

ODSA

Observatorio
de la Deuda
Social Argentina

BARÓMETRO DE
LA DEUDA SOCIAL
DE LA INFANCIA



UCA

DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN



INFORME ESPECIAL · 2021

EVALUACIÓN DE IMPACTO

DE LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO
(AUH) EN LA INFANCIA A DIEZ AÑOS DE SU
IMPLEMENTACIÓN

2021

OCTUBRE

ISSN 1853-6204



Poy, Santiago; Sánchez, María Emilia; Salvia, Agustín y Tuñón, Ianina. (2021). Evaluación de impacto de la Asignación Universal por Hijo (AUH) en la infancia a diez años de su implementación. Documento de investigación. Informe Especial. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2021.

70 p.; 27 x 21 cm.

Libro digital, PDF.

Archivo Digital: descarga y online.

Edición para Fundación Universidad Católica Argentina

ISBN 978-987-620-539-9

1. AUH. 2. Transferencias no contributivas. 3. evaluación de impacto. 4. Argentina. 5. Infancia.

CDD305.232

1º edición: diciembre 2021

Diseño Gráfico

María Nazarena Gómez Aréchaga

Libro editado y hecho en la Argentina

Queda hecho el depósito que previene la Ley 11.723

@Fundación Universidad Católica Argentina

Av. Alicia M. de Justo 1300

Buenos Aires – Argentina

Los autores de la presente publicación ceden sus derechos a la Universidad, en forma no exclusiva, para que incorpore la versión digital de los mismos al Repositorio Institucional de la Universidad Católica Argentina como así también a otras bases de datos que considere de relevancia académica. Asimismo, la Universidad Católica Argentina autoriza a la Asociación del Personal de los Organismos de Control (APOC) a la difusión de los mismos.

© 2021, Derechos reservados por Fundación Universidad Católica Argentina.



Asociación del Personal de los Organismos de Control

Secretario General de la Asociación del Personal de los Organismos de Control, Seccional Nación
Dr. Hugo Buisel Quintana

Director del Centro de Estudios y Formación Profesional "La Piedad" de la Asociación del Personal de los Organismos de Control
Dr. Guillermo Schweinheim



Observatorio
de la Deuda
Social Argentina

Observatorio de la Deuda Social Argentina

Director
Dr. Agustín Salvia

Coordinadora del estudio
Dra. Ianina Tuñón

Investigadores
Dr. Santiago Poy
Lic. María Emilia Sánchez

ÍNDICE

PÁG.

6

RESUMEN EJECUTIVO

PÁG.

8

01. INTRODUCCIÓN

PÁG.

10

02. LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO EN LA ARGENTINA

- 10** 2.1 Principales características del programa
 - 11** 2.2 Evolución de la cobertura de la AUH y de los montón transferidos
 - 13** 2.3 Antecedentes de las evaluaciones de la AUH
-

PÁG.

15

03. DISEÑO METODOLÓGICO

- 15** 3.1 Indicadores y fuente de datos
 - 17** 3.2 Metodología para analizar efectos sobre la pobreza y la indigencia
 - 18** 3.3 Método para la evaluación de impacto sobre dimensiones del desarrollo
-

PÁG.

25

04. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DESTINATARIA

- 25** 4.1 Caracterización de la población destinataria
 - 32** 4.2 La evolución de los indicadores de resultado entre 2010 y 2020
-

PÁG.

40

05. EFECTOS DE LA AUH EN LA POBREZA Y LA INDIGENCIA

- 40** 5.1 La evolución de la pobreza y la indigencia en la última década
- 42** 5.2 Los efectos de la AUH en la pobreza y la indigencia

PÁG.

46

06. EVALUACIÓN DE IMPACTOS DE LA AUH

- 46** 6.1 Ingresos familiares
 - 49** 6.2 Inseguridad alimentaria
 - 51** 6.3 Déficit en el cumplimiento del calendario de vacunación
 - 53** 6.4 Déficit de consulta médica
 - 55** 6.5 Déficit de consulta odontológica
 - 57** 6.6 No asistencia a la escuela
 - 59** 6.7 No haber festejado el último cumpleaños
 - 61** 6.8 Estimulación oral mediante cuentos y canciones
 - 63** 6.9 Trabajo infantil económico y doméstico intensivo
-

PÁG.

65

07. SÍNTESIS DE HALLAZGOS

PÁG.

68

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento es un informe de avance que procura **estimar los efectos de la Asignación Universal Hijo (AUH) en indicadores de bienestar y desarrollo humano** de la infancia y adolescencia en Argentina.

El informe de avance presenta:

- a. Caracterización sociodemográficos a la población de niños/as y adolescentes destinatarios/as de la AUH y sus cambios en el tiempo;
- b. Descripción de la población destinataria en una serie de indicadores de resultado ligados a la AUH –como la situación socioalimentaria, de salud, de educación y estimulación–;
- c. Evaluación de los efectos de la AUH en términos de reducción de pobreza e indigencia por ingresos.
- d. Evaluación de impacto en 4 dimensiones:
 1. Situación socioeconómica y alimentaria
 2. Salud
 3. Educación y estimulación
 4. Protecciones especiales al trabajo infantil

Para los puntos a, b y c se utilizó la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) (Serie Bicentenario y Serie Agenda para la Equidad (2010-2020), y para el punto d se utilizaron la EDSA y técnicas no experimentales a partir de emparejamiento por puntaje de propensión (propensity score matching). Se empleó una técnica de emparejamiento por vecino más próximo (5 vecinos) dentro de un rango de probabilidad (calipermatching).

Los principales hallazgos son:

- El programa AUH ha ido extendiendo su cobertura en el período 2010-2020, hasta alcanzar a más de un tercio de los niños/as y adolescentes del país.
- Más de dos tercios de los niños/as destinatarios pertenece a los niveles socioeconómicos más bajos, alrededor de tres cuartas partes viven en hogares pobres por ingresos y casi un quinto de ellos/as viven en hogares en situación de indigencia.
- Dentro del perfil sociodemográfico de las familias se destaca la mayor prevalencia de hogares monoparentales, extensos y más numerosos que sus pares no destinatarios/as.
- Los destinatarios/as de AUH tienen más privaciones que los no destinatarios/as y ello se evidencia en términos de inseguridad alimentaria. No

obstante, se observa relativa paridad en los controles de salud, calendario de vacunación, y déficit educativo, pero exhiben mayor déficit en los controles de la salud bucal y en indicadores de estimulación temprana.

- Se observaron efectos positivos de la AUH en la reducción de distintos déficits en indicadores de salud. Sin embargo, los impactos en la dimensión de salud no han sido persistentes en el tiempo. Se apreciaron resultados positivos en la reducción del déficit en el cumplimiento del calendario de vacunación, del déficit de consulta médica y del déficit de consulta odontológica. Los impactos en la reducción del déficit de vacunas y de control odontológico sólo se evidenciaron en 2018-2020, en el marco de un fuerte empeoramiento de la situación en los niños/as del grupo de control. En el caso del déficit de consulta médica, se ha observado un efecto positivo más intenso entre la población de niños/as cuya madre tenía baja educación, vivían en barrios informales o en el Área Metropolitana de Buenos Aires
- Entre 2010 y 2020 se incrementó la pobreza monetaria en la infancia argentina, y el efecto de la AUH sobre la incidencia de la pobreza se ubicó en un -13,2% en 2010-2013, en -11,9% 2014-2017 y se redujo a -4,5% en 2018-2020.
- El efecto es significativamente más fuerte en la indigencia, el efecto de la AUH sobre la indigencia de la población destinataria es de casi 50% en cada uno de los tres períodos analizados, y tiene un efecto importante en la intensidad de las privaciones materiales: se comprobó que reduce casi 20% la brecha de pobreza y entre 30 y 40% la brecha de indigencia.
- Los resultados obtenidos muestran impactos positivos y estadísticamente significativos de la AUH en distintas dimensiones del desarrollo humano de niños/as y adolescentes. La AUH ha tenido un impacto positivo y sostenido en el tiempo sobre el ingreso per cápita familiar y la situación de seguridad alimentaria de niños/as y adolescentes. El ingreso per cápita familiar de la población destinataria ha sido casi 40% superior durante el período 2010-2017 al del grupo de comparación. Asimismo, la AUH ha implicado una reducción de entre 3 y 6 pp. en la inseguridad alimentaria en la población destinataria en comparación con el grupo de control.
- De manera congruente con estudios previos, se identificaron impactos positivos de la AUH en la reducción de los déficits educativos. La AUH contribuyó a la reducción de la no asistencia escolar en la población de niños/as de 5 a 17 años. El impacto del programa en la reducción de la no asistencia a la escuela se estimó entre -1,4 y -3,9 pp., según el período considerado. La reducción del déficit educativo asociado ha sido superior entre los adolescentes de 13 a 17 y entre los niños/as con madres de menor nivel educativo y más jóvenes. En los demás indicadores considerados de la dimensión de estimulación, sólo se evidenció un efecto positivo en la reducción de la probabilidad de no haber festejado el último cumpleaños entre 2010 y 2013 y se registró un efecto positivo entre 2010 y 2017 en la probabilidad de haber sido receptor de cuentos y canciones por parte de los adultos de referencia.
- Por último, se encontró un efecto positivo de la AUH sobre la reducción de la propensión a realizar trabajo económico y doméstico intensivo en el período 2014-2020. El impacto de la AUH en la reducción de la realización de trabajo infantil económico y doméstico intensivo fue de -3,7 pp. en 2014-2017 y de -3,3 pp. en 2018-2020, una reducción de riesgo relativo de 22,8% y de 20,2% entre los destinatarios/as con respecto a los niños/as del grupo de control.

INTRODUCCIÓN

01

Durante los años 2000, numerosos países en desarrollo implementaron transferencias monetarias condicionadas como un nuevo componente de sus sistemas de protección social. En general, estas transferencias se dirigen a la población en situación de pobreza o vulnerabilidad socioeconómica y tienen un doble propósito: por un lado, reducir la situación de pobreza actual de la población destinataria y, por otro lado, mediante las condicionalidades se busca interrumpir la transmisión intergeneracional de la pobreza. En este sentido, se considera que la acumulación de capital humano por parte de los destinatarios/as propiciará la reducción de la pobreza en el futuro.

En el marco de la crisis de 2009, la Argentina comenzó a implementar la Asignación Universal por Hijo (AUH) como una transferencia monetaria dirigida a la población en situación de vulnerabilidad. La AUH es un programa nacional de transferencias monetarias condicionadas (TMC) dirigido específicamente a la infancia, que se ha estado ejecutando de manera continua desde su creación. Al igual que la mayoría de las transferencias monetarias, la AUH se propone impactar en las condiciones de pobreza actuales a través de una suma de dinero mensual dirigida a los hogares y, por otro lado, sobre las condiciones de pobreza futura a partir de la implementación de las condicionalidades.

Este informe consiste en una evaluación de impacto de la AUH a más de diez años de su implementación. Los objetivos del documento se enuncian a continuación:

- Caracterizar a la población de niños/as y adolescentes destinatarios de la AUH en términos sociodemográficos y examinar sus cambios en el período 2010-2020.
- Describir a la población destinataria en función de una serie de indicadores de resultado, vinculados con la situación socioeconómica, la salud y la educación durante el período 2010-2020.
- Evaluar los efectos de la AUH en términos de reducción de la pobreza y la indigencia y sus diferencias en el período 2010-2020.
- Evaluar el impacto de la AUH en 4 indicadores:
 1. Situación socioeconómica y alimentaria
 2. Salud
 3. Educación y estimulación
 4. Realización de trabajo infantil

La evaluación de impacto se realiza mediante técnicas no experimentales a partir de emparejamiento por puntaje de propensión (propensity score matching). La fuente de datos es la Encuesta de la Deuda Social Argentina, un relevamiento anual del Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (UCA). Si bien existen numerosas evaluaciones de

impacto de la AUH, este documento aporta el análisis de un período de más de una década de funcionamiento del programa. Asimismo, evalúa los impactos de la AUH en una serie de indicadores que no han sido habituales en investigaciones precedentes.

La segunda sección del documento se dirige a presentar las principales características de la AUH y a describir los resultados de otras evaluaciones que se han realizado con anterioridad. Si bien se cuenta con un importante volumen de información académica acerca de los efectos de la AUH sobre la población destinataria, no se dispone de evaluaciones sistemáticas que consideren sus cambios en el tiempo. Asimismo, se considera valiosa la sistematización de las modificaciones que sufrió el programa en la última década. La tercera sección describe la metodología. La cuarta avanza en una caracterización de los niños/as y adolescentes destinatarios y sus cambios en el tiempo, a la vez que aborda distintos indicadores de resultado. La quinta sección analiza los efectos de la AUH en materia de pobreza e indigencia. La sexta sección presenta los resultados de la evaluación de impacto. Y en la última sección, el documento concluye con una síntesis de los hallazgos.



LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO EN LA ARGENTINA

02

2.1. Principales características del programa

La AUH es una transferencia monetaria condicionada dirigida a la niñez. Un niño/a de 0 a 17 años es elegible para la AUH si sus padres están desempleados (y no están cubiertos por el seguro de desempleo) o si son trabajadores de la economía informal, monotributistas sociales, trabajadores temporales o trabajadoras de casas particulares¹. En el caso de los ocupados, los ingresos deberían ser inferiores al salario mínimo; sin embargo, no existe forma de comprobar este requisito en la práctica. La AUH es transferida preferentemente a la madre del niño/a y, en su formulación inicial, una titular sólo podía acceder a la transferencia por 5 hijos/as. El Decreto 840/20 de octubre de 2020 eliminó este tope. Por último, hasta septiembre 2020 se requerían 3 años de residencia en el país para cobrar la AUH, pero desde octubre 2020 el requisito es de 2 años.

