não podem receber. Agora é difícil encontrar uma vaga.

Há crianças que antes não iam à escola e agora vão. O importante é que isso faz bem para as crianças. Elas vão à escola e lá elas comem e, além disso, aprendem. Não vão ser como os pais, que são ignorantes.

Quando eu fiz o ensino médio, meu pai muitas vezes não podia me dar dinheiro para as fotocópias ou para a passagem e eu tinha que ficar. Agora não há muita desculpa...

Muitas crianças são motivadas para ir à escola.

Isso me força a obrigar a minha filha a ir. A de 12 não foi criada por mim, agora é minha responsabilidade. E a mais nova é mais consciente do que eu: “Eu tenho que ir, se não, não vão te pagar”. Ela diz que é como ir trabalhar porque ela vai e recebe um pagamento.

Acho que as crianças sentem que têm de ir porque cobram o benefício.

Meu filho tem um amigo de 17 anos que diz: “Eu tenho que ir à escola porque minha mãe recebe a AUH”.

Finalmente, as corresponsabilidades têm um impacto sobre a mobilidade e reprodução intergeracional da pobreza. A AUH conseguiu interromper o círculo vicioso onde a educação da mãe determinava os exames de saúde e a frequência e rendimento escolar de seus filhos. Nas novas gerações, é possível notar a continuidade e o ganho de anos de escolaridade; um terço dos adolescentes que recebem o benefício consegue uma mobilidade educacional maior que da mãe titular.

Este dado é 6 pontos percentuais mais favorável do que o do grupo de comparação (tabela 7).

TABELA 7
Impacto da AUH na mobilidade educacional ascendente
dos adolescentes de 15 a 17 anos em relação
à titular da AUH ou à potencial titular
Diferença GT-GC

	GT-GC	Sinal
Mobilidade ascendente	6,1	0,15

Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

Sem dúvida, a AUH permite um processo de mobilidade ascendente que está começando a tomar forma entre as famílias beneficiárias. Sua capacidade de interromper a dinâmica da reprodução intergeracional da pobreza é prova disso.

O impacto sobre a fecundidade

Foi dito que os programas de transferência de renda, na medida em que os benefícios crescem com o número de crianças presentes no domicílio, podem induzir um aumento no tamanho dos lares receptores, causada pelo aumento da natalidade. E isso, novamente por meio de um maior “peso demográfico”, poderia aumentar sua probabilidade de permanecerem pobres. Por outro lado, isso poderia estar ligado ao início precoce da maternidade e da paternidade nesse setor da população.

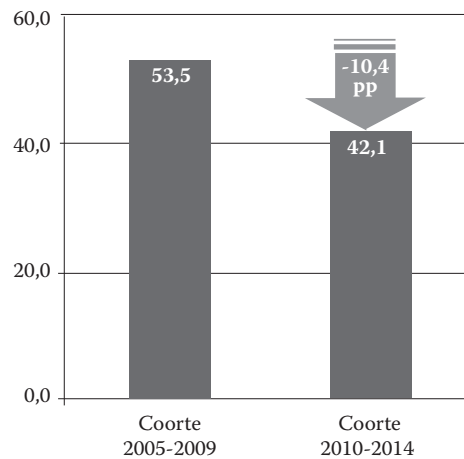
As mães jovens, que são uma proporção importante nos setores mais pobres, sofrem de um risco muito mais elevado do que a médias das mães da população [...] Seus níveis de desproteção durante a gravidez e o parto são consideravelmente maiores que a média. Isso impactará os números da mortalidade materna em jovens desfavorecidas e os riscos de complicações no parto. (Kliksberg e Sen, 2007)

No entanto, os supostos incentivos à fecundidade não estão baseados em evidência empírica, pois a taxa de natalidade total na Argentina vem claramente diminuindo, de acordo com as cifras dos últimos dois censos. A queda foi mais acentuada nas províncias com maior incidência da AUH.

Com relação à MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA, metade das titulares beneficiárias da AUH foram mães adolescentes. Mas se analisarmos o fenômeno em diferentes coortes, descobrimos que, a partir da implementação da AUH, a maternidade na adolescência diminuiu entre as titulares e as adolescentes beneficiárias da alocação. Os números indicam que 53,5% das beneficiárias que se tornaram mães entre 2005 e 2009 tinham menos de 20 anos e das mulheres que se tornaram mães no período entre 2010 e 2014 (considerado até fevereiro desse ano), apenas 42,1% eram adolescentes. Ou seja, houve uma redução de mais de 10 pontos percentuais na proporção de mães adolescentes entre as mulheres que recebem a AUH entre um período e o outro (gráfico 11).

