

Marzo, 2025, Mendoza

LA AUH Y SUS CONDICIONALIDADES. ESTRATEGIAS PARA AFRONTARLAS.

Tesista: Valentina Alvarez Piticchio

Director: Dr. Juan Carlos Aguiló

Co-Directora: Mgter. Maria Rosa Goldar

Carrera: Licenciatura en Trabajo Social

Universidad Nacional de Cuyo





Índice:

Agradecimientos:	4
Introducción	5
Capítulo 1: Caracterización de la AUH y sus condicionalidades	8
¿Qué es la Política Social?	9
Campo de la seguridad social	11
Asignación Universal por Hijo (AUH)	13
Requisitos para acceder a la AUH.....	14
Montos durante los meses de trabajo de campo:	15
Programa Alimentar y Plan 1000 días	16
Condicionalidades de la Política.....	17
Capítulo 2: Marco teórico y Metodología del trabajo.	20
Informalidad laboral.....	21
Salud pública y su acceso.....	22
Estrategias de las mujeres.	23
Conclusión del marco teórico	26
Metodología.....	28
Planteamiento del problema.....	28
Consideraciones Metodológicas.....	29
Contextualización y caracterización del Centro de Salud y Unión Vecinal	30
Centro de Salud N°18.	30
Unión Vecinal.....	32
Conclusión de la Metodología	33
Capítulo 3: Percepción sobre la AUH y sus condicionalidades.	35
Percepción de los profesionales de la salud sobre la AUH y sus condicionalidades	36
Percepción de la Unión Vecinal sobre la AUH y sus condicionalidades.....	39
Percepción de las mujeres receptoras de la Asignación Universal por Hijo	42
Capítulo 4: ¿Cómo Resolver la Condicionalidad en Salud?	45



Estrategias Reales de las Mujeres Receptoras de la AUH	46
Percepción del Personal de Salud sobre las Estrategias de las Mujeres	48
El Rol de la Unión Vecinal en el Acceso a la Salud	49
Facilitadores y obstaculizadores en el acceso a la salud.....	51
Consideraciones Finales.....	55
Bibliografía:.....	58



Agradecimientos:

A mi familia, mi mamá y mi papá que siempre estuvieron acompañándome en cada momento, desde la elección de la carrera hasta esta instancia.

A mi pareja, quien estuvo presente siempre, en cada momento de crisis y en cada festejo después de cada logro, quien hizo ver que todo el esfuerzo iba a valer la pena

A mis compañeres de estudio, quienes siempre me acompañaron, se amoldaron a mis horarios, y nunca me soltaron la mano para que este camino por la facultad sea siempre mas lindo.

A mis amigas de siempre, que me celebraron cada logro, que me acompañaron en cada momento y siempre me entendieron.

A mis compañeros de trabajo, quienes siempre me recordaron que la prioridad era el estudio y terminar la carrera.

A mi director y codirectora de este trabajo final, por la dedicación y compromiso en este proyecto. A la Universidad y Educación publica que me permitieron formarme como profesional, que me permitió conocer compañeres y docentes que me marcaron para siempre.



Introducción

El propósito de esta tesis es ofrecer un análisis profundo e innovador sobre las estrategias utilizadas por las mujeres receptoras de la Asignación Universal por Hijo (AUH) para cumplir con las condicionalidades de salud de dicha política. Se parte de la premisa de que el cumplimiento de estas condicionalidades presenta diversas dificultades, especialmente en lo que respecta al acceso a los servicios de salud.

La AUH es una política pública destacada por su enfoque en los derechos sociales, que ha permitido la extensión de las asignaciones familiares a aquellas familias cuyo principal sostén es un trabajador en situación de desempleo o con empleo informal. Esta política ha suscitado un debate sobre la búsqueda de igualdad social y ha colocado al Estado como responsable de garantizar la equidad en el acceso a derechos fundamentales, como la educación y la salud (Aguiló, Neri, Lobos y Rubio, 2011). Sin embargo, a pesar de su alcance, la implementación de la AUH enfrenta desafíos significativos relacionados con su permanencia y la efectividad en su ejecución. En particular, los requisitos para acceder a la asignación incluyen dos condicionalidades esenciales: la asistencia escolar de los niños, niñas y adolescentes y el cumplimiento de los controles médicos y el calendario de vacunación. El acceso efectivo a los servicios de salud necesarios para cumplir con estas condiciones es, por lo tanto, un componente clave para asegurar el éxito de la política.

La investigación se desarrolla en el contexto de 2024, un año marcado por un cambio de gobierno en Argentina, caracterizado por una agenda económica liberal que promueve el libre mercado, la reducción del tamaño del Estado y la eliminación de regulaciones económicas. Aunque la AUH se mantiene como una de las políticas más estables, el contexto económico y político impacta negativamente en las condiciones de vida de las familias, particularmente en lo que respecta a la accesibilidad al sistema de salud, afectado por una reducción en el gasto público. Además, el actual gobierno promueve una perspectiva individualista, reflejada en discursos de odio ¹que se han trasladado a las políticas institucionales.

¹ INADI: Los discursos de odio son narrativas sociales que circulan y se reproducen principalmente en el espacio público, ya sea en los medios de comunicación, redes sociales e internet, y que transmiten prejuicios y estereotipos negativos sobre un grupo o colectivo de personas en particular, teniendo por objetivo justificar, legitimar e incitar la confrontación y/o la violencia social de un sector de nuestra sociedad sobre otro. (2023)



En este marco, se examina también el rol de las organizaciones sociales, especialmente en relación con el cumplimiento de las condicionalidades de salud. Algunas perspectivas sostienen que hay una fuerte incidencia de las organizaciones sociales o barriales respecto al cumplimiento de la condicionalidad de salud, es nuestro objetivo describir y analizar si estas intervenciones se verifican en el barrio en estudio.

Este trabajo es fundamental dentro del ámbito del Trabajo Social, ya que permite visibilizar las dificultades que enfrentan las mujeres receptoras de la AUH para cumplir con las condicionalidades de salud, un aspecto clave para el acceso a la política. La investigación pone de manifiesto la importancia de comprender los contextos sociales y económicos en los que estas mujeres se desarrollan, reconociendo sus estrategias de resistencia y adaptación frente a las barreras del sistema de salud. Además, pone en evidencia el rol central de las organizaciones sociales y los profesionales del Trabajo Social en la mediación y acompañamiento de estas familias, contribuyendo a la identificación de soluciones colectivas que favorezcan el acceso a servicios. De esta manera, este trabajo no solo aporta al análisis de una política pública en particular, sino que también ofrece una mirada crítica sobre el trabajo comunitario y la intervención profesional, enfocada en mejorar las condiciones de vida de los sectores más vulnerables.

El trabajo de campo se realizó en el Centro de Salud N° 18, ubicado en el Barrio Espejo del Departamento de Las Heras. La elección de este espacio se debe a que ya había realizado previamente mis prácticas profesionales allí, lo que me permitió contar con un conocimiento previo del contexto y de la dinámica local.

La estructura del trabajo se organiza de la siguiente manera:

En el **Capítulo 1** se aborda la caracterización de la AUH y sus condicionalidades, con una revisión del estado de la cuestión.

El **Capítulo 2** presenta el marco teórico que sustenta la investigación, así como la metodología empleada.

En el **Capítulo 3**, se exploran las percepciones sobre la política y sus condicionalidades de los diferentes actores involucrados: el personal del Centro de Salud, los miembros de la Unión Vecinal y las propias mujeres receptoras de la AUH.



Finalmente, en el **Capítulo 4** se analiza cómo las mujeres resuelven el cumplimiento de las condicionalidades en salud, las estrategias que emplean y el papel de los profesionales del Centro de Salud y la Unión Vecinal en estas estrategias.

En la conclusión se sintetizan los hallazgos más relevantes de la investigación.



Capítulo 1: Caracterización de la AUH y sus condicionalidades

La Asignación Universal por Hijo (AUH) es una de las acciones, intervenciones más relevantes en la política argentina contemporánea. Este capítulo tiene como objetivo analizar la caracterización de la AUH, profundizando en su estructura, funcionamiento y condicionalidades.

Existen numerosos estudios sobre la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social, y estos han abordado la política desde diversas perspectivas. Algunos han centrado su análisis en la accesibilidad y el impacto en la reproducción doméstica (Aquin y otros, 2012), mientras que otros centran el enfoque en el rol de los agentes escolares (Villareal, 2016), la condicionalidad en materia de salud (Goldschmit, 2018), los roles de género (Bonavitta, 2017) o interpretaciones institucionales sobre la política (Aguiló, 2022)

En esta sección se examinarán los antecedentes históricos y teóricos de la política social nombrada. Se comienza con un análisis de los desarrollos históricos claves que han dado forma a la investigación.



¿Qué es la Política Social?

Para definir a la política social, es necesario tener en cuenta diferentes conceptos que permitan dar cuenta de su complejidad y dinamismo. En el texto de Neri (2023), podemos dar cuenta de diferentes definiciones del concepto en cuestión.

Algunos autores, como Montagut, consideran a la política social como “el desarrollo y dirección de los servicios específicos del Estado (...), que tendrían como finalidad paliar determinados problemas sociales o perseguir objetivos percibidos como respuesta a tales problemas”. (p.1)

Por otro lado, tenemos autores como Luis Moreno, que encuentran la relación del concepto ligado a la noción de bienestar, ya que lo define como “aquellas intervenciones públicas que pretenden disminuir los riesgos vitales y el aumento del bienestar.” (p.3)

También la autora cita a Andrenacci, quien pone el concepto en cuestión ligado a los procesos del mundo capitalista, ya que la considera como “todas aquellas intervenciones públicas que regulan las formas en que la población se reproduce y socializa -sobrevive físicamente y se inserta en el mundo del trabajo- y en los espacios socioculturales, y que además protegen a la población de situaciones que ponen en riesgo esos procesos” (p.4)

A partir de estas definiciones, podemos dar cuenta que la política social va a depender del contexto histórico-social que se esté atravesando, a la comunidad en cuestión, los temas que se pongan en agenda y demás. Por lo cual, podemos ver que, a lo largo de la Historia Argentina, la misma fue tomando forma de diferentes maneras dependiendo de lo nombrado anteriormente. Aguilo (2021) considera que el análisis histórico concreto no sólo nos permitirá especificar las conceptualizaciones del fenómeno de las políticas sociales, sino que las determinará notablemente, debido a que, en cada etapa histórica, cada sociedad define los umbrales mínimos por debajo de los cuales un sujeto o grupo de personas puede hacerse acreedor de una prestación estatal (p.8)

El Estado de Bienestar en Argentina surge con el peronismo clásico, en el cual se terminaron de configurar las formas de la política social. Es decir, se realiza una extensión de las intervenciones del Estado.



A partir de la crisis a nivel mundial, con la caída de Wall Street y las consecuencias producto de la guerra, en Argentina comienza en 1930 un Modelo de Acumulación por Sustitución de Importaciones (ISI). Como consecuencia de la expansión del mercado interno, se crearon más puestos de trabajo, lo cual derivó en el pleno empleo, generando así, migraciones del campo a la ciudad y el crecimiento de las urbes. Al verse reflejada la conflictividad social, se consolidó un nuevo tipo de intervención social, protegida y regulada por el Estado, basada principalmente en la figura del trabajador asalariado. Veremos que la política social juega un papel muy importante en este momento, ya que tenía como objetivo mitigar las desigualdades y mejorar la calidad de vida de la población.

Sin embargo, podemos ver cómo a partir de la dictadura cívico-militar en el año 1976 comienza un proceso que termina de consolidarse a fines de los años '80.

En primer lugar, es importante destacar que la dictadura militar implementó un modelo económico basado en políticas neoliberales que buscaban desmantelar el estado de bienestar y favorecer los intereses de las grandes empresas y el capital extranjero. En cuanto a la política social, la misma tuvo un enfoque represivo y de control, ya que iba contra todas aquellas personas que consideraba “subversivas”, lo que resultó en desapariciones forzadas y tortura entre muchas otras cosas, violando los derechos humanos de los/las ciudadanos/as.

A partir de 1983, al finalizar la dictadura militar y con la vuelta a la democracia de la mano de Raúl Alfonsín, el gobierno estuvo acompañado por un impulso renovado hacia políticas de inclusión social y derechos humanos. Sin embargo, este período estuvo marcado por una profunda crisis económica que limitó la capacidad del Estado para llevar a cabo políticas sociales efectivas.

En los años 90, Argentina experimentó un importante cambio en su modelo económico con la implementación de políticas neoliberales bajo el gobierno de Carlos Menem. El mismo, estuvo signado por la crisis económica, política y social, por el endeudamiento externo, la privatización de empresas públicas, la reducción del gasto público, desregulación del mercado y de la economía, flexibilización laboral, entre otras. Lo cual provocó un debilitamiento de los servicios sociales y una reducción en la protección social para los sectores más vulnerables de la sociedad.

Con la llegada al poder del gobierno de Néstor Kirchner en 2003, se implementaron políticas orientadas hacia un enfoque más inclusivo y redistributivo. Se



restablecieron los programas de asistencia social, se aumentaron las inversiones en educación y salud, y se promovieron políticas de empleo y desarrollo económico. Estos esfuerzos contribuyeron a una recuperación económica y a la reducción de la pobreza y la desigualdad social.

Durante el gobierno de Mauricio Macri (2015-2019), se implementaron políticas de corte neoliberal que incluyeron recortes en el gasto público y la reducción de programas sociales. Esto provocó un aumento en la pobreza y la desigualdad, y generó críticas sobre la efectividad de las políticas económicas y sociales del gobierno. Sin embargo, con el retorno del peronismo al poder en 2019, se buscó revertir estas medidas y fortalecer nuevamente la política social.

La pandemia de COVID-19 ha presentado nuevos desafíos para la política social en Argentina. Se implementaron medidas de emergencia como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) y el Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP) para mitigar el impacto económico y social de la crisis sanitaria. Sin embargo, la pandemia también ha exacerbado las desigualdades preexistentes y ha destacado la necesidad de políticas sociales más sólidas y efectivas, poniendo a prueba la capacidad del estado para garantizar el bienestar de todos los ciudadanos.