Para poder cobrar la AUH no sólo deben cumplirse los requisitos de elegibilidad sino una serie de condicionalidades. El programa implica condicionalidades en salud y educación de los niños/as. En

primer lugar, los padres de los niños/as de todas las edades deben demostrar que su hijo/a está al día con el calendario de vacunación y que asiste a los exámenes médicos apropiados para su edad. Además, los padres de niños/as de 6 años o menos deben demostrar que su hijo/a está inscrito en un plan de salud. En segundo lugar, los padres de niños/as de 5 a 17 años deben demostrar que su hijo/a está asistiendo a la escuela. El cumplimiento se certifica anualmente mediante la presentación de una libreta firmada por las autoridades pertinentes del establecimiento de salud o la escuela. La no certificación del cumplimiento da como resultado la suspensión del cobro.

El pago de la AUH se realiza en dos partes y está relacionado con el cumplimiento de las condicionalidades. En una primera etapa, la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) –organismo a cargo de realizar los pagos– liquida el 80% de la prestación y en una segunda etapa el 20% acumulado restante, siempre que se haya presentado la documentación que certifique el cumplimiento de las condicionalidades. La suspensión acarrea la

1. Entre 2010 y 2011 se incluyó a trabajadoras de casas particulares (Res. 393/09), monotributistas sociales y trabajadores temporales, además de iniciarse la Asignación Universal por Embarazo (Res. ANSES 235/11) (Cetrángolo y Curcio, 2017). De acuerdo con el Decreto 593/16, además, se extendió la compatibilidad de la AUH con otros programas como el Seguro de Capacitación y Empleo y con otros programas nacionales de empleo.

pérdida por parte de los destinatarios/as de la suma anual acumulada que se habría pagado si el niño/a hubiese cumplido las condicionalidades².

Desde 2009 ha habido algunos cambios en la normativa referida a las condicionalidades, aunque cabe señalar que son de alcance muy limitado. Con respecto a las condicionalidades educativas, el decreto original planteaba que los destinatarios tenían que demostrar la asistencia a establecimientos educativos públicos. En 2010, el Ministerio de Educación aclaró que debía entenderse por establecimientos públicos también a aquellos de gestión privada con subsidio estatal completo y cuota cero (Marchionni y Edo, 2017). Más allá de esta especificación, lo cierto es que no ha habido mayores cambios en cuanto a los criterios que deben cumplir los destinatarios.

Se registraron más modificaciones en el caso de las condicionalidades de salud. Inicialmente existían dos condicionalidades: demostrar la realización de exámenes médicos de rutina y el cumplimiento del calendario de vacunación. Para 2011, se agregó una tercera condición: la inscripción en el Plan Nacer, un plan de salud para niños/as menores de seis años. En agosto de 2012, el Plan Nacer se amplió para incluir a niños/as de hasta 19 años, y esta ampliación pasó a llamarse Programa SUMAR. Además, la edad a la que corresponden estas condiciones cambió con el tiempo. En 2009, las condiciones de salud se aplicaron a los niños/as de 4 años o menos; para 2011, se aplicaban a los niños/as de seis años o menos (Walsh, Poy y Tuñón, 2020).

2.2. Evolución de la cobertura de la AUH y de los montón transferidos

La AUH está dirigida a los niños/as y adolescentes que son hijos/as de trabajadores informales o desocupados. Dado que la informalidad es un fenómeno muy extendido en el mercado de trabajo, desde su inicio la AUH adquirió un carácter masivo. Si bien existieron otras políticas masivas de lucha

contra la pobreza –en especial, durante la crisis de 2001/2002–, la AUH tiene un enfoque diferente y se inscribe en los programas de transferencia de ingresos que se generalizaron en la región durante la década de los 2000 (como *Bolsa Familia* o *Prospera*). En la actualidad, es la principal política del Estado argentino para atender a la vulnerabilidad en la infancia y la adolescencia.

En diciembre de 2020 había 2.468.209 titulares de la AUH en todo el país por 4.359.317 niños/as que recibían el beneficio (**Cuadro 2.2.1**). De acuerdo con la información de ANSES, por la prioridad que se otorga a la madre en el cobro de la AUH, el 96% de los titulares son mujeres. Asimismo, el 51,8% de las titulares tenían un hijo/a menor de 18 años a cargo y 28,1% tienen dos (Tuñón y Poy, 2020). Entre 2009 y 2020 el número de niños/as beneficiarios se incrementó 28%, mientras que el de titulares lo hizo al 51%. Ello explica que el promedio de beneficios se haya reducido sensiblemente entre 2009 y 2020 de 2,1 a 1,8 por titular.

El monto de la transferencia por AUH se actualiza periódicamente de acuerdo con la fórmula de movilidad del resto de las prestaciones de la seguridad social. En el año 2009, la transferencia cubría 26% de una Canasta Básica Total por adulto equivalente (o “línea de pobreza”) y 67% de una Canasta Básica Alimentaria (“línea de indigencia”). La capacidad de compra de la AUH se redujo en 2010 y se mantuvo relativamente estable, alcanzando su mayor nivel en 2017 (cuando cubría un 66% de la Canasta Básica Alimentaria). El poder adquisitivo de la prestación se debilitó a partir del año 2018, en un escenario de creciente inflación. Hacia el último año considerado, la AUH permitía adquirir 21% de la línea de pobreza o 51% de la línea de indigencia.

2. Con respecto al monto de la transferencia, hasta julio de 2015 no había un mecanismo que regulase automáticamente su actualización. A partir de entonces, se estableció una fórmula de actualización que incluye a otras prestaciones de la seguridad social. Los cambios acontecidos en la fórmula de actualización previsional afectaron también a la AUH.

Cuadro 2.2.1.

**Titulares de AUH, niños/as beneficiarios y montos de los beneficios^(a).
Comparación de canastas alimentarias de los años 2009-2020 (en números absolutos e índices 2009=100).**

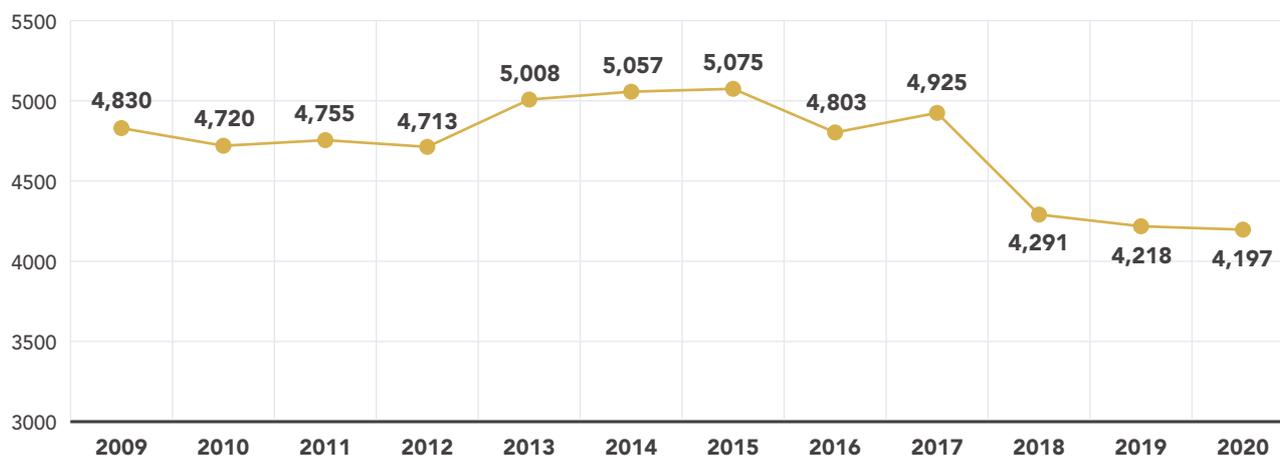
	Niños/as y adolescentes beneficiarios	Titulares	Beneficio promedio (AR\$ Marzo 2021)	Ratio Beneficio / CBT ^(b)	Ratio Beneficio / CBA ^(b)
dic-09	3.408.222	1.639.588	4.829,8	26%	67%
dic-10	3.513.064	1.748.635	4.719,9	25%	59%
dic-11	3.507.223	1.892.862	4.755,3	26%	57%
dic-12	3.314.179	1.793.231	4.712,6	25%	56%
dic-13	3.459.574	1.883.594	5.008,4	27%	57%
dic-14	3.574.765	1.975.703	5.057,0	27%	60%
dic-15	3.684.138	2.051.233	5.075,4	27%	61%
dic-16	3.957.826	2.196.864	4.802,6	26%	62%
dic-17	3.956.042	2.205.680	4.925,3	26%	66%
dic-18	3.994.424	2.250.441	4.290,7	22%	55%
dic-19	4.277.646	2.415.780	4.217,6	22%	54%
dic-20	4.359.317	2.468.209	4.197,1	21%	51%

Notas: (a) Se incluye AUH y AUH para hijo discapacitado / (b) Se considera el valor de la Canasta Básica Total y Alimentaria por adulto equivalente del Aglomerado Gran Buenos Aires.

Fuente: elaboración propia con base en datos de ANSES, BESS (MTEYSS), INDEC y Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 2.2.1. Evolución del monto de la transferencia de la AUH (en pesos de marzo de 2021).

Años 2009-2020.



Fuente: elaboración propia a partir de ANSES, BESS (MTEYSS), INDEC y Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

2.3. Antecedentes de las evaluaciones de la AUH

El objetivo de este apartado es revisar las diversas investigaciones que han dado cuenta de los impactos de la AUH sobre distintas dimensiones del desarrollo humano y social de los hogares perceptores y de los niños/as y adolescentes. Aquí se enumeran los principales resultados sobre el ingreso familiar, la pobreza, la inseguridad alimentaria e indicadores de salud y educación.

Resultados sobre ingreso familiar y tasas de pobreza

Existe amplia literatura para abordar el efecto de la AUH sobre los niveles de pobreza y de desigualdad (Agis, Cañete y Panigo, 2010; Bertranou, 2010; Bertranou y Maurizio, 2012; D'Elia, Calabria, Calero, Gaiada y Rottenschweiler, 2011; D'Elia y Navarro, 2013; Gasparini y Cruces, 2010; Paz y Golovanevsky, 2014; Rofman y Oliveri, 2011). Dentro de esta evidencia, es posible destacar un conjunto de estudios que, por lo general, apelando a diseños cuasiexperimentales, abordaron los efectos de la AUH sobre los ingresos familiares (Garganta y Gasparini, 2017; Maurizio y Vázquez, 2014; Salvia et al., 2015) que han identificado efectos positivos de la AUH sobre el ingreso per cápita familiar.

Sobre la base de microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC, Bustos y Villaña (2011) observan –a partir de distintos ejercicios de *propensity score matching*– resultados positivos sobre el ingreso per cápita familiar de los hogares perceptores de la AUH, lo que se expresaría en una menor sobrerepresentación en los percentiles más bajos. Por otro lado, encuentran un efecto desincentivo en la participación de las cónyuges en el mercado de trabajo, aunque el efecto está asociado a condiciones laborales muy precarias. Por su parte, Garganta y Gasparini (2017) realizan un estudio sobre los efectos directos del programa en los ingresos de los hogares de los/as destinatarios/as. Los resultados indican, por un lado, que la AUH generó un incremento en el ingreso real de los hogares elegibles, aumentando aproximadamente un 15% el ingreso total real de las familias beneficiarias. Por otro lado, el efecto ingreso indirecto parece indicar que el programa

generó un efecto positivo sobre los ingresos laborales de los trabajadores informales y disminuyó la cantidad de horas trabajadas. Con microdatos de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) para el período 2010-2012, Salvia et al. (2015) encuentran que la AUH incrementó 8,5% el ingreso per cápita familiar de los niños/as y adolescentes beneficiarios en comparación con los del grupo de control.

Con respecto al efecto del programa sobre la pobreza extrema, Salvia et al. (2015) encuentran una reducción estadísticamente significativa de la probabilidad de experimentar indigencia entre los niños/as beneficiarios de la AUH frente al grupo de control (una reducción relativa del riesgo de 36%). En cambio, los resultados en materia de pobreza no son significativos. Un estudio más reciente (Cetrángolo y Curcio, 2017) estima el efecto de la AUH sobre la tasa de pobreza en 2016 descontando del ingreso familiar los montos de los beneficios. Identifican una reducción de apenas 3% de la tasa (casi 1 pp.) y que 10% de los hogares perceptores abandona la condición de pobreza gracias al beneficio. Concluyen que el mayor impacto no es en la reducción de la tasa sino en el incremento del ingreso de los hogares pobres y, por lo tanto, en la reducción de la brecha de pobreza (Cetrángolo y Curcio, 2017: 16).

Resultados sobre vulnerabilidad alimentaria

Se trata de una dimensión menos abordada que las anteriores por las limitaciones de las fuentes de información. Los estudios basados en microdatos de la EDSA constatan un efecto positivo y estadísticamente significativo de la AUH sobre la inseguridad alimentaria severa para los niños/as y adolescentes beneficiarios. A partir de ejercicios de *propensity score matching*, se advierte una reducción de 2,6 pp. en el riesgo de inseguridad alimentaria severa, lo que representa una reducción relativa del riesgo de 19% a favor de los beneficiarios de la AUH sobre el grupo de control (Salvia et al., 2015). El efecto de la AUH en la reducción de la inseguridad alimentaria severa es similar entre los niños/as y adolescentes de distintos grupos de edad y levemente más intenso entre los niños/as que experimentan privaciones estructurales (evaluadas mediante el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas).

Resultados en educación

La literatura dedicada a evaluar los impactos de la AUH en educación destaca resultados positivos que coinciden con el objetivo del programa, destacándose un aumento de la tasa de asistencia escolar entre los/as destinatarios/as (Edo y Marchionni, 2017; Paz, 2020; Paz y Golovanevsky, 2014; Tuñón, Salvia y Poy, 2014; Salvia, Tuñón y Poy, 2015). Empero, dicho efecto positivo se especifica al tomar en cuenta los grupos de edad de los beneficiarios. La literatura que analiza las disparidades por género en términos de indicadores educativos es mucho más escasa. Se destacan los estudios de Edo, Marchionni & Garganta (2017), Edo & Marchionni (2017, 2018) y Paz (2020) que aportaron evidencias de grandes disparidades entre varones y mujeres.