A diminuição significativa entre uma coorte e outra está associada ao fato de que as adolescentes e jovens que recebem a AUH estão agora mais educadas e têm mais acesso a serviços de saúde, tanto para os exames quanto para a obtenção de informações e acesso a métodos anticoncepcionais que contribuem para o planejamento familiar.

GRÁFICO 11
Maternidade adolescente (até 19 anos) das beneficiárias da AUH
de acordo com a coorte
Porcentagem



Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

O impacto sobre os papéis de gênero

Surgiram críticas alegando que os programas transferência de renda contribuem para o reforço das orientações e papéis tradicionais de gênero, “maternizando” as mulheres ao induzi-las a abandonar a procura por emprego e dedicar-se ao cuidado dos filhos e ocupar-se da reprodução doméstica em detrimento da busca por independência econômica através do trabalho e do desenvolvimento pessoal (CEPAL, 2012).

Isto significa que, em vez de capacitar as beneficiárias ao designá-las como responsáveis pelo cumprimento das corresponsabilidades, reforçam o papel tradicional das mulheres, tanto em casa como na comunidade (López, 2004; Daeren, 2004; Adato et al., 2000; González de la Rocha, 2005; Arriagada e Mathivet, 2007).

Refutando essas hipóteses, a AUH parece redistribuir o “poder de negociação” intrafamiliar, e ao mesmo tempo diversificar as fontes de dinheiro, que é, sem dúvida, um elemento de poder (Wainerman, 2002). Neste ponto, é possível realizar o contraste com o grupo de comparação e detectar possíveis impactos da intervenção sobre a capacidade de decisão sobre a gestão do dinheiro. Este é um aspecto fundamental.

Comparou-se a declaração das titulares da AUH e das mulheres (titulares potenciais) do grupo de comparação sobre o membro da família responsável pelo fornecimento do dinheiro e pela tomada de decisões sobre os gastos. Em termos do fornecimento de recursos financeiros, a proporção de titulares da AUH identificadas como principais provedoras da família, é significativamente maior (8,5 pontos) do que entre as mulheres no grupo de comparação (tabela 8).

Quanto ao EMPODERAMENTO derivado da capacidade de determinação sobre o uso do dinheiro, a proporção de domicílios onde a gestão do dinheiro está sob a responsabilidade das mulheres é significativamente maior entre as famílias beneficiárias. A AUH contribui com 8,8 pontos percentuais para o empoderamento das mulheres (tabela 8).

A evidência empírica sustenta, portanto, a hipótese de um impacto “empoderador” da AUH sobre as mulheres titulares, ao proporcionar-lhes um maior controle dos recursos econômicos em suas famílias.

TABELA 8
Impacto da AUH na identificação do fornecedor principal e do decisor da família
Diferença GT-GC

Na sua casa, quem fornece a maior parte do dinheiro?	Diferença GT-GC	Significância
Titulares ou “potenciais” titulares	8,5	0,01
Na sua casa, quem decide em que e como o dinheiro é gasto?	Diferença GT-GC	Significância
Titulares ou “potenciais” titulares	8,8	0,01

Fonte: Pesquisa de Avaliação da AUH 2013-2014.

CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E DESAFIOS

Em apenas cinco anos de existência, o regime da AUH tem demonstrado uma capacidade extraordinária de reduzir as lacunas de desigualdade que separam as crianças e adolescentes (de renda, alimentação, educação e saúde) de famílias vulneráveis e excluídas do resto das crianças de outros setores sociais.

A AUH faz uma contribuição muito significativa para a redução da desigualdade de renda, tanto entre as mesmas famílias beneficiárias quanto para o conjunto total de domicílios urbanos. E, especialmente, permite reduzir as desigualdades de acesso à renda entre crianças e adolescentes. Assim, contribui de forma eficaz para implementar a equidade no ponto de partida, numa etapa inicial da vida que resulta decisiva, quando se define uma grande parte das futuras oportunidades.

A renda complementar e estável outorgada pela AUH representa, em média, um quarto do conjunto das rendas familiares e, para as famílias mais pobres, atinge 40%. Isso permitiu garantir a alimentação e um aumento na quantidade e na qualidade dos alimentos consumidos pelos beneficiários.