Podemos dar cuenta que, en la actualidad, la inflación, la falta de empleo formal y el incremento de la informalidad laboral son obstáculos que dificultan la efectividad de las políticas sociales.

Campo de la seguridad social

Olmos y Silvanos (2011) plantean que “a través del seguro social el Estado intervino en las relaciones laborales haciéndose cargo de la precarización y la inseguridad que hasta ese momento se expresaron en el fenómeno de la cuestión social” (p.5). Por lo tanto, veremos que los Estados de Bienestar, comenzarán a implementar los mismos tomando de referencia a los siguientes sistemas:

Por un lado, Otto Von Bismarck, un político alemán que complementó un papel fundamental en la unificación de Alemania y en la configuración de las políticas del Imperio Alemán en la segunda mitad del siglo XIX. (Olmos, Silva; 2011)

Su aporte más conocido fue el establecimiento del Seguro Social Obligatorio, el cual respondía a fuertes demandas de los trabajadores, la presión de la iglesia y de los



grupos políticos. Este, fue adoptado por diversos países del continente europeo y americano. En el mismo podemos encontrar: El Seguro contra Accidentes (1881), el Seguro contra Enfermedad (1883), el Seguro de Vejez e Invalidez (1889) y, por último, el Código de Seguros (1911). (Olmos, Silva; 2011)

Por otro lado, tenemos la propuesta de William Beveridge en el siglo XX, un político inglés, que propone un sistema generalizado de seguros sociales, con el objetivo de cubrir a todos los ciudadanos en cuanto a necesidades comunes. Su propuesta consta de un programa completo de seguros sociales y servicios afines para trabajadores y no trabajadores. Entre sus principios básicos podemos encontrar el de la justicia, la oportunidad razonable de realizar un trabajo productivo, la certeza de contar con un ingreso suficiente para estar cubierto de la indigencia y la defensa de la familia como unidad social. (Olmos, Silva; 2011)

Curcio (2011) define a la seguridad social como “El conjunto de regímenes y normas adoptadas por el Estado, que tienen como objetivo mantener el nivel de vida de la población y asistir a los necesitados, mediante prestaciones de dinero y servicio, cuando son afectados por contingencias y consideradas socialmente protegibles” (p.33)

En Argentina podemos ver que se consolida un sistema de seguridad social a partir del gobierno peronista en 1943, que protegía a la población ante los riesgos de la vida activa tales como vejez, enfermedad y accidentes de trabajo, entre otros

Si bien el gobierno se fundamentaba en discursos universalistas, podemos dar cuenta que nos encontrábamos en un “híbrido institucional”. El mismo combinaba formas universalistas como es el caso de una parte del sistema de salud y el sistema educativo y formas corporativistas de protección social, en el sistema previsional, asignaciones familiares y parte del sistema de salud.

Al igual que la política social, la misma ha tomado diferentes formas a lo largo de la historia, ya que las redes de seguridad social tradicionales encontraron límites para lograr una protección social, debido a que, como dice Laura Neri (2023) “las condiciones de acceso al mercado de trabajo han sido mayormente precarias, por lo cual se vio reducida tanto la capacidad de compra de bienes y servicios como la posibilidad de acceder a esquemas de seguridad social y garantías laborales” (p.4)

Asimismo, es relevante tener en cuenta cómo ha influido el campo asistencial, ya que tienen una influencia significativa en diversos aspectos sociales, económicos y



políticos. No obstante, pueden existir dos posicionamientos predominantes en torno a las mismas:

Por un lado, puede considerarse que tienen un impacto significativo en la reducción de la pobreza proporcionando recursos básicos a aquellos que los necesitan, pueden ayudar a reducir las disparidades socioeconómicas al proporcionar recursos adicionales a grupos marginados o desfavorecidos, lo que puede contribuir a una mayor igualdad de oportunidades, también generan mejoras de la salud y bienestar a la vez que evita tensiones y conflictos derivados de la desigualdad extrema o la falta de recursos básicos.

Sin embargo, también hay quienes sostienen que es importante tener en cuenta que las políticas asistenciales pueden plantear desafíos, como la dependencia excesiva del gobierno, la falta de sostenibilidad financiera a largo plazo y posibles efectos negativos en la incentivación del trabajo. Por lo tanto, el diseño y la implementación efectiva de estas políticas son fundamentales para maximizar sus beneficios y minimizar sus riesgos.

Es así y de acuerdo con Aguilo (2021) que la política social consta de dos tipos de fenómenos:

Por un lado, están las acciones concretas que el estado realiza en las denominadas áreas sociales y por el otro está toda la gama de discursos, producidos desde los ámbitos académicos, técnico o político, que pretenden dar cuenta respecto a los objetivos y formas que toman y/o deberían tomar esas acciones estatales. (p.7)

Es decir, este trabajo comprenderá a la política social de manera integral, teniendo en cuenta el contexto histórico en el cual se desarrolla y, a su vez, analizando los objetivos que persigue. Es fundamental analizar una política social concreta teniendo en cuenta el Estado en el que se implementa, el modelo económico vigente y la sociedad contemporánea. Además, lo mencionado anteriormente influenciara en la producción académica y en las discusiones en torno a la política en cuestión.

Asignación Universal por Hijo (AUH)

Es posible rastrear las primeras experiencias de transferencias de ingresos relativamente amplias en Argentina durante la década de 1990. En el contexto de las reformas estructurales y los elevados niveles de desempleo, se implementaron una serie



de programas de empleo fragmentados y de baja cobertura. Entre estos programas destaca el Plan Trabajar de 1995, que marcó la primera experiencia masiva de programas sociales con transferencias monetarias a las familias, y el Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (PJJHD), creado por el gobierno nacional en abril de 2002 (Gasparini, 2010).

De acuerdo con su formación histórica, Aguiló y otros (2011) identifican que, a partir de 1976, se consolidó un modelo neoliberal en Argentina, marcado por un conjunto de políticas y acciones represivas durante la dictadura cívico-militar. Esta orientación impactó negativamente al Estado de Bienestar argentino, profundizando el modelo de acumulación hasta alcanzar su punto máximo a finales de los años 80 y en la década de 1990, con la introducción de políticas de focalización, descentralización y privatización, entre otras. No obstante, desde 2003, se inició un proceso de recuperación política que restableció el rol regulador del Estado, rompiendo con las políticas del modelo anterior y dando lugar a la implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH).

La Asignación Universal por Hijo es una política pública de transferencias monetarias no contributivas creada en 2009. Su objetivo principal es brindar un apoyo económico mensual a las familias en situación de vulnerabilidad cuyos principales sostenes económicos estén desocupados o sean trabajadores informales con ingresos inferiores al salario mínimo vital y móvil, y que tengan hijos menores de 18 años.

Esta asignación es administrada por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), el organismo encargado de la seguridad social en el país. Jurídicamente, fue establecida mediante la modificación de la Ley N° 24.714 de Asignaciones Familiares, asegurando su acceso permanente y garantizando un aumento regular de los montos, equiparándolos con otras asignaciones.

Requisitos para acceder a la AUH

Según los requisitos establecidos por ANSES²:

Del titular:

- Residir en el país.

² www.anses.gob.ar



- Ser argentino nativo o naturalizado, o tener residencia legal en el país por al menos tres años.
- Contar con DNI debidamente acreditado y registrado en la Base de Personas de ANSES.
- Cumplir con los controles de salud y educación del niño/a o adolescente, y certificarlo en la Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación.

Del niño/a o adolescente:

- Tener menos de 18 años.
- Poseer DNI y residir en el país.
- Ser argentino nativo o naturalizado, o tener residencia legal en el país por al menos tres años.
- Ser hijo/a matrimonial o extramatrimonial, adoptado/a, o estar bajo guarda, tutela, o a cargo de un pariente hasta el tercer grado de consanguinidad (abuelo/a, tío/a, hermano/a).
- Ser soltero/a y figurar en las bases de ANSES como relacionado/a con quien lo tenga a su cargo.

En el caso de tener una discapacidad, no hay límite de edad, pero debe contar con la autorización por discapacidad vigente emitida por ANSES.

La AUH consta de dos partes: un 80% que se cobra todos los meses, y un 20% que se deposita en una cuenta de ahorro hasta diciembre, momento en el que, tras verificar el cumplimiento de las condicionalidades de la política, se habilita el cobro de ese monto.

Montos durante los meses de trabajo de campo:

	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
AUH/AUE ³	\$87.790	\$94.471	\$97.012
AUHD ⁴	\$285.866	\$307.617	\$315.892

³ Asignación Universal por Hijo/Asignación Universal por Embarazo

⁴ Asignación Universal por Hijo con Discapacidad



Programa Alimentar y Plan 1000 días

Es relevante también mencionar el Programa Alimentar. Según el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2020), desde 2020 se implementa la Tarjeta Alimentar dentro del Plan Argentina contra el Hambre, cuyo objetivo es garantizar la seguridad y soberanía alimentaria de la población, con especial atención en los sectores más vulnerables económica y socialmente.

Según ANSES, este programa está dirigido a personas que cobran la AUH con hijos hasta 17 años inclusive, embarazadas a partir de los 3 meses que cobren la Asignación por Embarazo para Protección Social, con hijos con discapacidad que cobran la AUH, sin límite de edad, y titulares de una Pensión No Contributiva para Madres de 7 hijos.

Según Butinof, Abraham y Huergo (2023), antes de la pandemia, las condiciones de vida en la sociedad argentina ya mostraban signos de deterioro, especialmente debido al incremento de la pobreza monetaria, que se exacerbó con la crisis económica del siglo XXI. La llegada de la pandemia por COVID-19 generó un escenario sin precedentes, alcanzando en 2020 el tercer año consecutivo de aumento de la pobreza (44,7%). En este contexto, el alza en los precios de la canasta básica continuó su curso, mientras que las estrictas restricciones a la movilidad afectaron significativamente tanto los procesos laborales como las pautas de consumo. Además, los autores afirman que, según una evaluación realizada un año después de la implementación de la Tarjeta Alimentar (TA), se evidenció que los hogares beneficiarios de la TA tenían una menor propensión a la indigencia y se encontraban considerablemente más protegidos que aquellos hogares pobres que no recibieron este beneficio (p. 8).

Por otro lado, tenemos el Plan 1000 días, el cual, de acuerdo a la página de ANSES, es un apoyo alimentario destinado a garantizar el desarrollo saludable de las embarazadas y sus hijos (hasta los 3 años de edad). El apoyo alimentario Leche - Plan 1000 días se deposita en la misma cuenta en la que cobras tu Asignación y su implementación es automática, no requiere de ningún trámite.

Es un período importante porque tiene profundos efectos en la salud integral tanto en ese presente como en el futuro de las personas. Es uno de los cursos de vida más importantes si se tiene en cuenta el desarrollo y el crecimiento de las personas, que sienta las bases para la salud, el bienestar, el aprendizaje y favorece la autonomía.



Esto significa que lo que se haga hoy para cuidar a las personas durante los 1000 días tendrá efectos en el resto de sus vidas. (Ministerio de salud, 2021)

Esta política pública de cuidados tiene como propósito primario reducir la mortalidad, la malnutrición, así como prevenir la violencia y proteger el desarrollo emocional y físico de las niñeces. Para llevarlo a cabo se diseñó la articulación y coordinación de los distintos organismos del Estado con la finalidad de la simplificación de los trámites necesarios para el acceso a los derechos de la seguridad social, el diseño de políticas públicas que brinden la asistencia y el acompañamiento adecuado para que las familias puedan asumir sus responsabilidades de cuidados integrales de la salud (Plan 1000 días crianza y cuidados, 2020).

En el trabajo final de Cadrera (2023), la cual centra su estudio en el programa de los 1000 días, plantea que el Estado implementó el Plan 1000 días, frente a los efectos negativos de la pandemia con la finalidad de garantizar el acceso y el derecho a la salud desde una perspectiva integral involucrando a los efectores de la organización social de los cuidados para llegar a cada rincón del territorio y acompañar a las personas gestantes hasta la primera infancia a través de las instituciones de salud y las articulaciones de trabajos interdisciplinario e intersectoriales con profesionales para promover un modelo de salud centrado en la soberanía con la finalidad de potenciar los cuidados desde una perspectiva de derecho. (p.49)

Las prestaciones se depositan en la misma cuenta y fecha en que se cobra la AUH. Los montos durante los meses de trabajo ⁵de campo fueron los siguientes:

- Familias con un hijo: \$52.250
- Familias con dos hijos: \$81.936
- Familias con tres o más hijos: \$108.062

Condicionales de la Política

Para mantener el beneficio de la AUH, es obligatorio cumplir con ciertas condicionalidades. Estas incluyen que los niños, niñas y adolescentes beneficiarios estén inscritos en programas de salud y asistan regularmente a la escuela. Estas condicionalidades varían según la edad del niño o adolescente.

⁵ Octubre, noviembre y diciembre del año 2024



El 20% restante acumulado durante el año previo se recibe solo cuando se acredita el cumplimiento de estas condicionalidades. Si no se cumple con ellas, el beneficiario pierde automáticamente el derecho a cobrar ese 20%, y el programa puede ser suspendido. Sin embargo, generalmente se otorgan prórrogas para evitar la suspensión y así proteger los derechos de los menores.

Según UNICEF Argentina (2018), la condicionalidad en educación implica que los niños, niñas y adolescentes, desde los cinco hasta los dieciocho años, acrediten su concurrencia a un establecimiento educativo. Esta medida busca promover la educación como herramienta para la inclusión y el desarrollo social.

En cuanto a la condicionalidad en salud, UNICEF Argentina (2018) señala que implica tanto el acceso a los servicios de atención médica como la inscripción de los menores de 6 años en el Plan Nacer/Programa SUMAR y el cumplimiento del esquema de vacunación. En el caso de la Asignación por Embarazo, los requisitos se vinculan con el seguimiento y control del embarazo y la inscripción de los recién nacidos en el mismo programa.