En términos generales, los efectos positivos en la asistencia están asociados a las edades del nivel secundario (13 a 17 años). El programa estaría aumentando las tasas de asistencia del grupo de destinatarios/as de estos grupos de edad: según los hallazgos de Salvia, Tuñón y Poy (2015) ser receptor de la AUH disminuye 6 pp. la no asistencia, y cuando se trata de población de 13 a 17 años la cifra asciende a 12 p.p. y para el caso de los destinatarios/as de 5 a 12 años el efecto es de sólo 2 pp. Paz y Golovanevsky (2014) encuentran resultados similares. Cuando se evalúan las diferencias entre varones y mujeres, Edo y Marchionni (2017, 2018) y Edo, Marchionni y Garganta (2017) encuentran efectos significativos en los varones de 15 a 17 años, mientras que en el caso de las mujeres no hay efectos significativos en las tasas de asistencia al recibir el programa. De acuerdo con Edo y Marchionni (2017), es posible que ello se deba a la mayor tasa de asistencia de las mujeres en el secundario frente a sus pares varones.

Cuando se exploran otros indicadores de logro educativo para la población beneficiaria de la AUH y se la compara con el grupo de control, como es el caso del abandono escolar, también se evidencian resultados positivos. Jimenez y Jimenez (2016) evidencian a la AUH como un factor que disminuye las chances de abandonar la escuela en la población de 14-17 años en 8 p.p. aproximadamente, y cuando se desagrega el efecto se evidencia una profundización favorable para los y las adolescentes de 16 a 17 años. En línea con estos resultados, Edo

y Marchionni (2018) encuentran resultados similares para el caso de las mujeres (reduce el abandono escolar en 4 p.p. para las niñas de 12-14 años y 7 p.p. para las niñas más grandes de 15 a 17 años) pero no encuentran resultados significativos para los varones. De este modo, mientras las mujeres suelen tener menos efectos positivos en el aumento de la asistencia, aquellas que sí logran entrar al sistema educativo encuentran mejores trayectorias al ser beneficiarias de la AUH. Recientemente Paz (2020) generó un indicador sintético (IPE) que abarca distintas privaciones educativas. Los resultados obtenidos a partir del estudio integral del IPE que permite ver qué sucede cuando todos los posibles efectos AUH interactúan de manera simultánea: de este modo se concluye con que el programa reduce las privaciones educativas tanto en varones como en mujeres y sus efectos positivos logran compensar los posibles efectos negativos hallados anteriormente.

Resultados en salud

En materia de salud, el estudio de Walsh, Poy & Tuñón (2018), implementado a partir de distintos algoritmos de *propensity score matching*, no encuentra impactos estadísticamente significativos en los destinatarios/as de la AUH y la realización de controles médicos, odontológicos ni en el nivel de cumplimiento del calendario de vacunación. Estas conclusiones coinciden con las de Goldschmidt (2017) que por medio de los microdatos de la ENAPROSS 2015, y un procedimiento de diferencias en diferencias no encuentra efectos sobre las visitas médicas en el último año de los niños/as destinatarios/as frente a los/as del grupo de control. La autora propone que la condicionalidad de salud no implica una restricción para las familias, ya que por los altos niveles de atención médica los usuarios del programa hubiesen acudido igual al centro de salud de no existir la condicionalidad. Para el único caso que Goldschmidt encuentra un efecto positivo y a favor de los receptores de la AUH, es en la obtención de medicamentos de manera gratuita.

DISEÑO METODOLÓGICO

03

3.1. Indicadores y fuente de datos

Como otras transferencias monetarias condicionadas (TMC), la AUH es un programa que busca propiciar cambios actuales y potenciales en la población destinataria. En general, los programas de transferencias de ingresos se proponen asegurar el acceso a un mínimo de ingresos y, de ese modo, actuar sobre la pobreza y la pobreza extrema en los hogares destinatarios. Al mismo tiempo, las condicionales buscan promover la acumulación de capital humano –tanto en la dimensión educativa como de salud– por parte de los niños y adolescentes que reciben la transferencia. Por otra parte, los TMC buscan propiciar cambios de mayor duración: mediante la acumulación de capital humano y la morigeración de las privaciones económicas actuales, se presume que favorecen la interrupción de la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Los dos tipos de impactos son de una naturaleza temporal disímil y requieren distintas técnicas de recolección para poder evaluarse. En este estudio, el foco estará en la evaluación de los impactos de corto plazo, en cuatro dimensiones principales: a) el bienestar económico; b) la seguridad alimentaria; c) la salud; d) la educación y la estimulación. Se analizarán los impactos de la AUH en cada una de estas dimensiones a partir de un conjunto de indicadores enumerados en la **Figura 3.1.1**.

La fuente de datos es la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA). La EDSA es una encuesta multipropósito relevada anualmente por el Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA. Cuenta con un diseño muestral probabilístico polietápico estratificado de 5.800 hogares con representatividad en aglomerados urbanos de 80 mil habitantes y más de todo el país. Cabe señalar que en esta investigación se emplean las bases de la EDSA Serie Bicentenario (para el período 2010-2016) y EDSA Serie Agenda para la Equidad (2017-2020). Si bien el diseño de los cuestionarios en ambas series ha permanecido esencialmente igual, la Serie Agenda para la Equidad incluyó una renovación del marco muestral (de acuerdo con los parámetros del Censo Nacional 2010). Para garantizar la comparabilidad de ambas series, se diseñó un factor de ponderación que mantiene la estructura muestral de la Serie Bicentenario en la Serie Agenda para la Equidad³.

Una ventaja de la EDSA frente a otras fuentes de datos es que se dispone de una identificación directa de los destinatarios de la AUH. En toda la serie considerada se incluyó una pregunta específicamente dirigida a captar a la población de niños/as y adolescentes destinatarios y, a partir de 2017, el cuestionario de la Serie Agenda para la Equidad también permite identificar a los/as titulares de la transferencia.

3. Asimismo, cabe señalar que, debido a las condiciones de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), la EDSA de este año se aplicó en una modalidad telefónica. En este sentido, la información producida en ese marco de relevamiento debe ser considerada con reserva.

Figura 3.1.1. Indicadores utilizados en la evaluación de impacto.

<i>Dimensión</i>	Indicador	Descripción	Categorías	Población
<i>Bienestar económico</i>	Indigencia (pobreza extrema)	Identifica la capacidad del hogar de acceder al valor monetario de una canasta de alimentos en función de sus ingresos familiares.	<ul style="list-style-type: none"> - No indigentes - Indigentes: población en hogares cuyos ingresos por equivalente adulto no cubren el valor de la CBA. 	NNYA 0 a 17
	Pobreza	Identifica la capacidad del hogar de acceder al valor monetario de una canasta de bienes y servicios en función de sus ingresos familiares.	<ul style="list-style-type: none"> - No pobres - Pobres: población en hogares cuyos ingresos por equivalente adulto no cubren el valor de la CBT. 	NNYA 0 a 17
	Ingreso per cápita familiar	Es el ingreso total por suma del aporte de todos los componentes dividido entre el número de miembros del hogar.	<ul style="list-style-type: none"> - Monto de ingreso 	NNYA 0 a 17
<i>Seguridad alimentaria</i>	Inseguridad alimentaria	Expresa la reducción involuntaria de la porción de comida y/o la percepción de experiencias de hambre por problemas económicos durante los últimos 12 meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin déficit - Con déficit: hogares en los que se expresa haber reducido la dieta de alimentos o haber experimentado "hambre" en los últimos 12 meses por problemas económicos. 	NNYA 0 a 17
	Inseguridad alimentaria severa	Expresa la percepción de experiencias de "hambre" por problemas económicos durante los últimos 12 meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin déficit - Con déficit: hogares en los que se expresa haber experimentado "hambre" por falta de alimentos en los últimos 12 meses por problemas económicos. 	NNYA 0 a 17
<i>Salud</i>	Déficit en el cumplimiento del calendario de vacunación	Identifica a niños, niñas y adolescentes que no tienen todas las vacunas correspondientes a su edad.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin déficit - Con déficit 	NNYA 0 a 17
	Déficit de consulta a un médico	Identifica a niños, niñas y adolescentes que no consultó a un médico para un control durante el último año.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin déficit - Con déficit 	NNYA 0 a 17
	Consulta a un odontólogo	Identifica a niños, niñas y adolescentes que no consultaron a un odontólogo para un control durante el último año.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin déficit - Con déficit 	NNYA 3 a 17

Educación y estimulación	Asistencia escolar	Identifica a niños, niñas y adolescentes que no asisten a la educación obligatoria.	<ul style="list-style-type: none"> - Asiste - No asiste 	NNYA 5 a 17
	No festejó su último cumpleaños	Identifica a niños, niñas y adolescentes que no festejaron su último cumpleaños.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin déficit - Con déficit 	NNYA 1 a 12
	Déficit en la estimulación oral	Identifica a niños que no son receptores de narraciones orales o lectura de cuentos durante los últimos 30 días.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin déficit - Con déficit 	NNYA 0 a 8
Trabajo infantil	Realización de trabajo económico o doméstico intensivo	Identifica a los niños que han realizado trabajo doméstico intensivo (realiza las siguientes tareas domésticas de modo habitual: limpiar, lavar, planchar, hacer la comida, cuidar hermanos y hacer compras, mandados, juntar agua o buscar leña) o trabajo económico (ayuda en un trabajo a un familiar o conocido, o hace alguna actividad para ganar dinero desempeñándose como empleado o aprendiz).	<ul style="list-style-type: none"> - No realiza trabajo doméstico intensivo ni económico - Realiza trabajo doméstico intensivo o trabajo económico 	NNYA 5 a 17

Fuente: elaboración propia.

3.2. Metodología para analizar efectos sobre la pobreza y la indigencia

¿Cuál habría sido el nivel de pobreza monetaria en la infancia de no ser por la Asignación Universal por Hijo? Para responder al interrogante se apela a una metodología de microsimulación. Este tipo de metodologías procuran definir una distribución de ingresos familiares “contrafactual”. Específicamente, el procedimiento implica tomar los ingresos familiares de los hogares y restarle el monto correspondiente a la transferencia por AUH.

Una vez obtenido el ingreso total familiar contrafactual, se procede a calcular los indicadores de pobreza e indigencia que se observarían en caso de que los destinatarios/as no recibieran el monto de la AUH. La diferencia entre los indicadores observados

y los calculados es la medida del efecto de la AUH en la pobreza y la indigencia. Este tipo de ejercicios son habituales en la literatura sobre evaluación de impacto de programas sociales (Cortés, Banegas y Solís, 2007; Bracco et al., 2017). Cabe señalar que se trata de ejercicios que presentan limitaciones por cuanto no contemplan qué ocurriría si realmente los hogares perdieran sus ingresos por la AUH. En este sentido, procuran dar una imagen de los efectos distributivos del programa.

En términos metodológicos, se analizará el efecto de la AUH en dos indicadores de pobreza e indigencia. En primer lugar, se considerará el efecto sobre la tasa de recuento (o de incidencia) de pobreza, que se define como la proporción de población que vive en hogares cuyo ingreso por adulto equivalente es inferior a la línea de pobreza (o indigencia).

En segundo lugar, se considerará el efecto sobre la brecha de pobreza, que puede definirse como la distancia promedio a la que se encuentran los pobres con respecto al umbral de pobreza. Este indicador complementa a la tasa de recuento y ofrece una medida de la “intensidad” promedio de la pobreza. La medida del efecto puede estimarse para el conjunto de la población –como un impacto global de la AUH– o sobre los destinatarios/as. En este documento exploraremos ambos efectos.

Cabe señalar una última precisión, referida a las fuentes de ingreso por AUH. Si bien, como se indicó, la EDSA incluye una identificación de los destinatarios/as de la AUH, no permite conocer el monto de ingreso percibido por esa fuente. El ingreso es declarado en conjunto con otros ingresos no laborales de los hogares. Para identificar el ingreso por AUH se multiplicó el monto promedio de la prestación por la cantidad de niños/as destinatarios/as en el hogar.

3.3. Método para la evaluación de impacto sobre dimensiones del desarrollo

En este estudio se consideran una serie de hipótesis de cambio empleadas en la evaluación de impacto.

- Los niños/as y adolescentes destinatarios de la AUH tendrán una mayor protección frente a la inseguridad alimentaria que los del grupo de comparación. Para evaluar estos resultados se tomará como indicador una escala de seguridad alimentaria que permite delimitar situaciones de inseguridad de distinta severidad.
- Los niños/as y adolescentes destinatarios de la AUH tendrán mejores resultados que los niños/as del grupo de comparación en materia de cuidado de la salud. Si bien aquí se emplean dos indicadores relacionados con las contraprestaciones –cumplimiento del calendario de vacunación y de los controles médicos– se incluye también un indicador de consulta odontológica que podría constituir un impacto relacionado.
- Los niños/as y adolescentes destinatarios de la AUH tendrán mejores resultados con respecto a

los accesos educativos y a la estimulación que los niños/as del grupo de comparación. Aquí también se está considerando un indicador ligado a las condicionalidades del programa (la asistencia a la escuela) y se agregan otros que implican externalidades vinculadas a la crianza y a las características del hogar (festejo del cumpleaños y déficit en la estimulación mediante la palabra oral).

- Los niños/as y adolescentes destinatarios de la AUH tendrán una menor propensión a la realización de trabajo infantil económico y no económico. Se conjetura que la mayor disponibilidad de recursos económicos y la condicionalidad educativa que impone el programa podrían explicar estos resultados.