Destaca-se que o acesso à renda fornecida pela AUH não reduz a propensão a entrar no mercado de trabalho. Pelo contrário, aumenta a propensão, tanto das mulheres quanto dos homens.

Pode-se notar a este respeito que os acréscimos mais significativos ocorrem em itens sensíveis e prioritários (proteínas, lácteos, frutas e verduras), indispensáveis para uma nutrição saudável e equilibrada.

A evidência empírica desta avaliação sustenta a hipótese de um impacto empoderador da AUH sobre as mulheres, proporcionando-lhes mais controle dos recursos econômicos da família. É verdade que a carga da reprodução doméstica continua pesando de forma desproporcional sobre as mulheres; no entanto, a evidência empírica não permite afirmar que os papéis tradicionais de gênero são cristalizados como resultado do acesso à AUH.

Desde o início da infância, mediada pelas corresponsabilidades que garantem o atendimento de saúde (inclusive desde os exames pré-natais e o parto promovido pela implementação da Alocação por Gravidez para a Proteção Social), as crianças tem amplo acesso aos cuidados adequados e regulares determinados pelas normas nacionais e recomendações das organizações internacionais.

Como uma descoberta importante desta avaliação, vale a pena notar que, além do cumprimento ideal das corresponsabilidades que visam garantir a assistência em idades de educação obrigatória (pré-escola, fundamental e ensino médio), a AUH tem demonstrado uma grande capacidade de exercer um efeito de estímulo à frequência escolar dos mais novos, principalmente entre as crianças de 4 anos (oito de cada dez vão à escola). Isso traz vantagens para eles e para suas mães, que ganham tempo para se dedicar a outras atividades (principalmente de trabalho). A AUH contribui assim para reduzir a brecha de desigualdade com relação a outros setores sociais, neutralizando a estratificação de origem.

Entre os adolescentes de 14 a 17 anos, o retorno ao ensino médio e a maior retenção implica um ganho de quase um ano de permanência no sistema educacional. Este impacto se traduz no aumento do capital educacional das famílias deste grupo e aumenta as chances de melhorar as condições de vida no presente e no futuro. De fato, a melhoria no nível educacional dos adolescentes permitirá uma participação mais plena na sociedade, aumentará as possibilidades de obter um emprego de qualidade no futuro, além de frear a entrada prematura e precária no mercado de trabalho (especialmente no caso dos homens), reduzirá as probabilidades de realizar as tarefas domésticas pesadas que geralmente correspondem ao universo dos adultos (especialmente no caso das mulheres) e diminuirá as probabilidades de uma gravidez não desejada ou de iniciar uma maternidade e/ou paternidade precoce. Nesse último aspecto, a partir da comparação das coortes geracionais de mães que atualmente recebem a AUH, prévia e posterior à implementação do benefício, observa-se uma redução de 10 pontos percentuais no indicador de maternidade adolescente, um fator chave para o rompimento dos mecanismos de reprodução intergeracional da pobreza.

Devido a um efeito de expansão das corresponsabilidades, a AUH mostra que, para os jovens entre 18 e 24 anos, há muito mais possibilidade de concluir o ensino médio. Isso resulta em um efeito virtuoso duplo: por um lado, dá a esses jovens, que em muitos casos já são responsáveis por uma família, mais e melhores ferramentas para se adaptarem à oferta de trabalho no mercado formal que exige cada vez mais formação; por outro lado, garantirá que seus filhos mais velhos tenham uma maior probabilidade de traçar uma trajetória menos tortuosa que a sua própria e, portan-

to, evitará a reprodução das carências privação e as exclusões de sua família de origem. Portanto, não é estranho que, neste contexto, as titulares do benefício avaliem positivamente quase de forma unânime as corresponsabilidades impostas pelo programa.

Sem dúvida, a AUH permite um processo de mobilidade ascendente que está começando a tomar forma entre as famílias beneficiárias. Sua capacidade de interromper a dinâmica da reprodução intergeracional da pobreza é prova disso.

Podem ser identificados, no entanto, alguns desafios para expandir e fortalecer o sistema de proteção social na Argentina. Para garantir os resultados e impactos da AUH, é fundamental atualizar o valor do subsídio, que até agora tem sido constante.¹² No entanto, não há um mecanismo automático fixo e permanente para a atualização, portanto, seria essencial institucionalizar os aumentos.