El objetivo de esta condicionalidad es reducir los riesgos de enfermedad y mortalidad, así como promover el desarrollo físico e intelectual de los niños, niñas y adolescentes. Además, busca asegurar el registro de los nacimientos y la acreditación de una identidad.

Según UNICEF Argentina (2018), la condicionalidad en educación ha tenido un impacto positivo en las tasas de asistencia, continuidad interanual y culminación de los estudios. No obstante, en el caso de la condicionalidad en salud, no se observan grandes diferencias en el uso de los servicios entre los beneficiarios de la AUH y aquellos que no la reciben. Sin embargo, un 1,5% de los beneficiarios mencionaron haber acudido al servicio, pero no haber recibido atención médica, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar los servicios de atención primaria de salud en hospitales públicos y Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS).

Como señala Nora Aquín (2012), la “accesibilidad” a las instituciones de salud se ve afectada por la sobrecarga de demandas, lo que se refleja en los acotados horarios de atención, la demora en los turnos y la falta de atención adecuada en los controles médicos. Esto genera malestar en los usuarios, muchos de los cuales recurren al sistema de salud privado. Por otro lado, la “accesibilidad” a las instituciones educativas



está garantizada para la mayoría de los niños, niñas y adolescentes en su nivel inicial, primario y secundario.

Si bien ambas condicionalidades son esenciales para la protección social y el bienestar infantil, se podría considerar que la condicionalidad en salud presenta mayores dificultades para su resolución. Como señalan Chiaveta y Gullo (2014), “el acceso a los servicios de atención médica constituye una condición indispensable para que las personas puedan realizarse tanto física como intelectualmente, y debe entenderse más allá de la intención de reducir el riesgo de enfermedad y muerte” (p. 25).

En conclusión, en este capítulo se ha realizado una caracterización y conceptualización de la Asignación Universal por Hijo (AUH) y sus condicionalidades, con el objetivo de entender cómo esta política pública influye en las estrategias de cumplimiento en el ámbito de la salud. Se ha observado que la AUH, al vincular el acceso a la asistencia económica con el cumplimiento de determinados requisitos en salud y educación, busca no solo aliviar la pobreza monetaria, sino también fomentar el acceso a derechos básicos para mejorar las condiciones de vida de los sectores más vulnerables.

Sin embargo, la implementación de las condicionalidades de salud, en particular, ha mostrado resultados mixtos. Por un lado, se han observado avances en la cobertura de vacunación, controles médicos periódicos y la atención a la salud materno-infantil. No obstante, el cumplimiento de estas condicionalidades está condicionado por diversos factores como se mencionaron anteriormente.

Por lo tanto, y de acuerdo a lo expuesto, este trabajo centra su atención en el cumplimiento de la condicionalidad en salud.



Capítulo 2: Marco teórico y Metodología del trabajo.

En este apartado se llevará a cabo una revisión teórica de las categorías, conceptos y teorías relevantes para los objetivos de la investigación. En continuidad con el capítulo anterior, se explorará cómo el cumplimiento de la Asignación Universal por Hijo (AUH) y sus condicionalidades, detalladas previamente, están estrechamente vinculadas a las estrategias empleadas por las mujeres para cumplir con dichas condiciones.



Informalidad laboral

La informalidad laboral es uno de los fenómenos más relevantes en las economías emergentes, especialmente en los países de América Latina. Este fenómeno se caracteriza por la existencia de trabajadores que no disfrutan de los derechos y beneficios del empleo formal, tales como acceso a la seguridad social, estabilidad laboral y cobertura médica. En el contexto de políticas públicas como la Asignación Universal por Hijo (AUH) en Argentina, que está dirigida a familias cuyo principal sustento económico proviene del desempleo o de trabajos informales, la informalidad laboral se convierte en un obstáculo significativo para el cumplimiento de las condicionalidades, especialmente aquellas vinculadas con el acceso a la salud.

Llaury, S. (2024) en su tesis de grado desarrolla como la informalidad laboral en Argentina ha sido una constante en el panorama económico y social, aunque su naturaleza y extensión han variado a lo largo del tiempo. Desde la época de la industrialización por sustitución de importaciones en la mitad del siglo XX, hasta la apertura económica y las crisis subsiguientes, el trabajo informal en Argentina ha reflejado tanto las tendencias globales como las particularidades del contexto nacional. En las décadas de 1960 y 1970, la informalidad laboral en Argentina estaba en gran medida relacionada con la estructura dual de la economía, donde un sector moderno coexiste con un sector informal más grande. Este último era predominantemente un refugio para aquellos que no podían encontrar empleo en el sector formal. (p.2)

La informalidad en Argentina es una problemática cada vez más creciente. La tasa de informalidad entre los asalariados fue 36,4% en el segundo trimestre de 2024 (última información disponible), de acuerdo a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH-INDEC). O sea, casi 4 de cada 10 trabajadores en relación de dependencia no estaban registrados en la seguridad social y, por ende, no estaban cubiertos por la legislación y las instituciones laborales. De acuerdo con la información brindada por el EDIL (2024), el Gran Mendoza presenta un índice de 41.3% de informalidad

La falta de un empleo formal se constituye como un requisito en sí mismo para acceder a la AUH, lo cual despliega una disyuntiva planteada en el escrito de Aguirre (2024): en el momento en que algún miembro de la familia comienza a trabajar de manera formal la protección proveniente de la AUH se suspende de manera automática. Es así cómo se identifican dinámicas en las que el varón adulto, usualmente el padre de los/as niños/as protegidos por la PTC, se vincula de manera formal a un espacio laboral



y el grupo familiar deja de percibir ese recurso por el tiempo que la relación salarial dure. En mayor detalle, la mujer cuidadora de los/as niños/as ve suspendido ese ingreso que, como también se logró valorar en el proceso investigativo, permitía ampliar sus márgenes de autonomía y toma de decisiones al interior del grupo familiar (p.65)

Parola y Goldar (2025) plantean a la inserción laboral como una de las principales tensiones en las intervenciones sociales. La misma tiene que ver con el atravesamiento de condiciones socioeconómicas estructurales: el desempleo, la macroeconomía, etc. que escapan a las posibilidades de transformación por parte de las intervenciones sociales singulares y situadas que se realizan desde algunas políticas sociales encaradas en este campo (p.9)

Salud pública y su acceso

El acceso a la salud es un derecho fundamental y una de las bases para el bienestar de la población, especialmente para aquellos grupos en situación de vulnerabilidad. En este contexto, las políticas públicas como la Asignación Universal por Hijo (AUH) desempeñan un papel crucial al garantizar un apoyo económico directo a las familias de bajos recursos, siempre que estas cumplan con ciertas condicionalidades, entre las cuales se destaca el acceso a servicios de salud para los niños, niñas y adolescentes beneficiarios. Sin embargo, el cumplimiento de estas condicionalidades no siempre es sencillo, ya que existen diversos factores estructurales que afectan la equidad en el acceso a la salud, especialmente en sectores marginados.

Abordar la salud pública y su acceso en el marco de la AUH es fundamental para entender los desafíos que enfrentan las familias en situación de vulnerabilidad para cumplir con las condiciones sanitarias establecidas por el programa. Las barreras económicas, geográficas y sociales son algunos de los factores que dificultan que las familias accedan de manera efectiva a servicios de salud de calidad, lo que limita no solo el bienestar de los niños, sino también la efectividad de la propia AUH como política pública.

De acuerdo con Moreno Graciela y otros (2024), la salud pública en la Argentina está estructurada en tres niveles de atención: El Primer Nivel de Atención (PNA) está conformado por centros que se ocupan de la prevención de enfermedades y la atención de patologías menores, cuya infraestructura consiste en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). El segundo nivel corresponde básicamente a los hospitales



generales que atienden pacientes derivados del primer nivel. El tercer nivel se centra en hospitales y centros especializados en donde se tratan patologías más complejas que requieren diagnósticos y tratamientos especializados. Esta investigación llevo a cabo el trabajo de campo en un Centro de Atención Primaria de la Salud.

A su vez, considero fundamental definir a la salud pública tomando a la autora Aguirre (2024), quien la define como el campo de conocimiento e intervención sobre la producción y distribución de los fenómenos de salud, enfermedad, atención y cuidado de las poblaciones. Estos fenómenos incluyen tanto la atención, disminución y rehabilitación de dolencias, discapacidades, lesiones o malestares como la organización de esfuerzos orientados a la promoción de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones (p.62)

Parola y Goldar (2025), sostienen que, en el campo de intervención de la salud, el accionar profesional y la intervención social, se enmarca en la complejidad de un abordaje integral, analizando cada condicionante social que impide u obstaculiza la integridad, formación y bienestar de las personas con problemas de salud. Esto se tensiona con el hecho de que existen muchas personas que son excluidas de los nomencladores de salud, excluyendo y vulnerando sus derechos, promoviendo una perspectiva normalizadora, donde todo lo que no se asimile o se modifique en base a la norma, es excluido de la sociedad. (p.9). De igual forma, las autoras hablan sobre la accesibilidad, la cual plantean que debe ser pensada como vínculo entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se conforma por estos elementos: las condiciones de los servicios y las representaciones de los sujetos sobre esto. La garantía de los derechos es responsabilidad del Estado (p.10).

Estrategias de las mujeres.

Es fundamental en la profesión analizar la política social desde una perspectiva de género. Incorporar esta categoría de análisis facilita una reflexión más profunda y una mejor comprensión de cada situación. Este enfoque amplía la visión sobre la realidad cotidiana de mujeres y niñas, permitiéndonos comprender cómo los vínculos familiares están atravesados por relaciones de poder (Guzzeti, 2012).

La AUH fue creada en el año 2009, con la finalidad de ampliar las Asignaciones Familiares hacia sectores históricamente relegados, con la finalidad de lograr una reducción de la desigualdad. Asimismo, de acuerdo al Reporte de Monitoreo registrado



durante el Primer Trimestre del año 2022⁶, dado que en la Región de Cuyo un 37% de la población accede a la política y más del 92% de las titulares son mujeres. En otras palabras, se observa que las mujeres constituyen la mayoría de quienes la reciben. Como señala D'Amico en su investigación, "numerosos estudios han reconocido la presencia predominante de mujeres entre los receptores, así como su rol como principales sostenes de las actividades locales vinculadas a la distribución de recursos asistenciales" (2018, p.28).

El hecho de que las mujeres sean las principales receptoras de la AUH permite, según lo planteado por Aguiló (2022), que se las vea desde dos perspectivas. Por un lado, se refuerza su rol como responsables del cuidado y mantenimiento del hogar, consolidando su posición dentro de la división sexual del trabajo. Por otro lado, se les otorga cierta independencia económica y financiera, lo que puede generar un empoderamiento en la gestión del ingreso. En este contexto, son principalmente las mujeres quienes se encargan de cumplir con las condicionalidades impuestas.

A partir de lo anterior, resulta esencial considerar las contribuciones de la teoría de género y el feminismo. Esto implica analizar las estructuras de poder y las relaciones de género que influyen en la forma en que las mujeres enfrentan el cumplimiento de las condicionalidades. Maruani, citada por Anzorena (2018), sostiene que la noción de la división sexual del trabajo muestra que las actividades no se distribuyen de manera neutral, evidenciando que mujeres y hombres no están en igualdad de condiciones, ni en la esfera privada ni en la productiva (p.63). Esto explica por qué históricamente se ha asignado a las mujeres las tareas reproductivas, cargándolas con la responsabilidad mental y física de estas labores.

La investigación se desarrolló desde una perspectiva crítica de género, permitiendo analizar las relaciones jerárquicas entre los géneros como construcciones sociales, culturales e históricas que configuran la sociedad. El objetivo es enfocar la atención en la tensión entre las políticas sociales y las condiciones concretas de existencia de las mujeres, con el fin de poder cumplir con las condicionalidades de dichas políticas.

6

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/copia_de_reporte_de_monitoreo_auh_1deg_trimestre_2022-1.pdf



Asimismo, es importante definir al patriarcado, de acuerdo a Esquivel (2012), el patriarcado puede definirse como un sistema de subordinaciones de las mujeres en la familia y en la comunidad doméstica, centrando la atención en el hogar-familia como institución social a cargo de la organización de la vida cotidiana y la reproducción. (p.16)

Es así, que son las mujeres las encargadas del cuidado. El mismo puede ser definido como; las tareas necesarias para el sostenimiento de la vida cotidiana y de su reproducción intergeneracional, involucra tanto el conjunto de prácticas que constituyen la acción material y física de cuidar, como la preocupación, el interés, el afecto y la atención que recaen sobre aquellos que ejercen los cuidados (Aguilar, 2019). Asimismo, Enriquez (2019), plantea que el concepto de cuidado se asocia a las actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad (p.81).

En este sentido, es relevante considerar los aportes de Enriquez (2019), quien trae a colación a la Organización Social del Cuidado (OSC), la cual se refiere a la manera en que interrelacionadamente los hogares, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias, producen y distribuyen cuidado, (p.81). Pautassi, Arcidiacono y Straschnoy (2014), afirman que en la OSC las cargas del cuidado están desigualmente distribuidas. Además, a medida que aumenta la participación femenina en el mercado de trabajo, la permanencia de la división sexual del trabajo entre hombres y mujeres genera una sobrecarga para las mujeres. En políticas como la AUH, el Estado refuerza, mediante regulaciones y programas sociales, una doble función para las mujeres. A través de estas políticas, se regulan las relaciones entre trabajadoras y empleadores, un punto que merece especial atención.