La evaluación de impacto se realizará sobre indicadores de las distintas dimensiones mencionadas (**Figura 3.1.1**). Específicamente, se consideraron los siguientes indicadores: 1) ingreso per cápita familiar; 2) inseguridad alimentaria; 3) déficit en el cumplimiento del calendario de vacunación; 4) déficit de consulta a un médico; 5) déficit de consulta a un odontólogo; 6) no asistencia a la escuela; 7) no haber festejado el último cumpleaños; 8) déficit en la estimulación oral; 9) realización de trabajo infantil.

Las técnicas de evaluación deben considerar la forma en que los programas han sido implementados y las fuentes de información disponibles. La evaluación de impacto supone la identificación de un “efecto” de un programa en la población destinataria que pueda atribuirse específicamente a dicha intervención y no a otras características o procesos no considerados. El impacto de un programa se define como la diferencia entre los resultados observados entre los destinatarios en algún indicador relevante y los resultados que esos mismos destinatarios hubieran obtenido en ese mismo momento en caso de no haber participado. Dado que no es posible observar la situación de los destinatarios sin haber recibido el programa, la evaluación del impacto requiere de la construcción de un escenario contrafactual.

La modalidad más robusta para conformar el contrafactual es la asignación aleatoria del tratamiento o programa a dos grupos. En un diseño experimental, la asignación aleatoria garantiza en estas condiciones la conformación de dos grupos

estadísticamente similares –el grupo de tratamiento y el de control– (Shadish, Cook y Campbell, 2002: 13-14). En ese caso, las diferencias observadas en términos de resultados entre ambos grupos pueden atribuirse únicamente a la participación.

En el caso de la AUH, el programa se implementó en 2009 y alcanzó de inmediato una amplia cobertura en la población destinataria, de modo que la asignación aleatoria queda descartada. En esta investigación, la evaluación se realiza a partir de técnicas no experimentales que tratan de restablecer condiciones experimentales, aunque en ausencia de asignación aleatoria. Mediante este diseño se busca definir un grupo de control y compararlo con los destinatarios en una serie de variables de resultado, atribuyendo las diferencias al programa.

En términos formales, la participación en el programa se denota con D , una variable binaria que asume valor 1 si el individuo (en esta investigación, el hogar o el niño/a) es destinatario/a de AUH y valor 0 si no lo es. Por su parte, Y es un indicador de resultado, de modo que Y_1 es el resultado en presencia de la transferencia e Y_0 en ausencia de ella. Como es habitual, el impacto de la AUH se mide por el “efecto promedio del tratamiento en los tratados” (ATT):

$$ATT = E[Y_1 - Y_0 | D = 1] \quad (1)$$

De modo que E constituye la diferencia esperada entre los dos resultados para la población destinataria en presencia y en ausencia del programa. En (1), el término $E[Y_0 | D = 1]$ constituye una situación contrafactual no observada. La comparación simple con los no destinatarios/as no basta para determinar si las diferencias observadas en los indicadores de resultado son resultado de la AUH o de otros factores. Para atender a ello se conforma un grupo de comparación a partir de una técnica de emparejamiento por puntuación de propensión (*propensity score matching*, PSM) (Rosenbaum y Rubin, 1983). El objetivo de PSM es restablecer las condiciones de un experimento aleatorio, conformando un grupo de comparación adecuado al grupo experimental,

siendo ambos grupos similares en términos de sus características observables. Se estima la probabilidad de que un individuo sea destinatario del programa evaluado a partir de ciertas características observables. Formalmente, el puntaje de propensión se define del siguiente modo:

$$P(Z_i) = E(D_i | Z_i), [0 < P(Z_i) < 1], \quad (2)$$

donde todos los i pertenecen a un subconjunto de individuos elegibles, $P(Z)$ es la probabilidad de ser destinatario/a de la AUH, condicional a un conjunto Z de características observables y D es la variable binaria que indica la participación en el programa. Funcionalmente, el puntaje de propensión para cada observación se obtiene mediante una regresión logística⁴.

En la EDSA no se dispone de información de “línea de base” (entendida como una medición previa a la implementación del programa) para los indicadores que son objeto de interés en esta evaluación. Por ello, la estimación del efecto promedio del tratamiento en los tratados (ATT) se realiza a través de la diferencia simple en la base apareada mediante puntaje de propensión:

$$DS = E(Y_1 | D = 1) - E(Y_1 | D = 0) \quad (3)$$

Para la conformación del grupo de tratamiento se utilizó la técnica de emparejamiento por vecino más próximo (se seleccionaron 5 vecinos) dentro de un rango de probabilidad (*caliper*) (Smith and Todd, 2005). También se hicieron ejercicios con 10 vecinos y con 5 vecinos sin *caliper*. Los resultados obtenidos fueron similares en todos los casos. La población del estudio son los/as niños/as entre 0 y 17 años, cuyos padres tenían un empleo asalariado sin descuentos jubilatorios o eran no asalariados que no realizaban aportes, eran desocupados o inactivos que no recibían otros programas de asistencia no contributiva, ni jubilación o pensión. En el interior de esta población que cumple con los criterios de elegibilidad del programa se procedió, por un lado,

4. La técnica de PSM requiere asumir el supuesto de independencia condicional, según el cual una vez que se ha controlado por Z , para cualquier valor de Z la asignación a D_i está distribuida de forma aleatoria.

a la conformación del grupo experimental con los niños/as que percibían AUH (de acuerdo con un ítem del cuestionario disponible en la EDSA) y, por otro lado, a la conformación del grupo de control con los/as niños/as que no percibían la AUH.

Finalmente, se consideró de interés evaluar los impactos heterogéneos de la AUH para distintos subgrupos de la población. En tanto PSM corrige los sesgos por observables en términos promedio

entre el grupo experimental y control, se implementó una estimación adicional por regresiones múltiples controlando por las variables introducidas en la estimación del *propensity score*. Sobre esta base, se reportan las diferencias en los indicadores de resultado para distintos subgrupos de la población (**Figura 3.3.1**) y se implementan pruebas de hipótesis de diferencias de medias o proporciones para evaluar la significancia del impacto.

Figura 3.3.1. Indicadores empleados para caracterizar a la población de niños/as y adolescentes.

Indicador	Descripción	Categorías
Grupos de edad	Clasifica a la población infantil en grupos dependiendo su edad.	- 0 a 4 años - 5 a 12 años - 13 a 17 años
Sexo	Indica el sexo del niño/a.	- Varón - Mujer
Nivel socioeconómico	Representa niveles socioeconómicos de pertenencia a partir de tomar en cuenta el capital educativo del jefe de hogar, el acceso a bienes durables del hogar y la condición residencial de la vivienda.	- Medio Alto - Medio bajo - Bajo - Muy Bajo
Sexo del jefe/a	Indica el sexo del jefe/a de hogar.	- Varón - Mujer
Tipo de familia	Indica el tipo de familia de acuerdo con el grado de completitud del núcleo conyugal primario (el del jefe/a del hogar).	- Familia no monoparental (o completa): el núcleo conyugal primario está completo por la presencia de ambos cónyuges. - Familia monoparental: el núcleo conyugal primario está incompleto por ausencia del cónyuge.
Tipo de núcleo familiar	Se refiere a la composición de la familia según los parientes que están presentes en el hogar.	- Familia no extensa (o nuclear): está conformada por el núcleo primario exclusivamente. - Familia extensa: es una familia nuclear más uno o más parientes no-nucleares.
Educación de la madre	Refiere al máximo nivel educativo de la madre.	- Con secundario completo o más - Con secundario incompleto o menos

Grupo de edad de la madre	Se refiere al grupo de edad de la madre del niño/a.	- Hasta 24 años - 25 años y más
Condición residencial	Indica las características del barrio en el que se ubica la vivienda del niño/a.	- Barrio formal - Barrio informal
Aglomerado urbano	Se refiere al área de residencia de la vivienda del niño/a.	- Área Metropolitana de Buenos Aires - Resto urbano del Interior
Tamaño del hogar	Número de miembros del hogar.	Cantidad
Cantidad de niños/as en el hogar	Número de menores de 18 años en el hogar.	Cantidad

Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Los ejercicios de evaluación se realizan para tres períodos distintos que se refieren tanto a la evolución general del programa como a distintos momentos de la situación socioeconómica del país. Una primera etapa de análisis corresponde al período 2010-2013 y se caracteriza por la fase inicial de implementación de la AUH en un marco socioeconómico de crecimiento. La segunda etapa corresponde al período 2014-2017, signado por una mayor consolidación del programa inclusive en una etapa de transición en la gestión de gobierno que lo había implementado inicialmente. En términos económicos, esta fase estuvo surcada por dos años de crisis y aceleración de la inflación (2014 y 2016) con consecuencias en materia de empleo y pobreza. Por último, la tercera etapa de análisis corresponde al trienio 2018-2020, caracterizado por una fuerte crisis agravada por la irrupción de la pandemia de COVID-19.

3.3.1. Bondad de ajuste de las pruebas de emparejamiento

Las técnicas de emparejamiento por puntaje de propensión se emplearon para conformar grupos de "tratamiento" y de "control" comparables y poder inferir el efecto derivado de la AUH sobre un conjunto de variables de interés. Una vez que se aplicó el emparejamiento por puntaje de propensión, es habitual examinar mediante pruebas de balance si persisten diferencias observables estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En los **Cuadros 3.2.1A, B y C** se presentan los resultados de estas pruebas, que permiten comparar a los grupos una vez realizado el emparejamiento. Como se aprecia en los Cuadros, el emparejamiento por puntaje de propensión corrige razonablemente las diferencias observables entre grupos. Por otra parte, cabe señalar que para el período 2010-2013, el total de observaciones en el soporte común resultó de 4.278, mientras que la muestra final fue de 3.730 y de 2.483 para los períodos 2014-2017 y 2018 y 2020, respectivamente.

Cuadro 3.2.1A.

Pruebas de balance en la muestra apareada de niños/as destinatarios/as y no destinatarios/as de AUH.

Período 2010-2013.	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	t	Sig.
0 a 6 años	43.4%	44.8%	-1.08	0.280
7 a 12 años	33.9%	32.2%	1.37	0.171
13 a 17 años	22.7%	23.0%	-0.26	0.798
Edad en años cumplidos	8.0	7.8	1.29	0.197
Sexo (Varón)	50.2%	48.4%	1.43	0.152
Nacionalidad del jefe de hogar (Extranjero/a)	0.2%	0.2%	0.14	0.892
Cantidad de niños/as en el hogar	2.9	2.9	-0.55	0.584
Educación de la madre (Hasta sec. inc.)	67.0%	65.4%	1.35	0.178
Edad de la madre (25 años o más)	86.7%	86.6%	0.07	0.947
Jefe ocupado/a pleno/a	63.3%	61.9%	1.19	0.235
Jefe/a subocupado/a	17.7%	18.8%	-1.09	0.277
Jefe/a desocupado/a o inactivo/a	19.0%	19.3%	-0.39	0.695
Ocupados en el hogar (hasta 1 ocupado)	53.6%	54.7%	-0.88	0.378
Tasa de dependencia	4.0	4.0	-1.26	0.208
Tamaño del hogar	5.6	5.7	-1.55	0.121
Hogar monoparental	26.2%	24.5%	1.58	0.114
Niños/as de 0 a 6 años en el hogar	71.7%	72.8%	-0.98	0.326
Hogar extenso	36.0%	36.6%	-0.5	0.619
Déficit de calidad de la vivienda	26.9%	26.5%	0.44	0.663
Gran Buenos Aires	24.6%	26.0%	-1.34	0.180
Grandes áreas urbanas metropolitanas	46.7%	47.1%	-0.34	0.737
Resto urbano del interior	28.7%	26.8%	1.68	0.094
Barrio informal	8.5%	9.6%	-1.45	0.146
Año 2010	27.7%	28.7%	-0.92	0.358
Año 2011	25.2%	24.1%	0.99	0.325
Año 2012	23.8%	24.0%	-0.16	0.870
Año 2013	23.3%	23.2%	0.14	0.888

Observaciones en el soporte común: **4278**

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Cuadro 3.2.1B.

Pruebas de balance en la muestra apareada de niños/as destinatarios/as y no destinatarios/as de AUH.

Período 2014-2017.	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	t	Sig.
0 a 6 años	46.5%	45.7%	0.65	0.513
7 a 12 años	34.0%	34.8%	-0.64	0.519
13 a 17 años	19.5%	19.5%	-0.05	0.960
Edad en años cumplidos	7.6	7.5	0.15	0.883
Sexo (Varón)	53.4%	51.3%	1.6	0.109
Nacionalidad del jefe de hogar (Extranjero/a)	2.5%	2.6%	-0.15	0.879
Cantidad de niños/as en el hogar	2.9	2.9	-0.26	0.793
Educación de la madre (Hasta sec. inc.)	65.2%	66.3%	-0.91	0.362
Edad de la madre (25 años o más)	85.8%	85.6%	0.12	0.903
Jefe ocupado/a pleno/a	53.6%	52.1%	1.09	0.275
Jefe/a subocupado/a	23.2%	22.3%	0.84	0.402
Jefe/a desocupado/a o inactivo/a	23.2%	25.6%	-2.09	0.037
Ocupados en el hogar (hasta 1 ocupado)	53.4%	55.2%	-1.4	0.162
Tasa de dependencia	4.0	4.0	0.57	0.566
Tamaño del hogar	5.7	5.6	1.66	0.097
Hogar monoparental	27.8%	27.8%	0.03	0.973
Niños/as de 0 a 6 años en el hogar	73.6%	72.6%	0.84	0.401
Hogar extenso	38.9%	39.8%	-0.67	0.500
Déficit de calidad de la vivienda	29.0%	30.4%	-1.16	0.248
Aglomerado Gran Buenos Aires	29.7%	30.3%	-0.57	0.571
Grandes áreas urbanas metropolitanas	43.6%	43.7%	-0.1	0.921
Resto urbano del interior	26.7%	25.9%	0.7	0.484
Barrio informal	13.7%	14.3%	-0.68	0.496
Año 2014	24.7%	24.2%	0.44	0.660
Año 2015	21.9%	22.9%	-0.96	0.338
Año 2016	26.6%	27.0%	-0.34	0.735
Año 2017	26.8%	25.9%	0.82	0.414

Observaciones en el soporte común: **3730**

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Cuadro 3.2.1C.