Na área da saúde há certa dissociação entre a oferta pública a demanda gerada pela AUH. O acesso à consulta estimulado pelas corresponsabilidades deveria ser a porta de entrada para o exercício da medicina preventiva de qualidade bem como outros níveis de cuidados de saúde (incluindo o acesso a informações sobre o atendimento de saúde sexual e reprodutiva).

Com relação à educação, embora haja um progresso significativo de 4 anos na assistência às jardins-de-infância, ainda falta garantir o acesso gratuito e universal na primeira infância. Dado o déficit da oferta estatal de creches e jardins infantis, devem-se desenvolver estratégias que permitam atender à demanda.

Para o nível fundamental, observa-se que a assistência é universal, mas em um regime de meio período, porque o período integral consta de uma minoria, devido ao déficit da oferta. Isso significa um desafio pendente, pois dar a possibilidade às crianças de passar mais horas na escola geraria um impacto virtuoso, melhorando suas oportunidades no futuro e, ao mesmo tempo, diminuiria a carga sobre as mulheres que muitas vezes são forçadas a sacrificar horas de estudo e/ou trabalho para cuidar de seus filhos. Cumprir esse objetivo é também uma dívida, porque isso é algo definido pela Lei 26.206 de Educação Nacional 2006 (art. 28).

No nível médio, o desafio é acompanhar com sucesso a carreira escolar de um grande número de adolescentes, alguns com trajetórias educativas complicadas, marcadas por repetição e interrupções. O apoio educacional e um valor adequado do benefício para os adolescentes de 15 a 17 anos são apresentados como elementos fundamentais para encorajar a frequência e neutralizar a saída precoce ao mercado de trabalho.

Entre as estratégias de articulação e abordagem dos déficits, seria importante estabelecer que os beneficiários da AUH tenham prioridade nas creches e jardins infantis, nas escolas de dupla escolaridade, no reforço escolar, nas atividades esportivas e culturais, nos programas para a conclusão do ensino de jovens e adultos, nos benefícios de saúde, nos descontos nos meios de transporte e nas taxas de ser-

¹² Em junho de 2015, o Poder Executivo anunciou a apresentação ao Congresso de uma lei que prevê um mecanismo de atualização automática do montante.

viços públicos, nos programas de fomento ao emprego, nos microcréditos, nos programas de moradia, na prestação de serviços e infraestrutura e no acesso à internet, etc. Esta proposta pode ser abordada a partir de diferentes perspectivas complementares, dando prioridade a beneficiários individualmente e/ou priorizando o investimento e a intervenção nas áreas geográficas, escolas, centros de saúde, etc., onde estão concentrados os destinatários da AUH.

Com a finalidade o sistema de proteção social, será preciso oferecer aos beneficiários da AUH ações integrais, interministeriais e interjurisdicionais com relação a certos grupos e problemáticas, como famílias numerosas, cuidado das crianças, gravidez na adolescência, trabalho infantil, abandono escolar de adolescentes, entre outros.

Em suma, a AUH constitui, por sua natureza, seu impacto e a possibilidade de alcançar a maioria da população mais vulnerável, uma porta de entrada para o sistema de políticas sociais. Conseguiu-se integrar as prestações contributivas e não contributivas de forma que se gerou um verdadeiro *sistema de proteção social*. O problema da desigualdade e da pobreza requer uma abordagem integral, devido à multiplicidade de fatores que atuam simultaneamente como causas e efeitos de sua produção e reprodução. Nesse sentido, seria essencial avançar em duas direções: Por um lado, aprofundar a articulação com outras políticas, programas e benefícios sociais e, por outro, abordar os déficits existentes. Neste sentido, é necessário estabelecer regras, procedimentos e circuitos para institucionalizar uma *rede de proteção e inclusão social*, deixando para trás assim, e definitivamente, as velhas concepções de programas sociais tradicionais focalizados na base das necessidades conjunturais.