Asimismo, Tajer (2012) en su escrito plantea que las mujeres son consideradas las usuarias directas del sistema de salud, ya que son las mismas las que realizan la mayoría de las consultas puesto que es habilitado socio-subjetivamente para el género femenino el expresar y consultar por su malestar en salud. Además, aun cuando las mujeres han avanzado mucho en su presencia en el espacio público, se espera que continúen siendo las principales cuidadoras de la familia y las agentes del sistema de salud en los hogares, basándose en su capacidad empática, receptiva y comprensiva. Es decir, hay una mayor aceptación de la entrada masiva de las mujeres al mercado de trabajo asalariado, pero sin una legitimación de la redistribución de las tareas domésticas. (p.8)



Por otro lado, en relación con la política analizada, Micha (2019) expone que la titularidad femenina generó un debate sobre el papel de las mujeres como intermediarias de la política social, actuando como canales entre el Estado y los niños y niñas beneficiarios/as finales. Estos estudios cuestionan la responsabilidad que se les atribuye a las mujeres en el cumplimiento de las condicionalidades, así como la naturalización de su rol como cuidadoras (p. 362). En sus reflexiones finales, la autora concluye que las mujeres no solo se perciben como las administradoras del dinero de la Asignación, sino que también sienten que tienen el control sobre el mismo, lo que les otorga una esfera de dominio dentro del hogar, un espacio de poder. No obstante, la consecución de autonomía económica por parte de las mujeres titulares está vinculada al cumplimiento del rol socialmente asignado: el de "buenas madres".

Conclusión del marco teórico

En conclusión, la informalidad laboral, la salud pública y la perspectiva de género aparecen como factores clave para comprender los desafíos que plantea la implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH) y su condicionalidad en salud. Estos elementos influyen de manera directa tanto en el diseño y la efectividad de la política como en el acceso real de los beneficiarios a los servicios de salud. La informalidad laboral limita las capacidades económicas de las familias, afectando su acceso a servicios de salud de calidad, mientras que las desigualdades de género impactan de manera diferenciada en las mujeres, quienes asumen el rol de cuidadoras, lo que puede dificultar su acceso a la atención médica. Asimismo, los problemas estructurales del sistema de salud pública juegan un papel crucial en la posibilidad de cumplir con las condicionalidades.

En el análisis realizado por la autora Pautassi y otros (2014), vemos que las problemáticas se encuentran interrelacionadas y desconocer una nos llevaría a realizar un análisis parcial:

“estas condicionalidades limitan el ingreso de las mujeres al mercado de trabajo debido a las dificultades para conciliar trabajo y cuidado, y a las restricciones específicas, producto de una oferta estatal de educación y salud que no parece responder a la demanda, una oferta mercantil que no es accesible para los destinatarios y una oferta comunitaria que, entre otras dificultades, carece de reconocimiento oficial a la hora de demostrar el cumplimiento de las condicionalidades. Todas estas críticas



se refuerzan todavía más en la medida que solo existen condicionalidades para estas asignaciones y no para las que reciben los trabajadores formales” (p.72)

El análisis de estos factores en el trabajo de campo será fundamental para ofrecer una visión más integral de la problemática, ya que ignorarlos podría llevar a una comprensión parcial e incompleta de las barreras que enfrentan los y las beneficiarios/as para cumplir con los requisitos de salud establecidos por la AUH.



Metodología.

Planteamiento del problema

Pregunta de investigación:

- ¿Qué estrategias utilizan las mujeres receptoras de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (AUH) para cumplimentar los requisitos de la condicionalidad en salud de la AUH en el departamento de Las Heras, Mendoza en el año 2024?

Objetivo general:

- Examinar las estrategias que utilizan las mujeres receptoras de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (AUH) para cumplimentar los requisitos de la condicionalidad en salud de la AUH en el departamento de Las Heras, Mendoza en el año 2024

Preguntas específicas:

- ¿Cómo proceden las mujeres receptoras de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social a resolver las condicionalidades de la política?
- ¿Qué tipo de acciones colectivas utilizan las mujeres?
- ¿Cómo son percibidas por las mujeres las condicionalidades de la política?
- ¿Qué lugar ocupan las organizaciones sociales territoriales en el acceso a los servicios?

Objetivos específicos:

- Analizar la manera de proceder de las mujeres receptoras de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social a resolver las condicionalidades de la política
- Identificar las acciones colectivas que utilizan las mujeres
- Comparar las percepciones de las mujeres sobre las condicionalidades de la política
- Indagar el lugar ocupan las organizaciones sociales territoriales en el acceso a los servicios



Consideraciones Metodológicas.

El estudio tiene como propósito explorar las experiencias y percepciones de las mujeres receptoras de la AUH en cuanto a la política y sobre la condicionalidad en el área de la salud.

Esta investigación adopta un enfoque cualitativo dentro del paradigma interpretativo. La misma se encuadra en el método inductivo, ya que se analizarán las experiencias particulares de las mujeres receptoras de la política para extraer conclusiones de carácter general respecto de las estrategias empleadas para cumplir con las condicionalidades. Por lo tanto, el diseño de la investigación es flexible y se fue ajustando a los cambios que surgieron durante el proceso de construcción y análisis de datos.

El tomo un posicionamiento sobre la base del paradigma crítico que entiende a la realidad como una totalidad concreta donde intervienen relaciones ideológicas, políticas, sociales y económicas. Se puede comprender a la realidad que se nos presenta a partir del cuestionamiento de las condiciones materiales de existencia.

El objeto de estudio de esta investigación son las mujeres receptoras de la AUH. Los criterios que se tuvieron en cuenta son: Que sean las titulares de la AUH y asistan al centro de salud N°18 de Las Heras Mendoza donde se llevó a cabo la investigación

Ahora bien, en el proyecto de investigación se planteó:

Para la recolección de datos se realizaron entrevistas en profundidad a las mujeres receptoras para explorar de manera detallada sus experiencias utilizando la observación participante, para complementar con sus sentipensares. Al realizarse esta técnica favoreció para corroborar si los relatos expresados por las entrevistadas cumplían con lo específicamente relatado. Esto se pudo lograr porque al no involucrarse en las actividades de su cotidianidad, se pudo minimizar el riesgo de sesgo.

En cuanto a la construcción de esta muestra, se utilizó la técnica bola de nieve con el objetivo de ampliar el grupo de potenciales entrevistadas.

Las entrevistas fueron semiestructuradas y fueron destinadas tanto a las mujeres receptoras de la Asignación Universal por Hijo, a las profesionales de Trabajo Social y la Agente Sanitaria y a la presidenta de la Unión Vecinal, la cual representó a la principal organización social dentro de Barrio Espejo, zona que le corresponde el Centro de Salud N°18.



Una vez realizadas las entrevistas y obtenidas las respuestas por parte de las entrevistadas, se acudió rápidamente a desgravar las mismas fielmente en documentos individuales. Mediante el programa informático Subtitle Edit se pudo subir los archivos, ordenarlos, verlos, leerlos y releerlos una y otra vez para poder ir identificando similitudes, temas emergentes, hechos, conceptos, citas, entre otros, y asimismo poder realizar el análisis de estas.

En lo que respecta a la accesibilidad al campo, es pertinente destacar que la elección del centro de salud N°18 se debe ante las prácticas profesionales que realice en este espacio durante el año 2022 y 2023, lo cual me posibilita contar con un acercamiento a las familias y profesionales en cuestión. Sin embargo, al momento de entrevistar a las mujeres que asisten al mismo, fue notoria la distancia de las mismas para realizar entrevistas en profundidad.

Es importante remarcar que, si bien la Trabajadora Social del Centro de Salud tuvo una gran predisposición a acompañar el trabajo de campo de dicha investigación, el que la misma no contará con consultorio dificulto de manera notable el encuadre de las entrevistas ya que estas finalmente se realizaron en sala de espera, lo cual no acompañó a que la entrevista pudiera darse en un contexto de confidencialidad.

En más de una oportunidad al acercarme a alguna mujer en la sala de espera se marcó una distancia notable. Considero que lo mismo fue consecuencia de que en el Centro de Salud varias veces las Agentes Sanitarias del mismo se acercan a las mujeres para pedirles las libretas de salud de sus hijos y marcarles las faltas de controles y/o vacunas. Por lo tanto, al momento de acercarme hacia ellas pensaban que también era con una intención de control. Luego de explicar el propósito de mis preguntas solo algunas mujeres decidieron explayarse en las respuestas de dicha entrevista.

Cabe destacar, y coincidir con Mendizábal (2006) también en que el diseño de la propuesta metodológica (cualitativa) planteada es flexible, abierta a cambios o a situaciones nuevas, ya que se nos pudo permitir volver a etapas anteriores; por ejemplo, en esta investigación las entrevistas a las mujeres receptoras se realizaron en varias instancias

Contextualización y caracterización del Centro de Salud y Unión Vecinal

Centro de Salud N°18.



El Centro de Salud N°18 Dres. Espeches, en el cual se llevó a cabo el trabajo de campo, está ubicado en el Barrio Espejo en el Departamento de Las Heras.

Anteriormente, funcionaba en Las Heras en la calle Dorrego y Av. San Martín. Luego de un tiempo se reubicó e inauguró en el barrio Espejo en el año 2010, en donde el Dr. Rafael Espeche y su esposa la Doctora Vega de Espeche donaron el terreno y se construyó el nuevo edificio.

Verónica López, Licenciada en Enfermería y Directora del Centro de Salud, sostiene que el mismo tiene como objetivo trabajar con liderazgo, responsabilidad, compromiso, disciplina y humanidad en el desarrollo del estado de salud, estableciendo procesos óptimos mediante la promoción y la prevención de la salud, implementando y fortaleciendo hábitos de vida saludable. Con la participación activa de los equipos de salud, instituciones, autoridades y la comunidad en general del departamento de Las Heras.

La institución cuenta con diversas especializaciones, entre las que se destacan: pediatría, medicina familiar, obstetricia, ginecología, otorrinolaringología, psicología, odontología, farmacia, enfermería, entre otras. Además, la Trabajadora Social y Agente Sanitaria están a cargo de coordinar diferentes actividades para poder garantizar un trabajo en red con diferentes actores tales como: escuelas primarias y secundarias, merenderos, jardines maternos, la Defensoría de Discapacidad, el ECAF, DOAITE, CPA, el Hospital Carrillo, los centros de salud locales, entre otros.

Luego de entrevistar a la Trabajadora Social y a la Agente Sanitaria, las mismas sostienen que las principales problemáticas que atraviesan a la institución son:

- La falta de profesionales de la salud, ya que sostienen que hay una gran demanda de especializaciones como, por ejemplo, de oftalmología y en el departamento de Las Heras solo se encuentra en el Centro de Salud N°17
- La falta de consultorios: La Trabajadora Social no tiene consultorio donde atender, lo cual dificulta el secreto profesional y poder generar un encuadre adecuado para cada intervención.
- El aumento considerable de las personas que acuden al centro de salud: Ambas refieren que cada vez es mayor las personas con obra social que requieren de la atención ya que manifiestan no poder pagar los co-seguros impuestos en sus coberturas médicas.



- La baja cobertura de vacunación: De acuerdo a lo manifestado por la Agente Sanitaria, los operativos están destinados a la vacunación de niños, niñas y adolescentes debido a esta baja cobertura.

En conclusión, el Centro de Salud N°18, como establecimiento de atención primaria de la salud de carácter provincial, ha sido el escenario clave para el desarrollo del trabajo de campo de esta tesis. A través de la interacción con su población y con los profesionales que se desempeñan en ella, se ha logrado obtener información valiosa que permite comprender mejor las necesidades y desafíos del acceso a la salud.

Unión Vecinal.

La presidenta de la Unión Vecinal, en la entrevista realizada, compartió parte de la historia sobre el origen de la organización. Comentó que la Unión Vecinal ha estado funcionando durante aproximadamente 40 años. Sin embargo, estuvo inactiva por un periodo de 25 años, durante el cual los miembros de la Comisión cedieron el espacio a la Escuela Pompilio Schilardi mientras se completaba la construcción de su nuevo edificio. Una vez que la escuela se mudó, la directora del establecimiento decidió ceder el espacio a un CEBJA, y mediante la Dirección de Educación de la provincia, el lugar fue ocupado por esta institución.

En ese entonces, la Comisión de la Unión Vecinal se encontraba disuelta, lo que llevó a los vecinos a organizarse nuevamente y a solicitar que el espacio les fuera devuelto. Tras varios enfrentamientos, la Municipalidad de Las Heras entregó un informe que confirmaba que el espacio pertenecía a los vecinos del Barrio Espejo. Sin embargo, la directora del CEBJA no accedió a devolverlo. Finalmente, en diciembre de 2021, tras finalizar el ciclo lectivo del CEBJA, los vecinos lograron recuperar el espacio para reactivar la Unión Vecinal.

Una de las primeras actividades realizadas en el lugar fue un merendero, que funcionó durante seis meses y contó con el apoyo de la Municipalidad. No obstante, por decisión de la Comisión, decidieron dejar de recibir el respaldo municipal, ya que no querían vincular el espacio con la política. En su lugar, comenzaron a generar ingresos a través de la venta de ropa y tortitas, así como con otras actividades necesarias.

Además, se llevaron a cabo diversos talleres, como yoga, reciclaje, danza folklórica, escuela de modelaje, entre otros. También se ofreció el alquiler del espacio a



los vecinos a precios muy bajos para eventos, y al Centro de Jubilados "Dulce Amanecer", quienes también han tenido dificultades para recuperar su propio espacio.

La Comisión de la Unión Vecinal está integrada por ocho personas, pero la presidenta destaca que ella es la única que permanece de manera constante en el espacio, mientras que el resto de los integrantes se han ido alejando.

En conclusión, aunque la Unión Vecinal representa un espacio fundamental en la vida cotidiana de los vecinos, proporcionando diversas actividades y servicios que benefician a la comunidad, la presidenta de la organización advierte una notable falta de adhesión por parte de los mismos. A pesar de los esfuerzos realizados para recuperar y mantener el espacio, la falta de participación activa y el alejamiento de los integrantes de la Comisión reflejan una desconexión que limita el alcance y el impacto potencial de la Unión Vecinal.