Pruebas de balance en la muestra apareada de niños/as destinatarios/as y no destinatarios/as de AUH.

Período 2018-2020.	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	t	Sig.
0 a 6 años	45.0%	44.7%	0.14	0.889
7 a 12 años	35.3%	37.3%	-1.13	0.258
13 a 17 años	19.7%	18.0%	1.21	0.225
Edad en años cumplidos	7.7	7.5	1.22	0.222
Sexo (Varón)	48.9%	49.7%	-0.43	0.664
Nacionalidad del jefe de hogar (Extranjero/a)	5.8%	6.1%	-0.42	0.676
Cantidad de niños/as en el hogar	2.8	2.8	-0.61	0.541
Educación de la madre (Hasta sec. inc.)	61.9%	63.1%	-0.66	0.510
Edad de la madre (25 años o más)	86.0%	85.2%	0.66	0.507
Jefe ocupado/a pleno/a	49.0%	47.6%	0.75	0.453
Jefe/a subocupado/a	20.4%	22.6%	-1.44	0.150
Jefe/a desocupado/a o inactivo/a	30.6%	29.8%	0.47	0.636
Ocupados en el hogar (hasta 1 ocupado)	51.4%	50.8%	0.32	0.751
Tasa de dependencia	3.7	3.7	0.91	0.364
Tamaño del hogar	5.5	5.5	-0.05	0.961
Hogar monoparental	31.7%	28.4%	1.91	0.057
Niños/as de 0 a 6 años en el hogar	70.8%	70.1%	0.43	0.665
Hogar extenso	36.1%	37.7%	-0.9	0.366
Déficit de calidad de la vivienda	30.2%	32.3%	-1.18	0.237
Aglomerado Gran Buenos Aires	32.5%	34.5%	-1.15	0.251
Grandes áreas urbanas metropolitanas	38.2%	36.3%	1.11	0.266
Resto urbano del interior	29.3%	29.3%	0.01	0.995
Barrio informal	21.5%	21.4%	0.06	0.955
Año 2018	36.8%	38.3%	-0.82	0.409
Año 2019	36.7%	36.5%	0.16	0.875
Año 2020	26.5%	25.3%	0.74	0.460

Observaciones en el soporte común: **2483**

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.



ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DESTINATARIA

04

Este apartado presenta resultados descriptivos para caracterizar a la población destinataria. Una primera sección ofrece una descripción sociodemográfica de las/os niñas/os destinatarias/as de la AUH lo que atiende al objetivo de reconocer las características de esta población y evaluar sus cambios entre 2010 y 2020. Una segunda sección se propone avanzar en una caracterización descriptiva de los indicadores de resultado que serán empleados en la evaluación de impacto, para reconocer la incidencia de una serie de déficit en materia de desarrollo humano y social y sus cambios en el tiempo.

Asignación Familiar por Hijo (AFH), siguieron caminos más erráticos, principalmente debido a las demoras en la actualización del nivel de ingreso hasta el cual se podía acceder a esta prestación. Finalmente, se destaca también la reducción progresiva entre 2010 y 2020 de la población infantil excluida de los mecanismos de protección social.

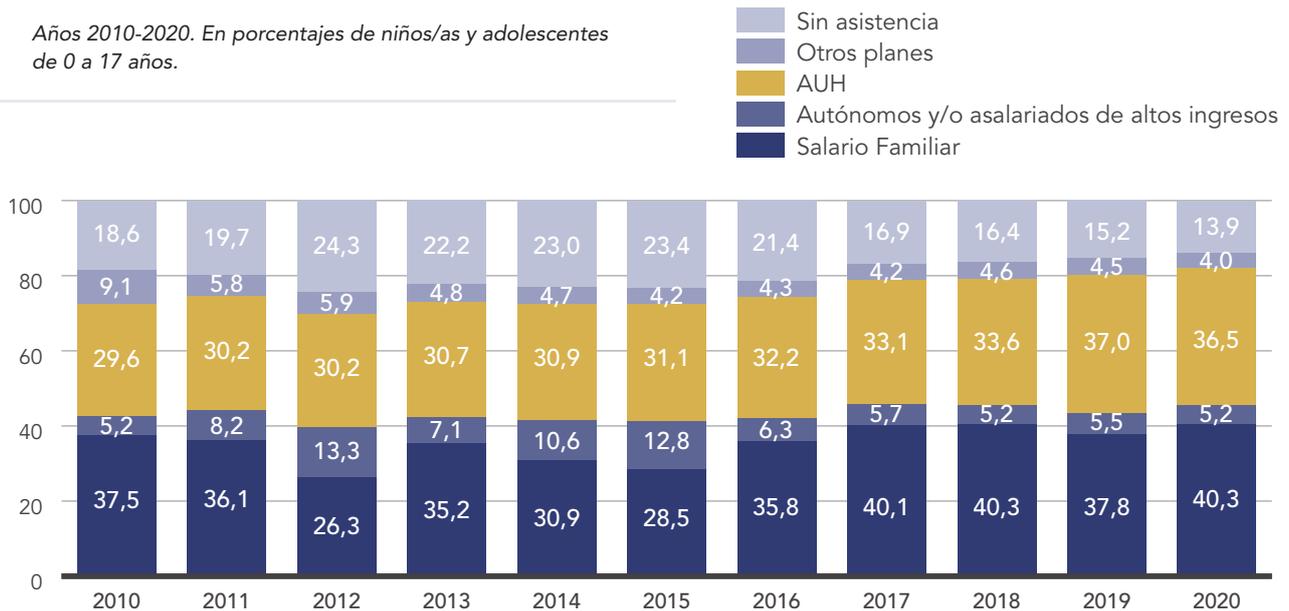
4.1. Caracterización de la población destinataria

La **Figura 3.3.1** muestra los descriptores que se emplean en esta primera caracterización de la población infantil destinataria de la AUH y de los hogares en los que habitan para el periodo 2010-2020. Se considerará a la población no destinataria de la AUH como referencia general, lo que también brindará indicios acerca de la focalización del programa.

En una primera instancia es posible advertir que desde 2010 la proporción de niños/as y adolescentes cubiertos por la AUH se ha ido incrementando. En 2010, el programa cubría a casi 30% de la población infantil, mientras que llegó a alcanzar al 36,5% en 2020. En contraste, otros sistemas de protección social a la infancia y, en particular, el salario familiar o

Gráfico 4.1.1. Distribución de la población infantil según tipo de sistema de protección social.

Años 2010-2020. En porcentajes de niños/as y adolescentes de 0 a 17 años.



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Como se ha mencionado, a continuación, se avanza en una caracterización de la población destinataria de la AUH en función de un conjunto de indicadores. Se toma como criterio de comparación al conjunto de la población no destinataria, es decir, aquellos niños/as y adolescentes que están cubiertos por otro sistema de protección o que no cuentan con ningún tipo de cobertura. Ambos grupos en su caracterización están compuestos por todos los menores de 18 años.

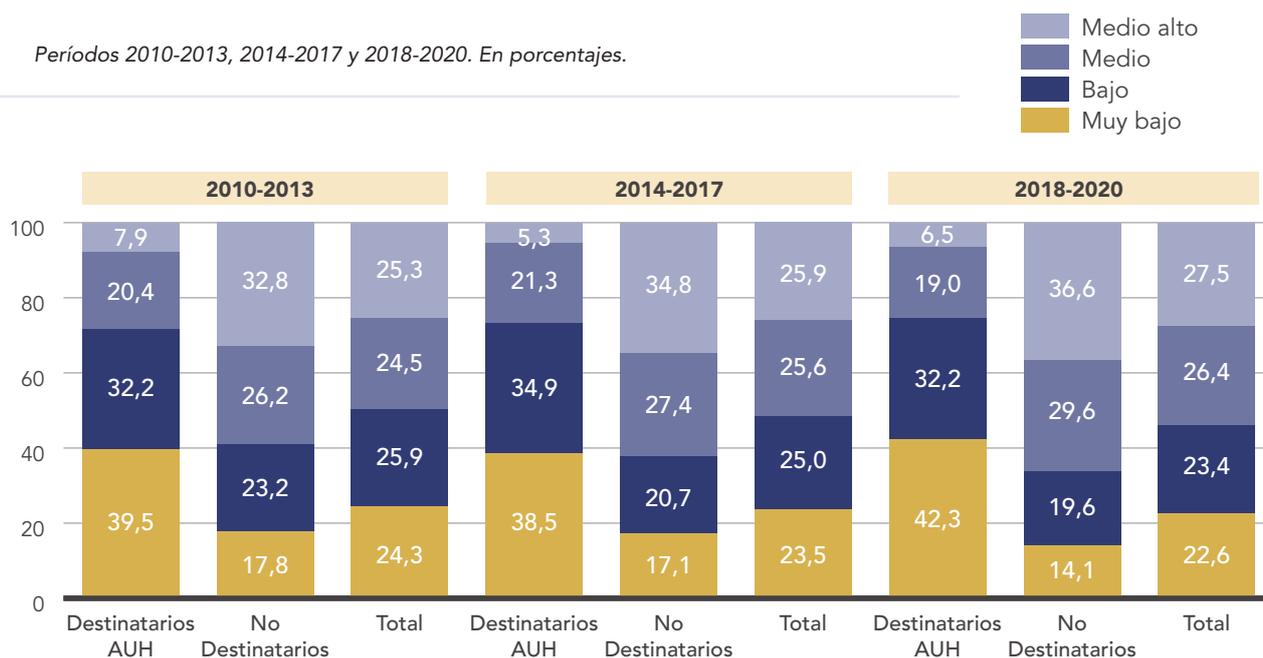
En primer término, se considera el nivel socioeconómico de los niños/as y adolescentes destinatarios de la AUH (**Gráfico 4.1.2**). El índice de nivel socioeconómico sintetiza información relevante referida a las condiciones educativas, económicas y residenciales de los hogares. Al respecto, cabe apreciar la focalización de la AUH en la población de los estratos socioeconómicos más bajos. En efecto, los NNA que reciben la AUH están fuertemente concentrados

en los niveles socioeconómicos más bajos: en el trienio 2018-2020, 42,3% pertenecían al nivel socioeconómico muy bajo y 32,2% al nivel socioeconómico bajo, frente a 14,1% y 19,6% de la población no destinataria. La poca participación de los niveles medios (medio y medio alto) tendió a disminuir en el período analizado, aportando a una mayor focalización. Estas disparidades dan cuenta de que, aún con la recepción de la transferencia monetaria, las infancias cubiertas por la AUH están en una severa condición de desventaja económica con sus pares no beneficiarios cubiertos por otros sistemas de protección.

Gráfico 4.1.2.

Distribución de la población de niños/as y adolescentes de 0 a 17 años por nivel socioeconómico según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020. En porcentajes.



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

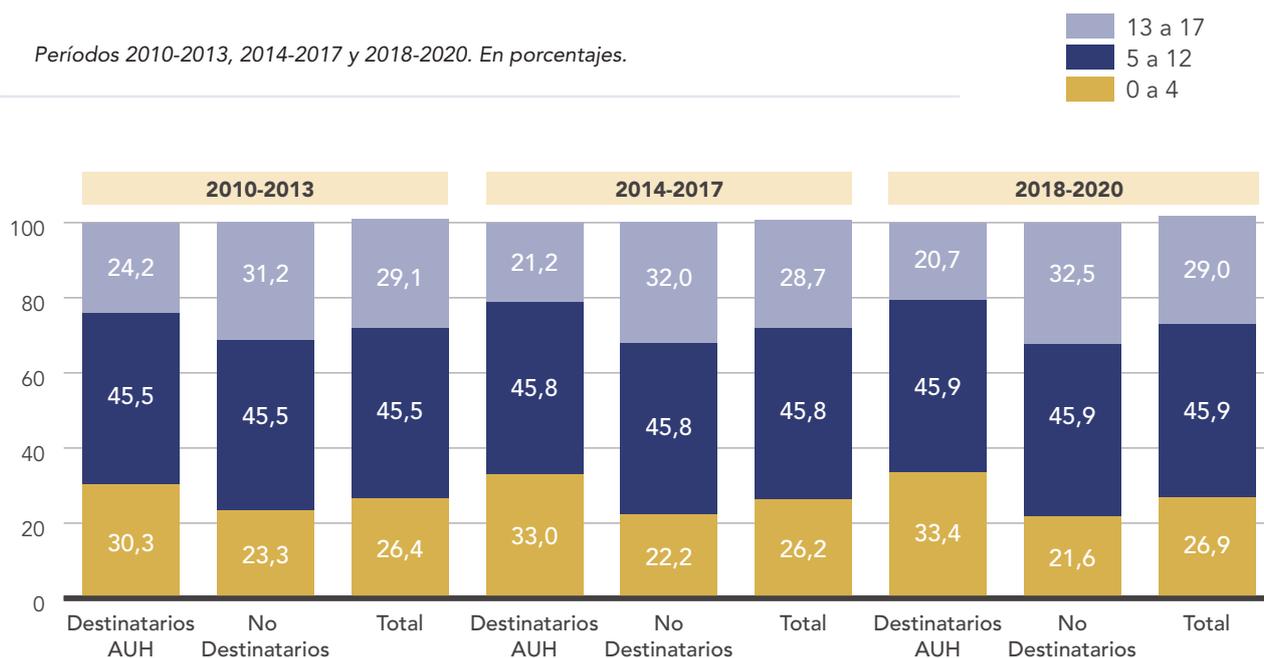
En cuanto a la composición de ambas poblaciones en términos de grupos de edad, la población destinataria de la AUH cuenta con menor participación de adolescentes (13 a 17 años) que la población no destinataria y, en contrapartida, tiene una mayor presencia de niños/as pequeños/as (0 a 4 años) (**Gráfico 4.1.3**). Es posible conjeturar que esta mayor “infantilización” de la población destinataria se explique, en parte, por las características del ciclo vital de los hogares pobres. Al mismo tiempo, puede estar dando cuenta de la dificultad que atraviesan los adolescentes en el cumplimiento de las condicionalidades de la AUH lo que podría aumentar su propensión a quedar por fuera del programa. En el trienio 2018-2020 esta diferencia llegó a representar los 11,8 p.p. y se fue expandiendo en el tiempo.