Finalmente, os resultados que emergem desta avaliação são descobertas encorajadoras sobre o caminho perseguido pela AUH após cinco anos de sua implementação. Os avanços na educação, na saúde, renda e na inclusão social, assim como na formação e extensão do sistema de seguridade social, assim o demonstram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adato, M., B. de la Brière, A. Quisumbing y D. Mindek (2000). *The Impact of Progress on Women's Status and Intrahousehold Relations*. Washington DC: International Food Policy Research Institute.
- Anses (2012). *La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en Perspectiva*. Observatorio de la Seguridad Social, Administración Nacional de la Seguridad Social.
- Arriagada, I. y C. Mathivet (2007). *Los programas de alivio a la pobreza. Puente y oportunidades. Una mirada desde los actores* (Serie Políticas Sociales N° 134). Santiago do Chile: CEPAL- Nações Unidas.
- Campbell, D. y J. Stanley (1973). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.

- CEPAL (2012). *Los bonos en la mira. Aporte y carga para las mujeres*. Santiago do Chile: Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e o Caribe.
- Daeren, L. (2004). *Mujeres pobres: ¿prestadoras de servicios o sujetos de derecho? Los programas de superación de la pobreza en América Latina desde una mirada de género*. Documento preparado para la reunión de expertos Políticas y programas de superación de la pobreza desde la perspectiva de la gobernabilidad democrática y el género, Unidade da Mulher CEPAL-Conamu, Quito, agosto.
- Dubet, F. (2011). *Repensar la justicia social. Contra el mito de la igualdad de oportunidades*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- FAO (2013). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*. Santiago do Chile: Food and Agriculture Organization.
- González de la Rocha, M. (2005). *Familia y política social en México. El caso de Oportunidades*, ponencia presentada a la reunión de expertos “Políticas hacia la familia, protección e inclusión sociales”, CEPAL, Santiago do Chile, 28-29 de junho.
- Isuani, A. (2010). Presentación en *Asignación Universal por Hijo*, ciclo de conferencias organizado pela Asociación Argentina de Políticas Sociales (AAPS), pela Red Argentina de Ingreso Ciudadano (REDAIC), com o apoio da Unicef Argentina e a colaboração da Asociación Mutual Israelita Argentina.
- Jalan, J. y M. Ravallion (1998). *Income Gains from Workfare: Estimates for Argentina's TRABAJAR program using matching methods*. Washington D.C.: Development Research Group-Banco Mundial.
- Kliksberg, B. (2005). *La agenda ética pendiente de América Latina*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kliksberg, B. (2011). *Escándalos éticos*. Buenos Aires: Temas.
- Kliksberg, B. y A. Sen (2007). *Primero la gente*. Barcelona: Deusto.
- Lazo, T. y E. Philipp (2003). Uso de la regresión logística para la construcción de un grupo de control, en S. Lago Martínez, G. Gómez Rojas y M. Mauro (Coords.). *En torno de las metodologías: abordajes cualitativos y cuantitativos*, Buenos Aires: Proa XXI.
- López, G. (2004). *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (antes Progresá)*, ponencia presentada a la reunión de expertos Políticas y programas de superación de la pobreza desde la perspectiva de la gobernabilidad democrática y el género, Quito, CEPAL-Conamu, agosto.
- Matarazzo Suplicy, E. (2002), De la renta mínima a la renta básica. La reciente evolución de un instrumento de combate a la pobreza y a la desigualdad, *Agalia*, 71-72.
- Mazzola, R. (2012). *Nuevo paradigma. La asignación universal por hijo en la Argentina*. Buenos Aires: Centro de Estudios y Desarrollo de Políticas (CEDEP)/Prometeo.
- Novacovsky, I. (2010). Apresentação em *Asignación Universal por Hijo*. Ciclo de conferencias organizado pela Asociación Argentina de Políticas Sociales

- (AAPS), pela Red Argentina de Ingreso Ciudadano (REDAIC), com o apoio da Unicef Argentina e a colaboração da Asociación Mutual Israelita Argentina.
- Pautassi, L., P. Arcidiácono y M. Straschnoy (2013). *Asignación Universal por Hijo para la Protección Social de la Argentina. Entre la satisfacción de necesidades y el reconocimiento de derechos*. Santiago do Chile: CEPAL/UNICEF.
- PNUD (2010). *Informe regional para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la pobreza*. Nueva York.
- Rosenbaum, P. y D. Rubin (1985). The central role of propensity score in observational studies for causal effects, *Biometrica*, 70.
- Zibecchi, C. (2008). Programas de transferencias de ingresos. ¿Más condicionalidades y menos derechos para madres pobres? Un análisis en base a tres experiencias en América Latina, *Aportes Andinos*, 21.