Conclusión de la Metodología

Aunque se presentaron diversos obstáculos para realizar las entrevistas a las mujeres receptoras de la AUH, se logró entrevistar a un número significativo de mujeres, tanto receptoras como no receptoras de la prestación, en la sala de espera del centro de salud. Este enfoque permitió obtener una variedad de perspectivas sobre el cumplimiento de las condicionalidades en salud. Además, las entrevistas se complementaron con una observación participante, lo que enriqueció el análisis al proporcionar una visión más profunda de las dinámicas que se desarrollan dentro del centro de salud. Estas interacciones y prácticas cotidianas son factores clave para comprender los obstáculos y facilitadores del acceso a los servicios de salud, permitiendo así una mejor interpretación de los resultados obtenidos y aportando una visión más completa de la problemática en estudio.

Asimismo, las entrevistas realizadas tanto a los profesionales del Centro de Salud como a la presidenta de la Unión Vecinal resultaron fundamentales para un análisis más completo. Estas figuras atraviesan de manera constante el acceso a la salud, y tanto su accionar como su opinión en torno al tema aportaron valiosas perspectivas sobre las políticas de salud y su implementación.

Es así que, en los próximos capítulos donde se desarrollara el análisis de las mismas, estarán presentes estos tres actores fundamentales: El Centro de Salud, la Unión Vecinal y las mujeres receptoras de la política. Esto es así, ya que un análisis



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

teniendo en cuenta solo a las mujeres receptoras de la política sería parcial de acuerdo al objetivo de la investigación.



Capítulo 3: Percepción sobre la AUH y sus condicionalidades.

En el presente capítulo se expondrá el análisis de las entrevistas en profundidad y las observaciones realizadas durante el trabajo de campo con el objetivo de indagar las percepciones que se tienen de la política y sus condicionalidades tanto del personal del Centro de Salud como de las receptoras de la política. Esto es de suma importancia ya que se considera que las percepciones sobre la misma pueden influir en el acceso a los servicios y en el cumplimiento de las condicionalidades de la misma.



Percepción de los profesionales de la salud sobre la AUH y sus condicionalidades

Las entrevistas realizadas al personal del Centro de Salud se llevaron a cabo con la Trabajadora Social y la Agente Sanitaria, quienes desempeñan un papel clave en la interacción con la población. Estas profesionales son las principales responsables de acompañar a los beneficiarios en el cumplimiento de las condicionalidades de la Asignación Universal por Hijo (AUH) y en el acceso a los diversos servicios de salud. Su contacto directo con las familias les permite ofrecer orientación y apoyo en el proceso, garantizando el cumplimiento de los requisitos establecidos para el acceso a los beneficios sociales.

La Agente Sanitaria tiene como principal responsabilidad la articulación con diversas organizaciones, como merenderos, jardines maternos y la Unión Vecinal, entre otros. Según su relato, en 2024 la estrategia central fueron las campañas de vacunación, debido a la baja cobertura detectada en el departamento de Las Heras. Además, menciona que en el transcurso del año se implementaron diversos operativos en el departamento, como los de prevención del dengue y COVID-19. También resalta la realización de trabajos en red junto con la organización CONIN, buscando fortalecer la atención a las familias.

Por otro lado, la Trabajadora Social tiene la responsabilidad de recibir y gestionar informes o solicitudes de seguimiento provenientes de diversos actores, como el Equipo Técnico Interdisciplinario (ETI), escuelas, hospitales, dispositivos de salud mental y situaciones surgidas dentro de la propia institución, entre otros. Además, ambas profesionales colaboran estrechamente cuando la Agente Sanitaria detecta una situación que excede su ámbito de acción. En estos casos, solicita el apoyo de la Trabajadora Social para llevar a cabo un abordaje conjunto.

Al consultar acerca de su percepción sobre la AUH y sus condicionalidades, surgieron diversas aristas que merecen ser analizadas.

Cuando se le preguntó a la Agente Sanitaria sobre su opinión acerca de la Asignación Universal por Hijo (AUH), respondió: “Estamos un poco complicados...” La primera problemática que destacó fue la dificultad para acceder a los turnos médicos. Los turnos se solicitan a través de una llamada telefónica al 148, que centraliza las citas para todos los centros médicos de la provincia. Este sistema genera un gran debate dentro de la institución, ya que muchas personas tienen dificultades para comunicarse



debido a que la línea está saturada la mayor parte del día. Sin embargo, hay otro grupo de personas que logran obtener hasta cinco turnos por día con diferentes profesionales.

Además, esta problemática se ve exacerbada por la falta de especialidades dentro de la institución. En pediatría, muchos niños, niñas y adolescentes requieren consultas con especialidades como traumatología o neurología, especialidades que no están disponibles en el centro de salud. Esta situación es preocupante, ya que las familias a menudo no saben cómo proceder o a dónde recurrir para conseguir atención adecuada.

En relación a las condicionalidades, la Agente Sanitaria expresó que estas se cumplen “poco y nada”. Señaló que, aunque los médicos solicitan una serie de estudios, muchas veces las madres no los realizan. En este sentido, relató una situación en la que un médico, cuya ubicación no recordó con precisión, llena los formularios sin realizar controles adecuados, cobrando por ello. “Te cobra la consulta y te llena el formulario. Sin control, sin nada. Entonces, mientras una doctora intenta hacer las cosas bien, otros médicos tapan todo esto y completan el formulario sin seguir el protocolo”, explicó. Aunque la profesional mencionó esta situación, no se refirió directamente al médico, sino que más bien apuntó a las madres receptoras de la AUH, a quienes consideró “cómodas” por recurrir a estas prácticas.

Por otro lado, cuando se le consultó sobre las condicionalidades, la Agente Sanitaria opinó que son correctas, ya que considera que la salud y la educación son fundamentales para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, señaló que muchos padres no comprenden la importancia de estas condicionalidades.

Posteriormente, la profesional compartió una historia personal sobre su cuñado, quien enfrenta dificultades para contratar trabajadores de manera formal. Según la Agente Sanitaria, los trabajadores prefieren trabajar "en negro" porque, de lo contrario, perderían la AUH. “Se les va de las manos”, comentó, y añadió que el monto de la asignación “igualaba un sueldo”, lo que para algunos resulta un incentivo para optar por trabajos informales. Se puede evidenciar que este tipo de afirmaciones, esta forma general de mirar a los "pobres" y a los sectores populares como carentes de voluntad y disciplina para el trabajo constituye un mecanismo de estigma, de rechazo y de discriminación que pone en funcionamiento y reproduce una configuración de poder y de jerarquía social respaldada por una ideología hegemónica que justifica el trato desigual hacia ciertos sectores de la población. (Aguilo, Neri, Lobos y Rubio; 2011)



Vemos que esta historia personal está relacionada con los aportes de Gasparini y Garganta en el texto de Llaury y otros (2024), quienes sostienen que uno de los principales efectos adversos de esta política es el incremento en la tasa de informalidad para las familias elegibles para la política, es decir, trabajadores de bajos ingresos con hijos podrían preferir mantenerse empleados informalmente con tal de cobrar la asignación (p.3). Sin embargo, considero importante destacar que los mismos han realizado un análisis económico de la política y no han tenido en cuenta aspectos sociales para realizar esta afirmación.

En relación a estos puntos, la Trabajadora Social coincidió en que la política y sus condicionalidades deberían ser “corroboradas”, ya que, según su experiencia, muchas veces quienes reciben la AUH no son los responsables directos del cuidado de los niños, niñas o adolescentes. La Trabajadora Social sostuvo que, en varios casos, las madres tienen problemas de adicción y terminan destinando el dinero a sus vicios. “O van a sacar préstamos para teléfonos, para cosas así, y no lo destinan a los niños”, explicó.

Ante la gravedad de estas acusaciones, se le preguntó a la Trabajadora Social si estas situaciones eran comunes. Su respuesta fue que, aunque en el pasado eran más frecuentes, “hoy en día son menos las madres que hacen un mal uso del beneficio”. Atribuyó este cambio a la difícil situación económica, que ha llevado a muchas personas a buscar trabajo, lo que disminuye el abuso de la AUH.

De acuerdo con lo expuesto y tomando en cuenta los aportes de Nora Aquin (2014), el posicionamiento teórico, ético y político, así como una revisión crítica de tales posicionamientos, pueden ser fundamentales para garantizar el acceso a los derechos de los sujetos. Esto no solo en términos del recurso que contribuye a la reproducción cotidiana de las unidades domésticas, sino también en cuanto al reconocimiento (p. 4). En otras palabras, las profesionales, a través de sus prácticas, tienen el poder de facilitar o dificultar tanto el acceso a la Asignación Universal por Hijo (AUH), como el acceso a la salud. La autora sugiere que prácticas como el acompañamiento a las familias, la provisión de información y la articulación de recursos son clave en este proceso. Sin embargo, es posible observar que, aunque las profesionales intentan facilitar el acceso en diversas ocasiones, también presentan un discurso que podría considerarse meritocrático, especialmente en lo relativo al acceso a la salud.

Aunque en el discurso la AUH se presenta como un derecho, en algunas prácticas predomina una supuesta “moralidad”, lo que contribuye a que esta se siga



percibiendo más como una “ayuda” (Aquin y otros, 2014, p. 4). De manera similar, Goldar y Parola (2025) ponen en cuestión este mismo discurso sobre la defensa de los derechos humanos, al señalar que la intervención profesional se puede ver influenciada por otros factores particulares, propios de las lógicas de las instituciones en las que se desarrolla (p. 5).

Por otro lado, también se puede encontrar cierto “encierro institucional” planteado por Barreiro y otros (2002), ya que este tipo de instituciones presentan serias dificultades para poder ubicarse en un contexto más amplio que el de su propio edificio (p. 137). Cuando las profesionales plantean que una familia es “problemática” por pedir cinco turnos el mismo día para realizar todos los controles, no están teniendo en cuenta el contexto más amplio en el que, quizás, no puede pedirse cinco días diferentes en su trabajo para realizar los controles médicos a sus hijos e hijas, por ejemplo.

Asimismo, aunque el análisis de Ambort (2016) se enfoca principalmente en el ámbito escolar, es posible observar que los rasgos punitivos y de control relacionados con el “merecimiento” también están presentes en otras áreas, en donde los agentes institucionales plantean que sería necesario implementar más controles mediante sistemas meritocráticos que evalúen el desempeño de las familias que reciben la AUH. Es así que la autora concluye que nos encontramos con un perfil que cuestiona el principio de acceso, poniendo en cuestión que las familias que “no trabajan” y “no se esfuerzan” merezcan acceder a una prestación monetaria estatal estable.

Percepción de la Unión Vecinal sobre la AUH y sus condicionalidades

Uno de los objetivos específicos de este trabajo es analizar el papel que desempeñan las organizaciones sociales en el acceso a la salud. Al investigar las organizaciones con las que se articula el Centro de Salud N° 18, las profesionales coinciden en señalar que la organización central es la Unión Vecinal del Barrio Espejo.

Considero fundamental comprender la percepción de las principales autoridades de la Unión Vecinal sobre la Asignación Universal por Hijo (AUH) y sus condicionalidades, ya que son ellas quienes tienen la capacidad de generar alianzas, tejer redes con diversas instituciones o crear dispositivos que faciliten el acceso a este beneficio.



El primer acercamiento con la Unión Vecinal se realizó durante un operativo de vacunación, llevado a cabo en este espacio y coordinado con la enfermera, la agente sanitaria y la trabajadora social. Fue en ese contexto que conocí a la presidenta de la Unión Vecinal, quien acordó una entrevista para otro momento.

Al consultarle su opinión sobre la AUH y sus condicionalidades, la presidenta mencionó que, si bien muchos vecinos del barrio reciben la asignación, "el dinero no llega a sus hijos", sugiriendo que este se destina a otros gastos.

Además, relató que hace 25 años ella misma cobraba el Plan Trabajar por su labor en la Municipalidad de Las Heras. En su opinión, la oficina de empleo desempeñó un buen trabajo en "controlar" quiénes recibían los planes de trabajo, y considera que un enfoque similar debería aplicarse a la AUH. Es decir, que se lleve a cabo un mayor control sobre quiénes reciben la asignación y qué se hace con ese dinero. Al igual que las profesionales de salud mencionadas previamente, ella sostiene que muchos destinan esos fondos a otros usos, como cigarrillos y celulares. En sus palabras, "debería haber más control, no significa que alguien tenga que controlar lo que pasa en tu hogar, pero sí que se aseguren de que a los niños no les falte nada."

Con respecto a las condicionalidades, según su criterio, estas no se cumplen adecuadamente. Mencionó que, según lo que le han contado, hay niños en el barrio que se encuentran indocumentados, lo cual impide que reciban la asignación y, en consecuencia, que accedan a servicios de salud.

Asimismo, es importante señalar que entendemos por territorio. El mismo es considerado como un espacio que excede los límites catastrales e incluye lo simbólico, lo identitario y que contiene en su interior tensiones por la representación, interjuegos de poder e imaginarios en cuanto a su desarrollo. Estos sectores entran en un diálogo permanente con las instituciones Estatales y también entre las diversas manifestaciones organizacionales allí expresadas (Giraldez Soraya, 2013, p.23). En otras palabras, el Barrio Espejo entra en diálogo tanto con el Centro de Salud, como con la Unión Vecinal, y a partir de la relación entre estos ir descubriendo los aspectos identitarios del mismo. No obstante, en la entrevista la referente planteó que la única relación que hay con el Centro de Salud es "prestar el espacio", es decir, no hay ninguna estrategia ni intención de tejer redes y realizar proyectos en conjunto.

Giraldez (2013) sostiene que las organizaciones sociales de base territorial a menudo adoptan prácticas asistenciales que configuran su identidad y sus dinámicas



internas, al mismo tiempo que establecen mecanismos de acceso a prestaciones sociales en los territorios. La autora plantea que estas organizaciones asumen una doble función: gestionar y reclamar (p. 26). Sin embargo, en la entrevista realizada con la presidenta de la Unión Vecinal, ella se refirió a los vecinos como "otros", sin mostrar un sentimiento de pertenencia o identidad común. Aclaró que no todos los vecinos participan activamente en la Unión, y que solo un grupo reducido de ellos forma parte de la organización. Además, cuando se le consultó sobre las demandas de los vecinos, la presidenta indicó que estas son canalizadas por el municipio, y que ella no tenía conocimiento directo de tales demandas.