Los NNA que reciben la AUH están fuertemente concentrados en los niveles socioeconómicos más bajos. Las infancias cubiertas por la AUH están en una desventaja socioeconómica con respecto a sus pares no beneficiarios incluso considerando la recepción de la transferencia.

Gráfico 4.1.3.

Distribución de la población de niños/as y adolescentes de 0 a 17 años por grupo de edad según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020. En porcentajes.



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En términos sociodemográficos se aprecian otras características relevantes de la población destinataria que son indicativos de las particularidades de este colectivo y de una evolución diferenciada. Así, los niños/as y adolescentes destinatarios de la AUH tienen una mayor propensión a vivir en hogares con jefatura femenina que sus pares no destinatarios (**Gráfico 4.1.4**). Además, la proporción de niños/as destinatarios/as en hogares con jefatura femenina fue incrementando notablemente entre los periodos estudiados: pasó de 25,4% a 31,8% entre 2010-2013 y 2014-2017, hasta alcanzar 34,8% en 2018-2020. Cabe notar que este fenómeno no se replica en la población no destinataria: el aumento advertido entre destinatarios/as fue de 9,4 p.p. entre puntas del período, mientras que sólo fue de 0,8 pp. entre los no destinatarios/as (y 3,9 pp. en el total).

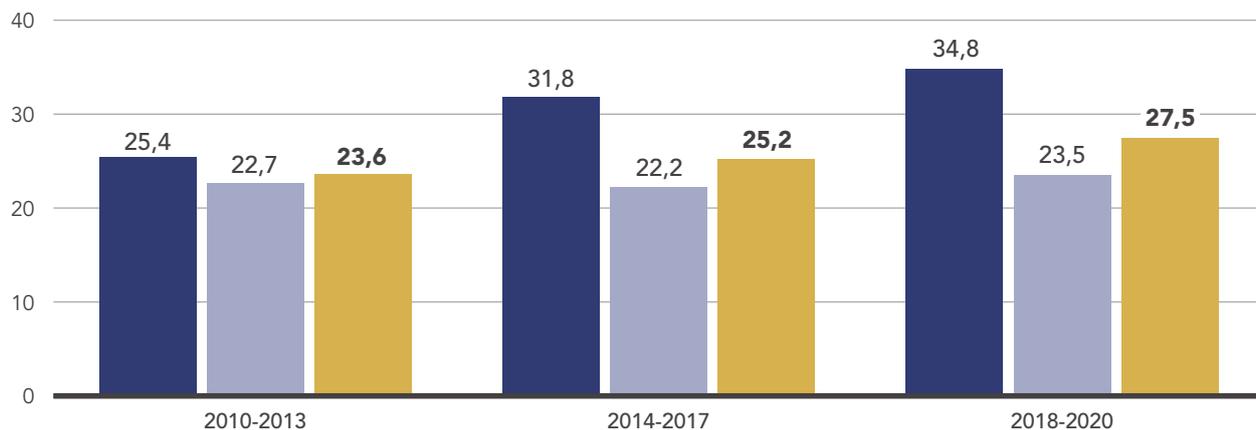
Las/os niñas/os destinatarios también presentan especificidades con respecto a la composición del núcleo conyugal de los hogares en los que viven. Específicamente, se aprecia su mayor propensión a residir en hogares monoparentales o de núcleo incompleto (presencia de uno solo de los cónyuges). Mientras que la monoparentalidad se ha mantenido estable en el tiempo a nivel general, aumentó en la población destinataria de la AUH: pasó de 25,7% en 2010-2013 a 31,6% en 2018-2020 (**Gráfico 4.1.5**).

Gráfico 4.1.4.

Población de niños/as y adolescentes de 0 a 17 años en hogares con jefatura femenina según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes.

Destinatarios AUH No destinatarios Total



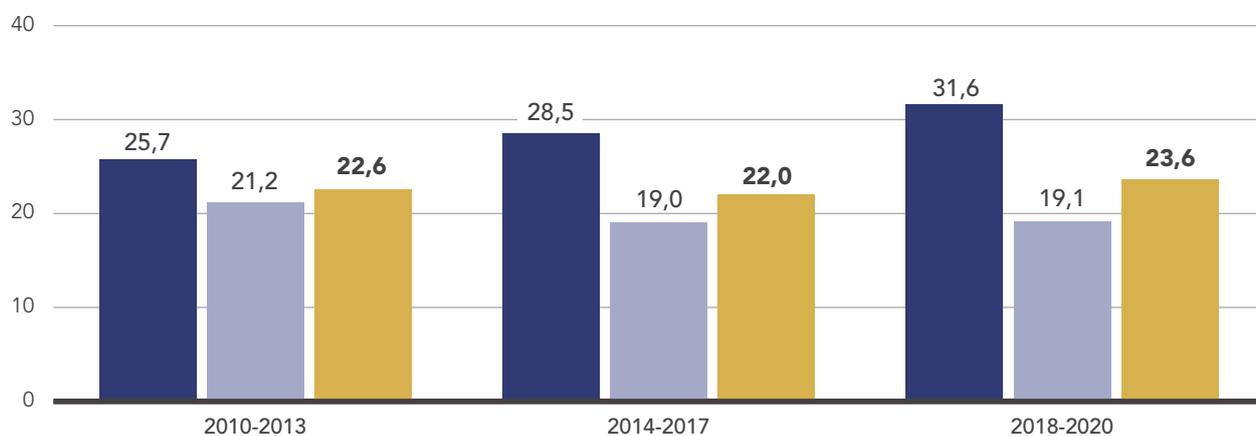
Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 4.1.5.

Población de niños/as y adolescentes de 0 a 17 años en hogares monoparentales según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes.

Destinatarios AUH No destinatarios Total



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

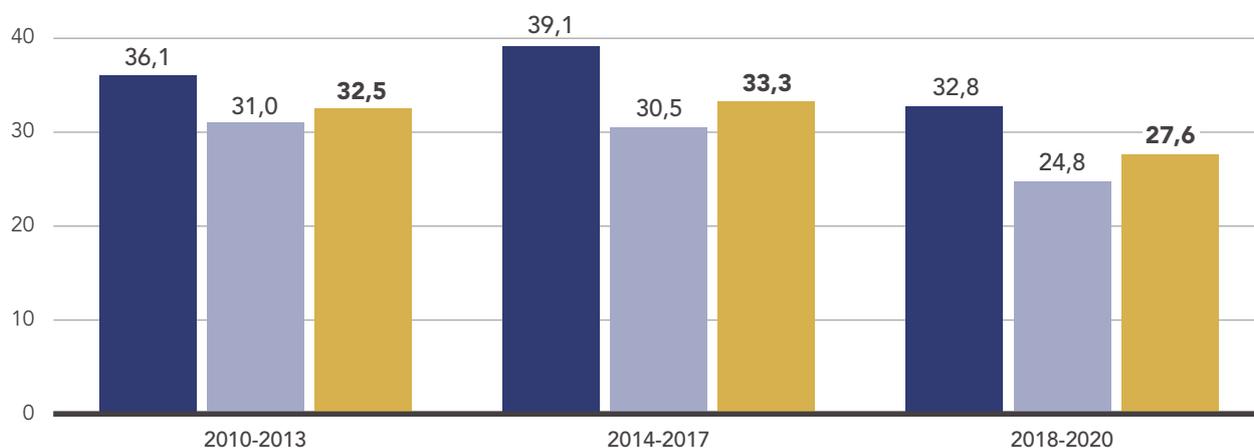
Asimismo, se observa que los niños/as y adolescentes destinatarios/as tienen **una mayor propensión a residir en hogares extensos que la población no destinataria de la AUH**. Sin embargo, aquí se advierte que la población destinataria parece

haber seguido la tendencia secular, que también se verifica en la población general, a la reducción de este tipo de configuraciones familiares (**Gráfico 4.1.6**).

Gráfico 4.1.6. Población de niños/as y adolescentes de 0 a 17 años en hogares extensos según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Además de tener una mayor propensión a vivir en hogares monoparentales y extensos, los niños/as destinatarios viven en hogares más numerosos que sus pares no destinatarios (**Gráfico 4.1.7**). Los niños/as destinatarios viven en hogares que tienen entre 5,5 y 5,8 personas en promedio, por encima del promedio de la población general. Este indicador está relacionado con los examinados previamente, en particular con la mayor prevalencia de configuraciones extensas.

En la misma línea, se aprecia que la población infantil destinataria de la AUH vive en hogares con más niños/as que la población no destinataria (**Gráfico 4.1.8**). En el trienio 2018-2020, la población

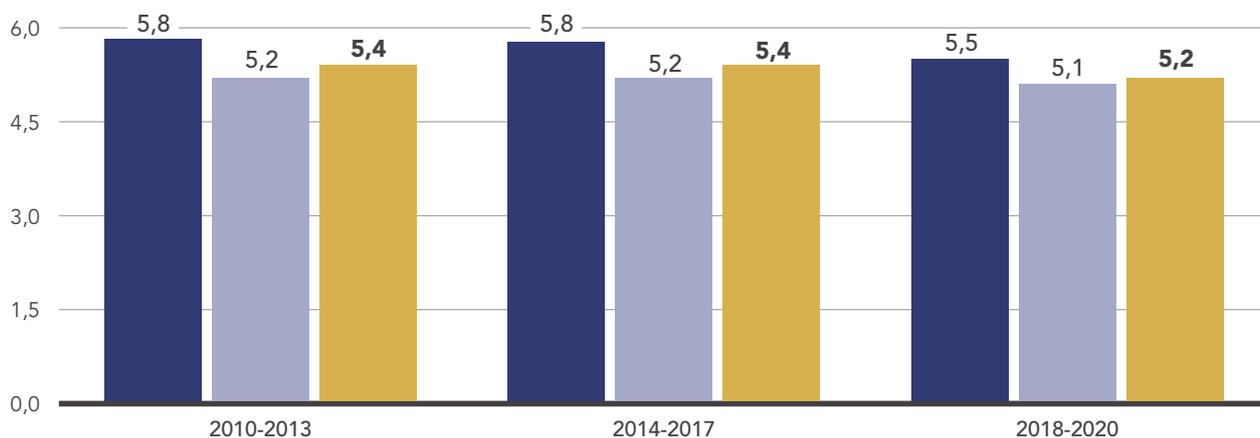
destinataria vivía en hogares con un promedio de 2,9 niños/as y adolescentes, frente a 2,4 en el caso de la población no destinataria. Esta mayor presencia de niños/as y adolescentes puede constituir un factor de vulnerabilidad socioeconómica en la medida que no esté acompañado por un mayor número de proveedores de ingresos.

Gráfico 4.1.7.

Tamaño promedio de los hogares. Media de miembros por hogar sobre población de niños/as de 0 a 17 años.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



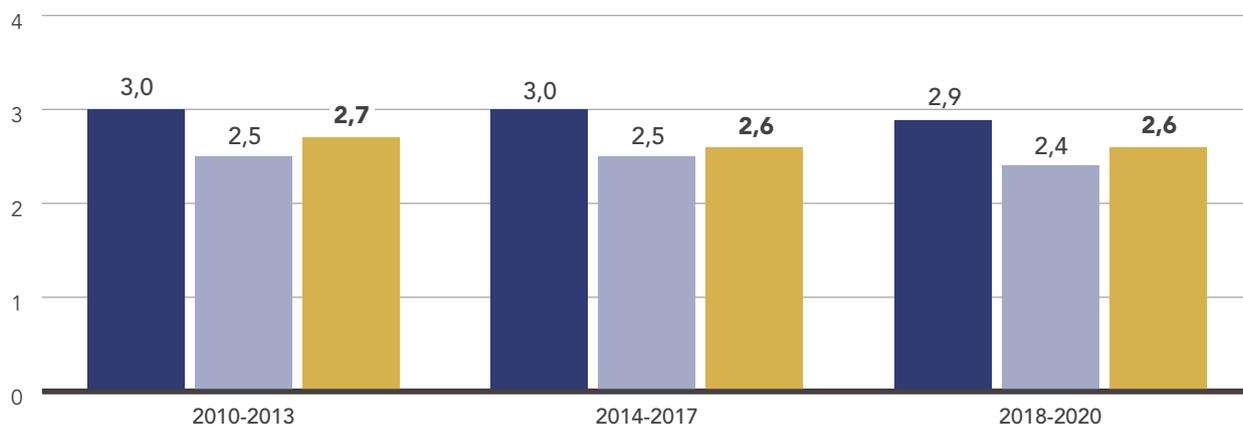
Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 4.1.8.