Al realizar la entrevista a la Unión Vecinal, tenía la expectativa de encontrar una organización que promoviera lógicas de participación y solidaridad, que contribuye a la recomposición de los lazos sociales y que se articula con espacios comunitarios enfocados en garantizar mayor accesibilidad a los derechos, en la protección de aquellos que están en riesgo de perderse, y en la construcción de redes de contención y acompañamiento a lo largo de las trayectorias vitales. Al contrario, durante la entrevista, percibí que prevalecían lógicas meritocráticas profundamente arraigadas en el sentido común. Al indagar sobre la percepción acerca de la AUH y sus condicionalidades, las respuestas reflejaron enfoques basados en la criminalización y el control de la pobreza, más que en una comprensión de los derechos como una herramienta de inclusión social. (Parola y Goldar, 2025)

En conclusión, se puede deducir que, si bien puede haber cumplido un rol fundamental dicha organización, actualmente se encuentra posicionada desde un enfoque no intervencionista. Si bien la actual presidenta de la Unión Vecinal refiere estar muy de acuerdo en trabajar en lo social, en la entrevista pudo percibirse que prevalece una actitud de culpabilización y control puesto en sus pares vecinos.

Se puede considerar que las intervenciones sociales de dicha institución están atravesadas por el sentido común de época. Tal como lo explican en su escrito "las organizaciones comunitarias son importantes para facilitar el acceso a los servicios y derechos a la población; pero esto entra en tensión con el hecho de que el contexto neoliberal y conservador deposita la solución de esas demandas en esas organizaciones y/o en la responsabilidad individual, desligándose de la función del estado como garante de los derechos" (Parola y Goldar, 2025, p.6)



Percepción de las mujeres receptoras de la Asignación Universal por Hijo

Si bien existen numerosos estudios sobre la percepción de las receptoras de la AUH, resulta esencial comprender cómo esta política impacta su vida diaria, especialmente en el contexto de crisis económica actual.

Las entrevistas realizadas presentaron ciertos desafíos, principalmente debido a la falta de un espacio privado adecuado para llevarlas a cabo. Por esta razón, se realizaron en una sala de espera, lo que generó cierta distancia entre las entrevistadas y las preguntas. A pesar de ello, algunas mujeres lograron ganar confianza y expresarse con mayor libertad.

Según el estudio de Aguiló (2022), que analiza las interpretaciones de la política social, la AUH rara vez se considera un derecho, sino que se percibe más bien como una ayuda. Esta visión se refleja en las respuestas de muchas mujeres, quienes, al ser consultadas sobre la política, tienden a asociarla a la pregunta de quién merece recibirla y quién no. Aguiló también destaca el papel fundamental que este ingreso desempeña en las vidas de muchas familias, ya que les permite desarrollar estrategias para la supervivencia diaria y la reproducción. Partiendo de estos dos puntos clave —la dificultad para considerar la AUH como un derecho y su relevancia en la vida cotidiana de las mujeres—, se procede al análisis de las entrevistas realizadas.

Micha (2019) también presenta un artículo que busca contribuir al debate al centrarse en las percepciones y experiencias de las mujeres titulares de la AUH. La autora focaliza su análisis en las diversas formas en que las mujeres "marcan" el dinero, explorando los significados y usos que le atribuyen. Propone que se observaron distintas maneras de marcar el dinero por parte de las mujeres titulares, quienes introdujeron controles, restricciones y distinciones en el uso de los distintos ingresos del hogar, diferenciando claramente entre el dinero proveniente de la AUH y las otras fuentes de ingreso.

Todas las mujeres entrevistadas que reciben la AUH coinciden en señalar que este ingreso es crucial para su cotidianidad, aunque no resulta suficiente para cubrir todas las necesidades de sus hijos, hijas y adolescentes. Una de ellas, madre de un bebé de tres meses, mencionó que recibe la Asignación, la Tarjeta Alimentar y el Plan de los 1000 días, que le otorga un monto específico para la leche de su hijo. Sin embargo, destacó que este apoyo no alcanza a cubrir los gastos de pañales y leche,



afirmando: "Con la asignación no lo visto". Sin embargo, al mismo tiempo manifestó que sin este ingreso le sería imposible poder solventar todos los gastos que su hijo demanda.

Es importante destacar que, en muchas familias, y especialmente en este contexto económico y social tan complejo, la AUH constituye una de las principales fuentes de ingresos.

Algunas de las mujeres presentes en la sala mencionaron que reciben el Sistema Único de Asignaciones Familiares (SUAF), cuyo monto es considerablemente inferior al de la Asignación Universal por Hijo (AUH). Varias de ellas comentaron: "Si yo cobrara eso, estaría muy bien". Sin embargo, no profundizaron en los beneficios que implica tener un trabajo formal, como el aguinaldo, las vacaciones pagas o la cobertura de obra social, entre otros. Tampoco se mencionó que, a diferencia de la AUH, no tienen la obligación de cumplir con los controles de salud o la asistencia escolar para que el pago se realice de manera continua. Por lo tanto, se puede inferir que las mujeres que reciben el SUAF enfrentan una menor preocupación respecto a los controles, ya que su ingreso no depende de que la pediatra llene o no el formulario correspondiente.

Además, surgió un debate sobre las familias en las que el padre de los hijos, hijas o adolescentes trabaja de manera formal, pero no contribuye con este ingreso para cubrir los gastos de la crianza. Una de las mujeres que se encontraba en sala de espera refirió que cobra AUH solo por uno de sus hijos, ya que el padre de sus otros dos hijos estaba en un trabajo formal y no podía cobrar por ellos.

Por otro lado, varias de las mujeres entrevistadas en la sala de espera no compartieron sus opiniones sobre el sistema de salud ni sobre la política en cuestión. Antes de realizar las entrevistas, la Agente Sanitaria del centro de salud revisó las libretas de los niños, niñas y adolescentes con el propósito de verificar el cumplimiento de los controles médicos y los calendarios de vacunación. Se sospecha que muchas de las participantes prefirieron no expresar sus percepciones por temor a que sus comentarios pudieran afectar negativamente la calidad de su atención médica. Esto es así, ya que, al acercarme a varias mujeres, muchas en lugar de referirse a la política en sí, se referían a la atención del centro de salud y de sus profesionales.

En las observaciones participantes realizadas en la sala de espera, se evidenciaron varias situaciones en las que las personas se someten a agresiones por parte del personal de salud, a menudo con el fin de no perder sus turnos médicos. Esto pone de manifiesto que el acceso a la atención no es considerado plenamente un



derecho, sino más bien un 'favor' que lleva a los usuarios a no exigir un sistema de salud público, gratuito y de calidad.

Asimismo, en las entrevistas emerge la 'moralización entre pares', planteada por Aguiló (2022), según la cual la mayoría de las mujeres tiende a culpar a otras por el mal uso del dinero, comparándolo con su propia forma de gastarlo, que se considera adecuada, ya que está destinado a cubrir las necesidades de sus hijos e hijas (31p.). Este fenómeno se observa tanto en las entrevistas a las mujeres receptoras como en las opiniones de las profesionales y en la Unión Vecinal. Es un discurso que circula en el sentido común y que, a menudo, se reproduce sin un fundamento real.



Capítulo 4: ¿Cómo Resolver la Condicionalidad en Salud?

Después del análisis realizado hasta este punto, surge una cuestión central para este trabajo: ¿Cómo abordan las mujeres beneficiarias de la Asignación Universal por Hijo (AUH) la condicionalidad en salud? Este capítulo se propone explorar las estrategias empleadas tanto por las mujeres beneficiarias, como por el personal del Centro de Salud y la Unión Vecinal, con el fin de cumplir con dichas condicionalidades. A su vez, se identificarán los factores facilitadores y los obstáculos que surgen a lo largo del proceso.

En primer lugar, es necesario establecer una definición operativa de "estrategias". Para este trabajo, entendemos las estrategias como "las líneas de acción objetivamente orientadas que los agentes sociales construyen continuamente a través de su práctica" (Bourdieu, 2005: 190, en Bourdieu y Wacquant, 2005). De este modo, las estrategias no se limitan a una racionalidad económica, sino que reflejan las decisiones prácticas de las mujeres frente a los desafíos que enfrentan para cumplir con los requisitos del programa AUH.

Es importante destacar que, a lo largo de todo el análisis, se tendrá en cuenta el concepto de habitus de Bourdieu, tal como lo define Ambort (2016). Según esta autora, el habitus comprende los esquemas de percepción y valoración de los agentes, los cuales influyen en la dinámica del esquema condicionado de la AUH, específicamente en el ámbito de la salud. Esta herramienta analítica, proveniente de la sociología, nos permite interpretar las percepciones de los actores involucrados. Además, integra la dimensión histórico-estructural, que explica cómo estos esquemas de percepción se construyen y se reconstruyen, adaptándose a las exigencias de la práctica.



Estrategias Reales de las Mujeres Receptoras de la AUH

De acuerdo con las entrevistas realizadas a las mujeres beneficiarias de la AUH en la sala de espera del Centro de Salud, se evidencian múltiples estrategias empleadas por ellas para cumplir con la condicionalidad en salud. Las respuestas obtenidas fueron diversas, lo que sugiere que las mujeres enfrentan diversas dificultades a la hora de realizar los controles médicos requeridos.

En primer lugar, se observa que el sistema de salud establece que los turnos deben ser solicitados a través de la línea telefónica 148, la cual gestiona los turnos para todos los centros de salud de la provincia. Sin embargo, las opiniones sobre esta línea telefónica fueron polarizadas. Algunas mujeres, aunque en menor número, señalaron que no tienen inconvenientes con la línea 148, y que logran obtener los turnos médicos a través de este medio sin dificultades. No obstante, la mayoría de las entrevistadas, al igual que el personal de salud, manifestó enfrentar constantes problemas con la línea 148.

Una de las mujeres entrevistadas expresó: “Con el 148 siempre hay un problema. Llamo desde las 8 am, que supuestamente empiezan, hasta las 11 o 12 am y nadie me contesta, o me cortan la llamada”. Otra madre comentó: “Estuvimos dos semanas intentando sacar el turno. Finalmente, nos atendieron un viernes y el turno nos lo dieron para el miércoles siguiente”. Estas experiencias reflejan la frustración que muchas mujeres sienten al intentar acceder a los turnos médicos.

En contraste, algunas entrevistadas mencionaron alternativas para sortear las dificultades con la línea 148. Una mujer, por ejemplo, recurrió al número directo del centro de salud N°18, 448, obteniendo el turno sin inconvenientes: “Llamé esta mañana y me dieron turno para hoy. Nunca tuve problema para sacar turno ni que me llenen el formulario”.

Otras mujeres optaron por obtener los turnos de manera presencial, llegando a primera hora o incluso el día anterior para asegurar su lugar. Estas estrategias reflejan la adaptabilidad de las mujeres frente a un sistema de salud que, en muchos casos, no resulta accesible o eficiente.

Un caso particular evidenciado durante las entrevistas ilustra de manera clara las dificultades que enfrentan las mujeres al momento de gestionar los controles médicos. Una mujer relató que, al tener un bebé recién nacido con bajo peso, debía



realizar controles tanto en el hospital donde había dado a luz como en el centro de salud N°18. En una ocasión, ambos controles coincidieron el mismo día, lo que la obligó a elegir a cuál asistir. La mujer explicó: “Decidí ir al del Lago porque me dijeron que, si no iba, me mandaban a la trabajadora social. Esas amenazas me dan miedo, así que preferí ir al Lago y perder el turno de acá”. Esta situación evidenció no solo la sobrecarga de la madre en la gestión de los controles, sino también la ansiedad generada por la falta de claridad en la información proporcionada por los profesionales.

A partir de este relato, se destacan dos cuestiones clave: por un lado, las dificultades prácticas para asistir a todos los controles médicos, y por otro, la estrategia de la mujer de asistir al control que implicaba mayores consecuencias si no se realizaba, a pesar de perder otro control igualmente importante.

Además, la mujer refirió que la pediatra del Hospital le indicó que su hijo había alcanzado un peso adecuado para su talla, mientras que la profesional del centro de salud le expresó que el niño seguía con bajo peso y que, si la situación no mejoraba, sería derivado a CONIN⁷. Esta madre se encontraba profundamente angustiada, ya que no sabía a qué profesional confiar.

Asimismo, otra de las mujeres refiere que ella no es del Barrio Espejo, zona que le corresponde este centro de salud, sin embargo, decide ir a colocarle las vacunas a su hijo a ese centro de salud, pero realizar los controles médicos en el Hospital Carrillo el cual le queda más cerca de su vivienda. La misma logró ajustar los controles médicos y de vacunación de acuerdo a su cotidianeidad.

En una de las entrevistas realizadas surge un obstáculo que no se había tenido en cuenta en otras entrevistas. Una de las mujeres refiere que le faltó el control de los 2 años de su hijo dado que el centro de salud se encuentra cerrado para control de niño sano en los meses de mayo, junio y julio. Razón por la cual se atrasó en ese control, pero refiere que pudo hacerlo de igual manera en noviembre y no hubo ningún inconveniente en el llenado del formulario ni en completar el calendario de vacunación.

A partir de los testimonios de las mujeres entrevistadas, se observa que cada una emplea diferentes estrategias para cumplir con los controles médicos exigidos por la condicionalidad de la política, adaptándolas a su propia realidad cotidiana. Esto pone en evidencia las múltiples dificultades que enfrentan para acceder al sistema de salud,

⁷ Corporación para la Nutrición Infantil: Es una organización sin fines de lucro que combate la desnutrición infantil en la Argentina



ya que la mayoría de las entrevistadas experimenta inconvenientes tanto al momento de sacar los turnos como para asistir a las consultas programadas.

Es importante señalar que ninguna de las entrevistadas mencionó haber recibido apoyo o colaboración, ni por parte del personal del centro de salud, ni de la unión vecinal a la que pertenecen, para facilitar el acceso a los controles médicos.

Percepción del Personal de Salud sobre las Estrategias de las Mujeres

Como se mencionó en capítulos anteriores, la percepción del personal de salud sobre las estrategias de las mujeres puede influir significativamente en su acceso a los servicios. En las entrevistas realizadas a la Agente Sanitaria y la Trabajadora Social, se les preguntó específicamente sobre las estrategias empleadas por las mujeres y su valoración respecto a las mismas.

Ambas profesionales reconocieron el esfuerzo de las mujeres por cumplir con los requisitos del programa y señalaron algunas estrategias que consideran útiles. Por ejemplo, ambas mencionaron su intento por facilitar el acceso a los turnos, especialmente a aquellas mujeres que enfrentan mayores dificultades para conseguirlos. También señalaron su esfuerzo por orientar a las madres sobre dónde realizar las prácticas solicitadas cuando no están disponibles en el centro de salud N°18, y brindaron información sobre los operativos de salud que permiten una atención diferenciada.

Sin embargo, también se hicieron referencia de ciertas estrategias empleadas por algunas mujeres con las que no estaban de acuerdo. Una de las prácticas mencionadas fue que algunas mujeres, sabiendo que gritar o insultar a los trabajadores les aseguraría la obtención de un turno, optaban por esta estrategia. Otras mencionaron la práctica de "vender" los turnos, especialmente para especialidades como la oftalmología, en la que se requiere llegar muy temprano al centro de salud. En estos casos, algunas mujeres preferían pagar a otras personas para que les aseguraran el turno sin tener que hacer la fila. Sin embargo, es algo que no se puede constatar y se pueden considerar producción y reproducción de imágenes, representaciones e ideas estigmatizantes y culpabilizadoras sobre la pobreza que fortalecen el sistema de relaciones sociales propias de una sociedad desigual y discriminatoria (Aguilo, Neri, Lobos, Rubio; 2011; p.1)



Asimismo, las profesionales señalaron que, durante el mes de diciembre, cuando las beneficiarias deben presentar el formulario de ANSES para cobrar el 20% retenido durante el año, el centro de salud se ve desbordado por la gran cantidad de personas que acuden a completar este trámite. Además, señalaron que otra de las estrategias comunes que identifican es la de "mentir sobre el robo de las libretas", con el fin de hacer creer al personal de la institución que los controles médicos están al día.

En relación con estas situaciones, la Agente Sanitaria comentó que, aunque en un primer momento intenta llamar la atención de las mujeres para que regularicen su situación, solo lo hace una vez. En caso de que la situación persista, remite a la Trabajadora Social, quien se encarga de realizar un seguimiento más exhaustivo.

En línea con los aportes de Goldar y otros (2025), se observa que, en un contexto de neoliberalismo y conservadurismo, la retirada de servicios sociales del territorio ha generado una creciente dependencia de la articulación profesional frente a la institucional. La falta de una intervención institucional coordinada en el territorio limita el acceso efectivo a los derechos sociales, lo que aumenta las tensiones en la prestación de servicios. Asimismo, las autoras sostienen que las (des) articulaciones con las distintas organizaciones e instituciones traman las diferentes intervenciones sociales; lo cual tiene estrecha vinculación con la construcción del espacio público y con la disputa de sentidos. Y en el seno de estas tensiones la pregunta es cómo construir intervenciones que tiendan a la garantía de derechos (p.6).

Ambas profesionales señalaron que, en los últimos años, la colaboración entre el Centro de Salud y otras organizaciones, como las escuelas y merenderos, se había visto debilitada. En 2022 y 2023, se realizaban asesorías periódicas en diversos puntos del territorio, pero en 2024 este tipo de actividades se redujeron considerablemente. La Agente Sanitaria expresó que este año la situación había sido "borrosa" en cuanto a las intervenciones fuera del centro, lo que dificulta la labor de apoyo a la comunidad.

El Rol de la Unión Vecinal en el Acceso a la Salud

Uno de los objetivos de este trabajo era analizar el papel de las organizaciones sociales territoriales, como la Unión Vecinal, en el acceso a los servicios de salud. Ruth Parola (2001) plantea en su escrito que a partir de la crisis del Estado-Nación marcada por la pérdida de la soberanía y autonomía, emergen múltiples demandas sociales no atendidas ni procesadas por el Estado. Como consecuencia, se establecen relaciones



sociales entre sujetos, quienes producen significados, comunican, negocian y toman decisiones a través de los cuales buscan canalizar dicha demanda social, con el objetivo de desarrollar un sistema de oportunidades y obligaciones. La Unión Vecinal se presenta como un espacio clave para canalizar estas demandas y fortalecer el acceso a los servicios de salud.

En la entrevista realizada a la presidenta de la Unión Vecinal, se le preguntó si había notado un aumento de la demanda por parte de los vecinos en relación al contexto económico y social del año 2024. Ella respondió: “Sí, sí, pero las demandas igual no las canalizan a través de la unión vecinal, las canalizan a través del municipio. Aquí en el barrio, no notamos un aumento porque hace bastante que se dejó de hacer”. Esta respuesta refleja una cierta desconexión entre las necesidades de la comunidad y la capacidad de la Unión Vecinal para canalizarlas adecuadamente.

Asimismo, Nora Aquin y otros (2003) sostienen que a partir del proceso de descentralización de las políticas sociales que comienza en los '80, se produjo una creciente dificultad en cuanto a la “accesibilidad” a bienes y servicios, como se nombró anteriormente. Sin embargo, en simultáneo esto provocó un fortalecimiento de la acción colectiva a nivel comunitario con el objetivo de lograr cambios en los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, en otras palabras, para lograr mantener o mejorar las condiciones de vida adquiridas.

Cuando se le preguntó sobre la colaboración con el Centro de Salud, la presidenta indicó que, en realidad, la Unión Vecinal solo cede el espacio para operativos de salud, sin una articulación concreta con la institución. A pesar de que ambas instituciones son fundamentales para el acceso a la salud, la falta de un trabajo conjunto claro debilita la intervención en territorio, generando un vacío en la atención y exacerbando la desarticulación entre las políticas públicas de salud y las organizaciones comunitarias.

En la misma línea, se le preguntó si tenía conocimiento sobre cuántas familias reciben la AUH, si tienen acceso adecuado a la salud y si se realizan controles médicos. A lo que respondió que sabe que las familias reciben la ayuda, pero no se lleva un registro ni control sobre ello. Mencionó que solo en el caso puntual de una niña de 14 años con problemas renales se gestionó una articulación con el centro de salud para asegurar su acceso. En cuanto al resto de las familias, no hay control, registro ni planes para generar una articulación similar.



Este capítulo ha analizado las estrategias adoptadas por las mujeres receptoras de la AUH y las percepciones del personal de salud y la Unión Vecinal sobre estas estrategias. Se ha observado que, si bien las mujeres desarrollan una serie de tácticas para sortear las dificultades en el acceso a la salud, existen tensiones significativas entre las instituciones y la comunidad. La falta de articulación entre el centro de salud y las organizaciones sociales, junto con las barreras estructurales, pone en riesgo no solo el acceso a la salud, sino también deja en evidencia la tensión entre el sostenimiento del discurso de promoción de derechos y otras ideologías en las instituciones (Goldar y Parola, 2025, p.9), así como también la cohesión comunitaria, favoreciendo el individualismo y el conformismo frente a las dificultades del sistema.

Facilitadores y obstaculizadores en el acceso a la salud

Es crucial analizar los facilitadores y obstaculizadores en el acceso a la salud, ya que estos factores influyen de manera significativa en la efectividad y el alcance de las políticas públicas, como la Asignación Universal por Hijo (AUH). Identificar ambos tipos de factores permite comprender mejor las dificultades y recursos con los que cuentan las mujeres beneficiarias al momento de cumplir con las condicionalidades en salud, lo que, a su vez, facilita la propuesta de soluciones adecuadas para mejorar su acceso a los servicios sanitarios.

De acuerdo con lo analizado hasta el momento podemos dar cuenta de múltiples factores a tener en cuenta.

En cuanto a los facilitadores, uno de los principales hallados en el Centro de Salud N°18 son los operativos de salud que se realizan con el objetivo de descongestionar los centros tradicionales. Según lo mencionado por la agente sanitaria, estos operativos permiten brindar atención integral a las personas que asisten, ya que incluyen servicios de ginecología, medicina familiar, pediatría, odontología, vacunación y laboratorio. Además, en ocasiones, se realiza una red de trabajo con la Municipalidad de Las Heras, lo que incluye la presencia de ANSES y el Registro Civil. Esto permite que quienes asisten al operativo puedan completar todos los trámites necesarios, como obtener la libreta de salud o realizar un trámite de documentación si así lo requieren. Los operativos se llevan a cabo en puntos estratégicos como SIC, Uniones Vecinales, CEDRIS, merenderos, entre otros espacios de la comunidad. Este tipo de iniciativas puede considerarse un facilitador, ya que muchas personas enfrentan dificultades para



acceder a los turnos a través de la línea 148, la cual a menudo está saturada y representa un obstáculo adicional en el acceso a la salud.

Por otro lado, existen diversos obstaculizadores que dificultan el acceso adecuado a los servicios de salud.

Uno de los principales obstáculos identificados tanto por gran parte de la población como por el personal de salud es la línea telefónica 148. En función de lo expuesto anteriormente y sin repetir la información ya mencionada, cabe destacar que esta línea presenta múltiples falencias que dificultan el cumplimiento de su objetivo principal: proporcionar los turnos

Sumado a esto, y tras realizar observación participante en varias ocasiones en la sala de espera, pude constatar que el trato hacia las personas que asisten al centro de salud es, en muchos casos, hostil. Un ejemplo claro de esto ocurrió durante un control de salud infantil. Una madre, que había estado en tiempo y forma para su turno, no escuchó cuando la pediatra la llamó debido a que estaba siendo atendida en el área de enfermería para controlar peso, altura, presión arterial, vacunas, entre otros. Al salir del control en enfermería, la madre golpeó la puerta del consultorio pediátrico para explicar la situación, y la respuesta de la pediatra fue que había perdido su turno y que no iba a esperar a nadie. La madre, visiblemente enojada, explicó que había cumplido con los horarios establecidos, y que la demora fue consecuencia de la atención en enfermería. Sin embargo, la pediatra insistió en que debía estar presente cuando la llamaran, sin tener en cuenta las demoras ajenas a la madre. Este tipo de situaciones genera un gran malestar, ya que implica más tiempo de espera para recuperar el turno perdido, sin contar que muchas personas deben solicitar un día de trabajo para asistir a la consulta, lo que agrega una carga adicional.

Una de las mujeres entrevistadas mencionó que “la pediatra es muy mala, por eso me salte esos dos controles, no soy la única que piensa lo mismo, mi vecina me contó que no le quiere firmar el formulario y que ella tiene todos los controles de los chicos al día”. En esta cita se puede evidenciar que la atención de la pediatra obstaculiza el acceso a poder realizarle los controles médicos a estos niños.

Asimismo, retomando los aportes de Parola y Goldar (2025), las autoras destacan un factor fundamental que no puede ser ignorado en el ámbito de la salud: la hegemonía médica. Este fenómeno tiene el poder de universalizar y homogeneizar las prácticas, ocultando las diferencias, y define lo que se considera digno de atención y lo



que no. Además, establece quiénes son los sujetos que deben ser atendidos, designándolos y, en muchos casos, ejerciendo un control sobre ellos (p. 13). Los ejemplos mencionados anteriormente ilustran cómo las decisiones tomadas por la pediatra no son cuestionadas por el resto del personal del centro de salud. En ninguno de los casos se observó que algún otro profesional o directivo de la institución interviniera, lo que refleja la centralidad y el poder de la figura médica en este contexto.

Otro obstáculo observado en la sala de espera tiene que ver con la actitud de la parte administrativa del centro de salud. En varias ocasiones, las personas que solicitaban información mínima sobre sus turnos fueron respondidas de manera agresiva por la recepcionista. En dos situaciones concretas, dos pacientes se acercaron a preguntar por el nombre del médico que los atendería, y en ambos casos la recepcionista respondió de manera brusca, indicando que esa información sólo se daba al momento de asignar el turno y que no iba a buscar las historias clínicas en ese momento. Su actitud fue percibida como muy poco amable y contribuyó a aumentar el malestar de las personas que asistían al centro.

Estos ejemplos evidencian cómo las interacciones hostiles, tanto por parte de los profesionales de la salud como del personal administrativo, pueden ser un obstáculo significativo en el acceso y aprovechamiento de los servicios médicos, afectando directamente la experiencia de los usuarios.

Podemos observar que las estrategias empleadas por las mujeres receptoras son diversas, ya que buscan afrontar las múltiples barreras institucionales presentes en el centro de salud. En este contexto, entendemos las “barreras institucionales” como aquellos obstáculos estructurales, normativos y prácticos que dificultan el acceso a servicios y recursos. De acuerdo con Bourdieu (1997), las instituciones, a través de sus estructuras y mecanismos, actúan como filtros que perpetúan la exclusión y la desigualdad social, estableciendo barreras que limitan el acceso de los grupos más desfavorecidos a los recursos y oportunidades disponibles para otros sectores de la sociedad (p. 72).

Así, las mujeres receptoras se ven en la necesidad de desplegar diversas estrategias para superar estos obstáculos, tales como utilizar el número 148, hacer frente a las agresiones del personal de salud, o lidiar con la falta de profesionales. Por otro lado, las profesionales de la salud también identificaron ciertas estrategias con las que no estaban de acuerdo. Sin embargo, al indagar sobre las razones detrás de su desacuerdo, no supieron dar una respuesta clara. Un ejemplo de esto es cuando se



considera que una familia es problemática por sacar cinco turnos en un mismo día. Al preguntarse por qué esto sería negativo, las profesionales no supieron explicar su postura. Igualmente, se considera inapropiado que alguien pague a otra persona para sacar un turno o envíe a un familiar en su lugar. Estas estrategias, aunque desaprobadas por el personal del centro de salud, son respuestas pragmáticas a los problemas que enfrentan las mujeres, ya que permiten resolver sus necesidades sin causar daño a terceros.