Número promedio de menores de 18 años en el hogar según percepción de AUH. Media de menores de 18 años por hogar sobre población de niños/as de 0 a 17 años.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Finalmente, como variable sociodemográfica que permite aproximarse al clima educativo del hogar, se evalúa el máximo nivel educativo alcanzado por la madre (**Gráfico 4.1.9**). Se observa que entre 65% y 68% de los niños/as destinatarios –según el período analizado– tienen una madre que no completó

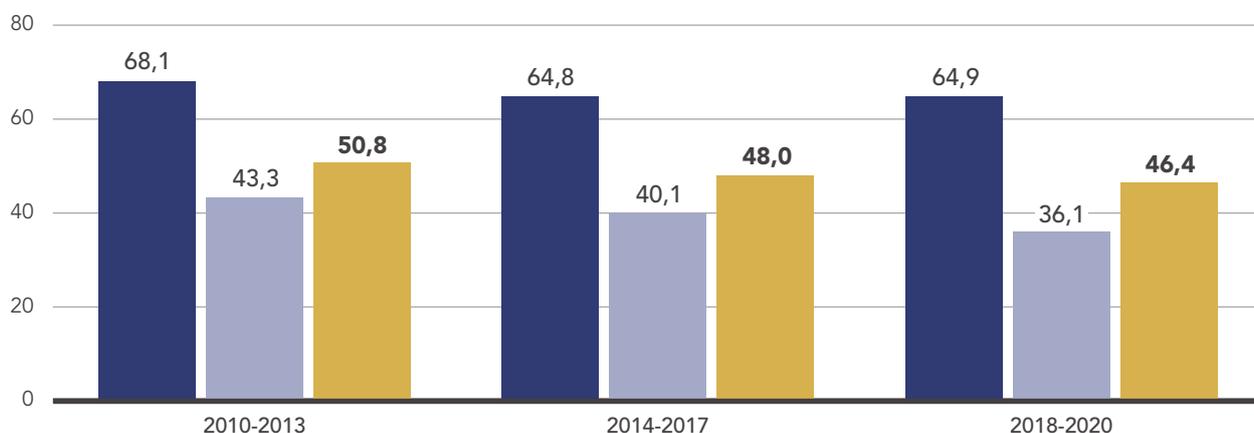
la escuela secundaria. Puede conjeturarse, desde este punto de vista, que los niños/as destinatarios/as viven en un contexto de bajo clima educativo. En comparación, entre 36% y 43% de los niños/as no destinatarios se encontraban en similar situación.

Gráfico 4.1.9.

Población de niños/as y adolescentes de 0 a 17 años cuya madre no completó la educación secundaria, según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

4.2. La evolución de los indicadores de resultado entre 2010 y 2020

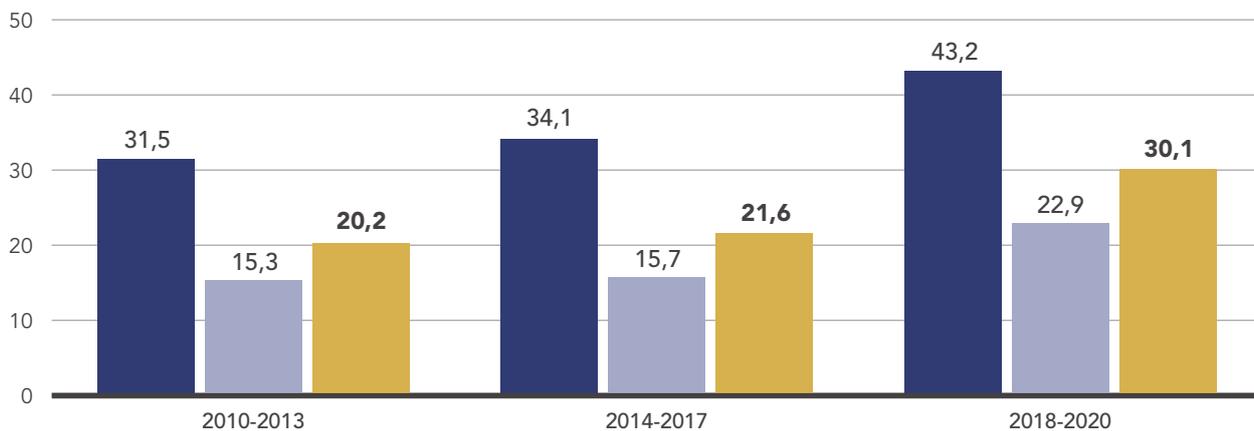
A continuación, se presenta una caracterización de la población destinataria de la AUH tomando en consideración los indicadores que en la última sección se analizarán en términos de impacto del programa (los cuales fueron presentados en la **Figura 3.1.1**). El propósito de esta sección es conocer los niveles de incidencia del déficit en distintos indicadores, a la vez que se procura reconocer su tendencia en el período estudiado.

En la Argentina urbana el déficit alimentario evaluado según una escala de inseguridad alimentaria ha crecido entre 2010 y 2020 (**Gráficos 4.2.1 y 4.2.2**). Este déficit se ha incrementado tanto entre las/os destinatarias/os de la AUH como para los no destinatarios/as. Se aprecia que, en congruencia con un perfil de mayor vulnerabilidad socioeconómica (como se presentó anteriormente), la población destinataria tiene un mayor nivel de déficit que la no destinataria. En un marco de fuerte crisis, en el período 2018-2020 la inseguridad alimentaria alcanzó a 43,2% de los destinatarios/as (y 18,6% en el umbral de inseguridad severa).

Gráfico 4.2.1. Inseguridad alimentaria según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 0 a 17 años.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total

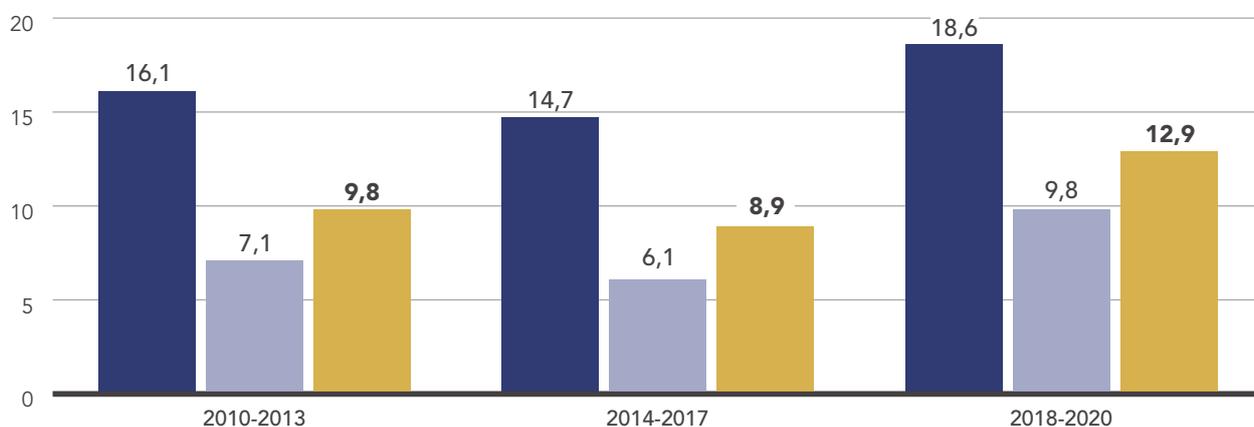


Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 4.2.2. Inseguridad alimentaria severa según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 0 a 17 años.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

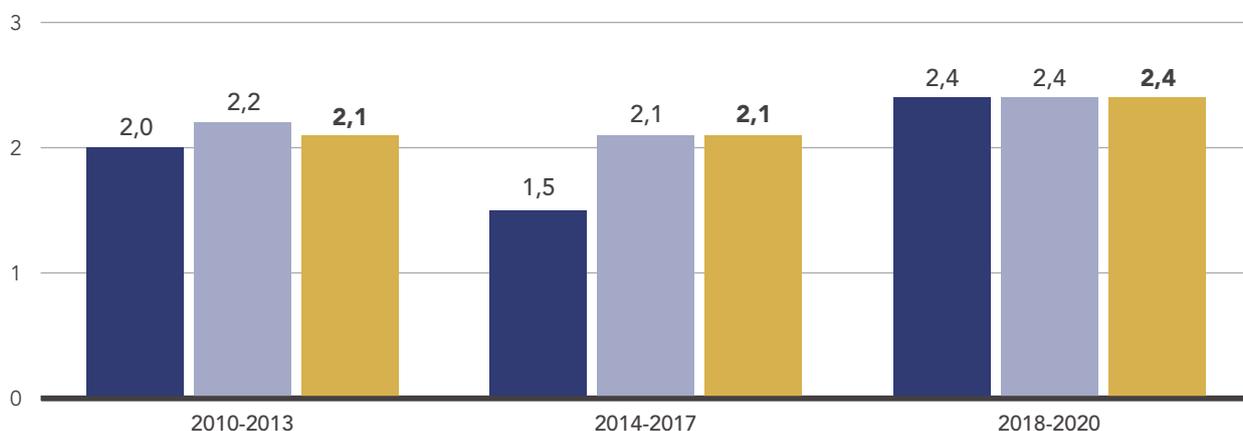
Con respecto a los indicadores de salud, se advierte que no existen diferencias en cuando al cumplimiento del calendario de vacunación entre destinatarios/as y no destinatarios/as (**Gráfico 4.2.3**).

La vacunación entre niños/as y adolescentes tiene niveles próximos a la universalidad y no se aprecian cambios estadísticamente significativos a lo largo del tiempo.

Gráfico 4.2.3. Déficit en el cumplimiento del calendario de vacunación según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 0 a 17 años.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En el caso de la consulta a un médico (**Gráfico 4.2.4**) se arriba a conclusiones similares. Por una parte, no se aprecian cambios significativos en el tiempo: alrededor de 1 de cada 4 niños/as no concurre a un médico a hacer una consulta durante el último año. Por otra parte, no existen prácticamente diferencias entre destinatarios/as y no destinatarios/as. Inclusive, para los períodos 2014-2017 y 2018-2019 llegan a evidenciarse ventajas a favor de los destinatarios/as de la AUH.

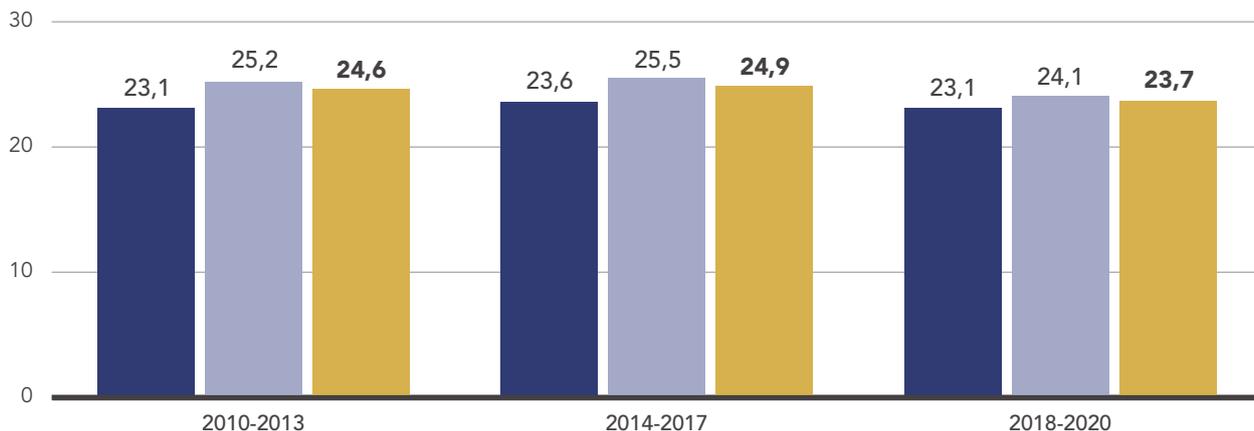
El déficit de consulta odontológica (**Gráfico 4.2.5**) también permaneció casi inalterado en el tiempo: casi 5 de cada 10 niños/as y adolescentes no han hecho una consulta odontológica en el último año. No obstante, a diferencia de los indicadores

anteriores, en este caso se observan brechas de casi 10 pp. en desventaja para los niños/as destinatarios de la AUH en los tres períodos de análisis. Es posible que las diferencias en este indicador –que no se han verificado en los demás– puedan guardar alguna relación por la ausencia de una condicionalidad asociada con este tipo de consultas.

Gráfico 4.2.4. Déficit de consulta a un médico según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 0 a 17 años.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total

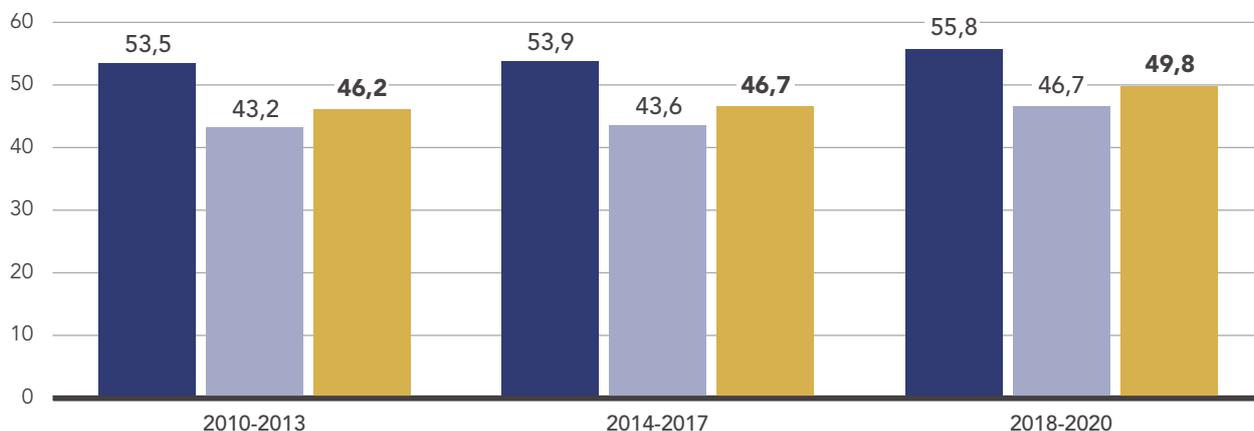


Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 4.2.5. Déficit de consulta a un odontólogo según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 3 a 17 años.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