Consideraciones Finales

Al llegar a las instancias finales de este trabajo investigativo, es posible sintetizar los principales aportes al eje temático desarrollado a lo largo de esta tesis. A más de 15 años de la implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH), sigue siendo un tema de relevancia y preocupación tanto para la política pública como para la profesión de Trabajo Social.

Para cumplir con el objetivo investigativo, se realizó un trabajo de campo cuyo propósito fue “Examinar las estrategias utilizadas por las mujeres receptoras de la AUH para cumplir con los requisitos de la condicionalidad en salud de la AUH en el departamento de Las Heras, Mendoza, durante el año 2024”. Este proceso permitió explorar en profundidad las estrategias que las mujeres emplean para cumplir con dichas condicionalidades, a pesar de las barreras impuestas por la precariedad del sistema de salud y las dificultades económicas que enfrentan.

A lo largo de la investigación, se evidenció que, aunque las mujeres adoptan diversas estrategias para garantizar el cumplimiento de las condicionalidades, estas implican un alto costo emocional y físico. La conciliación entre las responsabilidades domésticas, laborales y la atención a la salud representa una carga considerable, y el cumplimiento de las condicionalidades no siempre se traduce en una mejora significativa en su salud o en la de sus hijos.

Asimismo, y tomando los aportes de Bourdieu, es crucial entender las estrategias no como decisiones estrictamente racionales, sino como prácticas razonables, es decir, como respuestas adaptativas que surgen del habitus de los individuos. Como afirma Bourdieu: “Las estrategias no son el producto de una razón consciente y deliberada, sino de una razón práctica, de una lógica que está inscrita en las disposiciones de los agentes y que se adapta a las condiciones sociales en las que se inscriben” (Bourdieu, 1997).

De acuerdo con Bourdieu, el habitus no es una estructura rígida, sino un sistema de disposiciones que orienta las prácticas y percepciones de los individuos en un campo determinado. Las estrategias, por lo tanto, se deben entender como soluciones razonables a los problemas que los actores sociales enfrentan dentro de las restricciones y oportunidades que el campo social ofrece. Estas estrategias no son simplemente respuestas lógicas, sino prácticas socialmente adecuadas, que emergen del habitus y se ajustan a las estructuras de poder y capital que predominan en un



determinado contexto. Es por eso que, algunas de las estrategias que aparecen como irracionales para el personal de salud, son totalmente razonables para las mujeres receptoras de la política de acuerdo a su vida cotidiana.

Además, las organizaciones sociales, que históricamente han jugado un papel crucial en las comunidades, han visto su capacidad de intervención debilitada debido al contexto político, social y económico actual. Las organizaciones comunitarias siguen siendo esenciales para facilitar el acceso a los servicios y derechos, pero esta función se encuentra tensionada por el enfoque neoliberal que delega la responsabilidad del bienestar en estas organizaciones y en la responsabilidad individual, desresponsabilizando al Estado como garante de derechos. Las intervenciones sociales deben considerar cómo articularse en este contexto para garantizar derechos y fortalecer el espacio público. (Parola y Goldar, 2025)

Una de las principales barreras institucionales identificadas en este estudio fue el trato de los profesionales de la salud, tanto médicos como administrativos, hacia las personas usuarias del servicio. Este tipo de actitudes obstaculizan significativamente el acceso a la salud de los niños, niñas y adolescentes. En este sentido, como sostienen Aquin, Budino y Griffa (2014), es fundamental revisar los posicionamientos teóricos, éticos y políticos del personal de salud, ya que estos influyen directamente en el acceso efectivo a los derechos, más allá de la disponibilidad de los servicios. Es decir, no sólo en términos del recurso que contribuye a la reproducción cotidiana de la existencia de las unidades domésticas sino también en el reconocimiento de sus derechos.

En cuanto a la práctica del Trabajo Social, esta investigación subraya la necesidad de una comprensión integral del contexto social en el que viven las familias más vulnerables, especialmente cuando las políticas públicas, como la AUH, no garantizan por sí solas el acceso efectivo a los derechos fundamentales. El Trabajo Social debe ir más allá de la gestión de recursos y abogar por la organización comunitaria y la acción colectiva como herramientas clave para el empoderamiento y la mejora del acceso a los servicios.

Asimismo, en relación con lo mencionado anteriormente, la profesión tiene la responsabilidad de superar la hegemonía médica, tan naturalizada en el ámbito de la salud. Como profesionales, no podemos desconocer ni permitir que este tipo de trato continúe ocurriendo hacia los usuarios del sistema de salud público.



Finalmente, sería relevante continuar con investigaciones que profundicen en el rol de las organizaciones sociales en la mediación de las políticas públicas, especialmente en la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud. Estas investigaciones deben considerar las diversas dimensiones sociales, culturales y económicas que afectan a las familias en situación de vulnerabilidad. Además, es crucial seguir analizando cómo las políticas públicas pueden volverse más inclusivas y adaptadas a las realidades diversas de las familias beneficiarias de la AUH, promoviendo su bienestar integral. En este sentido, Fontanet y Pastore (2014) señalan:

“La posibilidad de contar con una política inclusiva como la AUH permite proyecciones a largo plazo, vislumbrando un mejor futuro para los niños, niñas y adolescentes de las familias que gozan de este derecho. Pero esto solo será así si cada uno de los actores implicados en el proceso, llámese Estado Nacional, organizaciones sociales territoriales, centros de salud, establecimientos educativos o las mismas familias, asumen un rol de corresponsabilidad para el sostenimiento de la AUH como política a largo plazo, defendiendo y fortaleciendo este derecho” (p. 184).

En conclusión, el cumplimiento de las condicionalidades de salud por parte de las mujeres es un proceso complejo que requiere un enfoque integral. Este enfoque debe considerar no sólo las condiciones personales y familiares, sino también el fortalecimiento de las organizaciones sociales como aliados estratégicos para garantizar un acceso equitativo y efectivo a la salud, así como el compromiso de los profesionales de la salud para mejorar dicho acceso. Sería importante realizar investigaciones a mayor escala y en diversas regiones del país para obtener una visión más amplia de los desafíos y éxitos en el cumplimiento de las condicionalidades, contribuyendo a la mejora continua de las políticas públicas.



Bibliografía:

Aguilar, P. (2019). Pensar el cuidado como problema social. Los derroteros del cuidado, (pp. 19-30). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Aguilo J.C. (2022) “Análisis sociológico de las interpretaciones que sobre la AUH presentan las receptoras de la política.” Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Aguilo J.C. (2022) “Análisis sociológico de las interpretaciones que sobre la AUH presentan las receptoras de la política.” Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Aguilo, Juan Carlos (2021). Políticas sociales en Argentina: de la Sociedad de Beneficencia a la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social. Documento de cátedra.

Aguilo, Juan Carlos, Neri, Laura, Lobos, Nicolás, Rubio, Ricardo. (2011); “La Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH): su impacto en las trayectorias de vida y su lugar en la lucha ideológica en la Argentina actual”, Revista Confluencia, Año 6, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNCuyo.

Aguirre, M. (2024). Trabajo precario, trabajo de cuidados y sus expresiones en salud pública: ¿cuánto y cómo protege la asistencia social latinoamericana?. Itinerarios De Trabajo Social, (4), 61–71. <https://doi.org/10.1344/its.i4.43748>

Aguirre, M. (2024). Trabajo precario, trabajo de cuidados y sus expresiones en salud pública: ¿cuánto y cómo protege la asistencia social latinoamericana? Itinerarios de Trabajo Social, 4, 61-71. <https://doi.org/10.1344/its.i4.43748>

Anzorena, Claudia (2013) “División sexual del trabajo: varones públicos, mujeres domésticas”, en Mujeres en la trama del Estado. Una lectura feminista de las políticas públicas Mendoza“UDIUNC”2013

Aquin N; Baudino S; Griffa F; (2014) “Asignación Universal por Hijos ¿Nuevos desafíos para el Trabajo Social?” IX Jornadas de investigación, docencia, extensión y ejercicio profesional: "Transformaciones sociales, políticas públicas y conflictos emergentes en la sociedad argentina contemporánea.



Aquin N; Miranda A; Griffa A. F.; Leoni N; (2012) “¿TITULARES O TUTELADOS? Evaluación doméstica y territorial de la AUH en los procesos de reproducción cotidiana de la existencia” 2das. Jornadas Internacionales Sociedad, Estado y Universidad Universidad de Villa María- Provincia de Córdoba.

Aquin, N., Baudino, S. y Griffa, F. (2014). Asignación Universal por Hijos ¿Nuevos desafíos para el Trabajo Social? En: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/43649>

Barreiro, Ana; Fuentes, María; Giraldez, Soraya; Staffieri, María (2002). Comunidad ¿cómo una unidad? Rupturas y continuidades en el concepto de comunidad. En: AAVV (2002) Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social. Buenos Aires, Espacio Editorial. Pág. 125- 140

Bourdieu, P. (1997). La distinción: Criterio y bases sociales del juicio (1ª ed.). Ediciones Siglo XXI.

Butinof, M., Abraham, MD y Huergo, J. (2023). Tarjeta Alimentar: ¿qué define una mejor compra? ¿Para quiénes? Operativo de implementación en la Provincia de Córdoba . *Rdm Revista de Salud Pública

Cabrera, M (2023) Los cuidados en la primera infancia: Análisis de la organización social de los cuidados en el Programa 1000 días. Universidad Nacional de Lujan Centro Regional Campana Trabajo Final de Graduación Licenciatura en Trabajo Social.

Chiavetta, Valentina; Gullo, Carla. (2014). Las Organizaciones Sociales y la Asignación Universal por Hijo: nuevo escenario: nuevos desafíos (Tesina de grado). Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

D'Amico, V (2018); Las transformaciones en las prácticas de los sectores populares organizados a partir de la implementación de la Asignación Universal por Hijo. CIUDADANÍAS. Nº 3, 2do semestre de 2018, ISSN 2545-7969. FAHCE-UNLP / CONICET

Esquivel, V.; Faur, E.; Jelin, E. (2012) Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado. Bs. As.: IDES. P.

Fontanet, Fernando; Pastore, Pablo. (2014). Las organizaciones sociales territoriales ante un nuevo escenario. Reconfiguración de prácticas en el contexto de



aplicación de la Asignación Universal por Hijo. Revista Debate Público. Reflexiones de Trabajo Social.

Giraldez, Soraya (2013). Diálogos en el territorio. Organizaciones y políticas sociales, sus mutuas implicancias. En: TESTA, M. Cecilia Trabajo Social y Territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones.

Guzzeti, Lorena (2012) "La perspectiva de género. Aportes para el ejercicio profesional" Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" - Artículos seleccionados

Llaury, S., et al. (2024). "AUH: Efectos sobre la informalidad laboral". [Tesis de grado. Universidad Torcuato Di Tella]. Repositorio Digital Universidad Torcuato Di Tella. <https://repositorio.utdt.edu/handle/20.500.13098/13121>

Matilde Ambort, "La AUH en la escuela. Principios de acceso en el diseño y perfiles de percepción en la práctica: ¿Mérito, derecho o regalo?". Cuadernos del Ciesal. Año 13, número 15, enero-diciembre 2016

Micha, Ariela (2019). "Usos y administracion de la Asignacion Universal por Hijo (AUH): entre el "deber ser" y la autonomía económica de las mujeres". Trabajo y Sociedad. Sociología del trabajo- Estudios culturales- Narrativas sociológicas y literarias. Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet)

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. (2020). Reporte de monitoreo: Tarjeta Alimentar - 4° Trimestre 2020. [https://www.argentina.gob.a/sitio/predeterminado /f/2020//12 /informe.pdf](https://www.argentina.gob.a/sitio/predeterminado/f/2020//12 /informe.pdf)

Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires. (2021). Ley Nacional 27.611 "Plan Nacional 1000 días". Programa Provincial de acompañamiento y cuidados integrales de la salud durante el embarazo y la primera infancia. Buenos Aires, Ministerio de salud.

Moreno, G., Moreno, M., & Blanco, A. (2024). Análisis de redes de centros de atención primaria de la salud empleando simulación numérica y algoritmos genéticos. AACINI - Revista Internacional De Ingeniería Industrial, 4(1), 43-56. Recuperado a partir de <https://riii.fi.mdp.edu.ar/index.php/AACINI-RIII/article/view/110>

Parola R. y Goldar, M.R. (2025) La intervención social tensionada: Trabajo Social, políticas públicas, saberes y expectativas. Cap. 2. En Favero, Agustina (Coord) Cuadernos de Cátedra: En Las tramas del debate del Trabajo Social: entrelazando



diálogos desde apuestas colectivas de investigación. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata. (en prensa)

Pautassi, L., Arcidiácono, P. y Straschnoy, M. (2014). Condicionando el cuidado. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en Argentina. Íconos. Revista de Ciencias Sociales. Num. 50, Quito, septiembre 2014, pp. 61-75. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador. ISSN: 1390-1249

Rodríguez Enríquez, Corina (2019). Trabajo de cuidados y trabajo asalariado: desarmando nudos de reproducción de desigualdad. Revista THEOMAI, N°39.

Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. Políticas Públicas, Mujer y Salud, 27-39.

Tarjeta Alimentar: ¿qué define una mejor compra? ¿para quiénes? Operativo de implementación en la Provincia de Córdoba. Rev. Salud Pública (Córdoba) [Internet]. 2023 jun. 30 [cited 2024 Dec. 18];29(1). Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/39652>

Unicef Argentina. (2018). Inclusión de la AUH: Boletín 4. <https://www.un.org/argentina/sitios/unicef.org/argen/fil/2-04/inc-BOLETÍN-4.pdf>