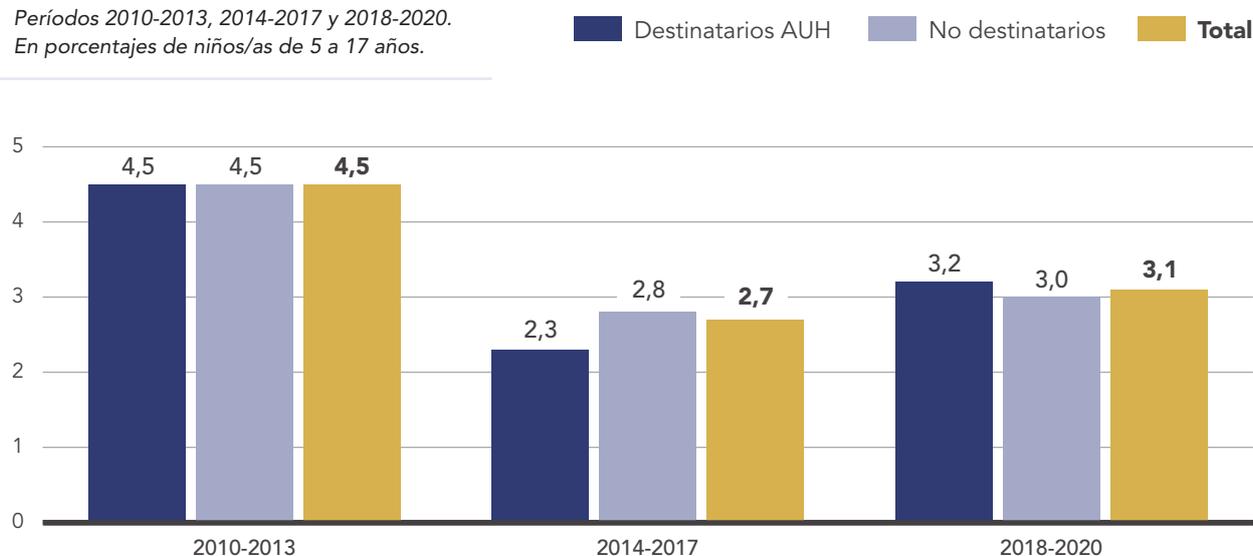
Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Se abordan a continuación indicadores ligados con la situación educativa de niños/as y adolescentes. En primer término, cabe constatar que la inasistencia escolar se ha reducido en el período 2010-2020, pasando de niveles del 4,5% en 2010-2013 a 3,1% en 2018-2020. Se constata la inexistencia de diferencias significativas entre las poblaciones estudiadas (**Gráfico 4.2.6**). Sin embargo, cuando se evalúa el déficit educativo (indicador que suma a la condición de no asistencia la posibilidad de asistir

con sobreedad) se observan leves brechas regresivas para la población destinataria (**Gráfico 4.2.7**). Dichas diferencias pueden variar cuando se contemplan distintos grupos de edad y, como se mencionó, es vasta la literatura que hace referencia a la sobreedad en adolescentes destinatarios/as. De este modo, ser receptor o no del programa no se asocia a diferencias en la asistencia a la escuela, pero sí aparenta tener implicancias en la temporalidad de las trayectorias educativas.

Gráfico 4.2.6. No asistencia a la escuela según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 5 a 17 años.



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

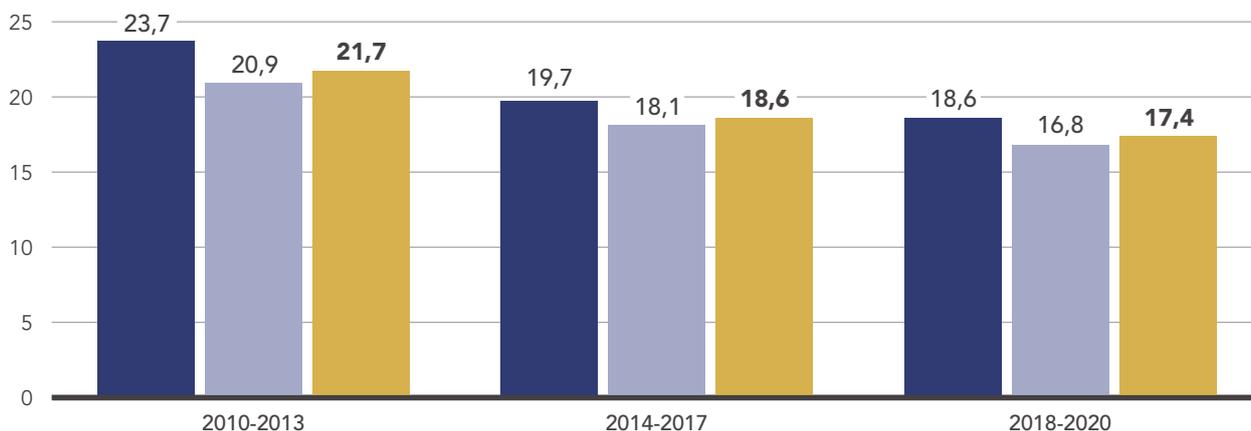
Como se aprecia en el **Gráfico 4.2.8**, la probabilidad de no haber festejado el último cumpleaños se incrementó en el período 2018-2020 y alcanzó a alrededor de 1 de cada 5 niños/as y adolescentes. Al respecto, los niños/as y adolescentes destinatarios de la AUH tienen mayores chances de no haber festejado su último cumpleaños que sus pares no destinatarios/as. Las brechas de inequidad han tendido a mantenerse relativamente estables en el período analizado.

En un marco de fuerte crisis, en el periodo 2018-2020 la inseguridad alimentaria alcanzó a 43,2% de los destinatarios/as (y 18,6% en el umbral de inseguridad severa).

Gráfico 4.2.7. Déficit educativo (no asiste o asiste con sobredad) según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 5 a 17 años.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total

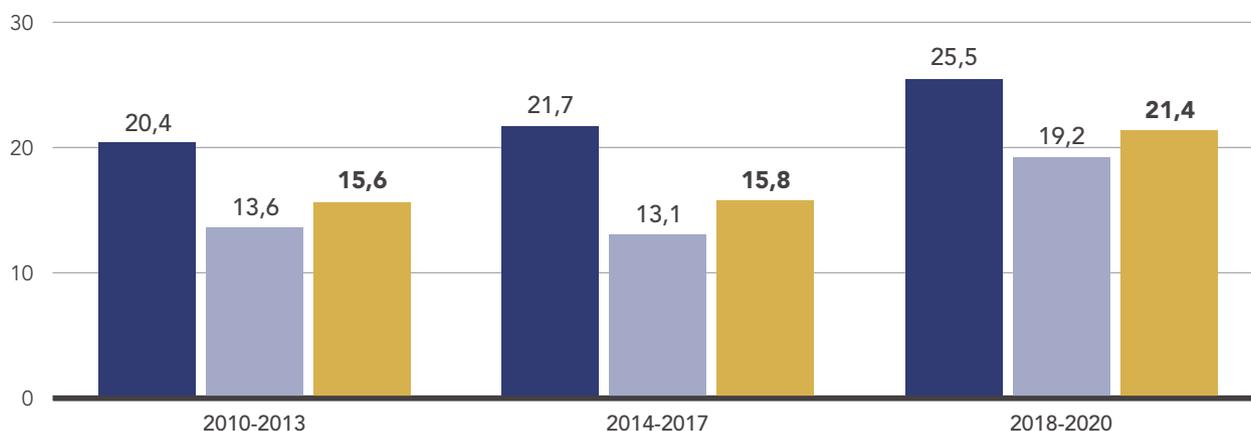


Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 4.2.8. No haber festejado el último cumpleaños según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 1 a 12 años.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

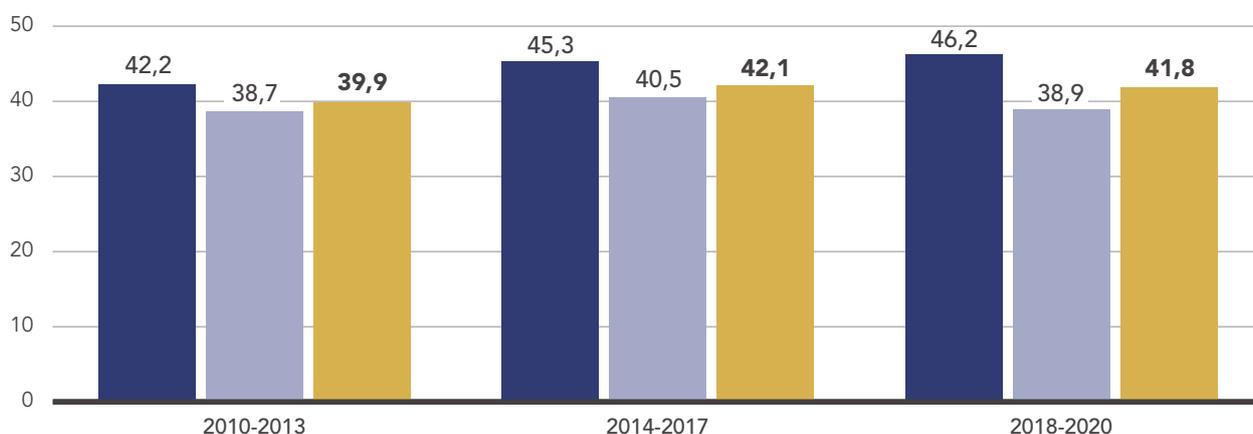
Al mismo tiempo, en el **Gráfico 4.2.9** se constata que el déficit en materia de estimulación temprana se mantuvo estable en los distintos períodos analizados, con un leve aumento en el trienio 2018-2020. Al respecto, los niños/as destinatarios de la AUH tienen una mayor propensión a experimentar déficit en

esta dimensión. Se destaca la importancia de estos indicadores que aparentan no tener vinculación con los ingresos de los hogares pero que implican una asignación de recursos de los adultos del hogar para satisfacer necesidades emocionales y cognitivas de los/as niños/as que habitan en él.

Gráfico 4.2.9. No suele compartir cuentos e historias orales según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 0 a 8 años.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Finalmente, se considera la propensión de niños/as y adolescentes a la realización de trabajo infantil económico y doméstico intensivo (**Gráfico 4.2.10**). En general, se aprecia que la probabilidad de realizar trabajo infantil se ha reducido entre 2010 y 2020, aunque de manera limitada. Se observa que casi 1 de cada 5 chicos/as de entre 5 y 17 años realiza trabajo infantil. En términos generales, la probabilidad de realizar este tipo de tareas es algo mayor entre los destinatarios/as de la AUH, aunque las diferencias son acotadas. Si bien no hay brechas significativas en la realización de trabajo económico, estas diferencias se amplían moderadamente en el caso de la propensión al trabajo doméstico intensivo.

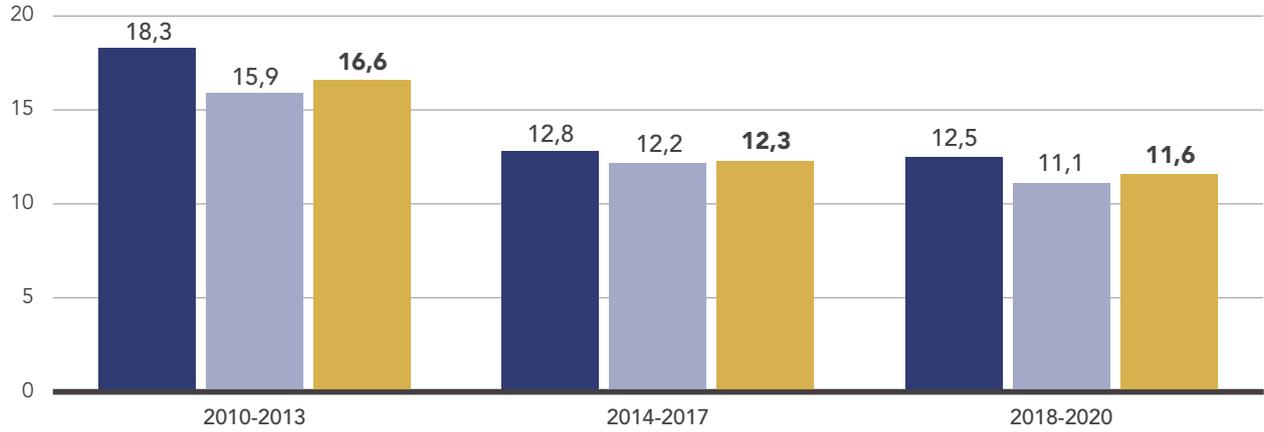
La probabilidad de realizar trabajo infantil se ha reducido entre 2010 y 2020, aunque de manera limitada. Casi 1 de cada 5 chicos/as de entre 5 y 17 años realiza trabajo infantil.

Gráfico 4.2.10.

Realización de trabajo económico y/o doméstico intensivo según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 5 a 17 años.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.



EFECTOS DE LA AUH EN LA POBREZA Y LA INDIGENCIA

05

Esta sección aporta una primera aproximación a los resultados de la AUH sobre el bienestar de niños/as y adolescentes destinatarios. Específicamente, se consideran los efectos del programa en materia de pobreza y pobreza extrema, en tanto indicador sintético de las condiciones de vida. Los distintos ciclos económicos atravesados por la Argentina en la última década ofrecen un escenario particular para llevar adelante un análisis de este tipo. Por ello, un primer apartado caracteriza la evolución de los ingresos, la pobreza y la indigencia entre 2010 y 2020. Un segundo apartado examina los efectos de la AUH en la pobreza y en la indigencia a partir de ejercicios de microsimulación.

5.1. La evolución de la pobreza y la indigencia en la última década

Los distintos ciclos del período 2010-2020 se plasmaron en la evolución de los ingresos per cápita familiares de los hogares de niños/as y adolescentes. En particular, como se exhibe en el **Gráfico 5.1.1**, los ingresos per cápita familiares aumentaron en los períodos más expansivos y con baja inflación relativa –como los años 2011, 2015 y 2017– y se redujeron en los años en los que se registraron fuertes devaluaciones –en especial, en 2014 o 2016–. Ahora bien, el Gráfico permite apreciar el efecto en términos de ingresos familiares que tuvo la fuerte crisis iniciada en 2018, a la que, posteriormente, se sumaron los

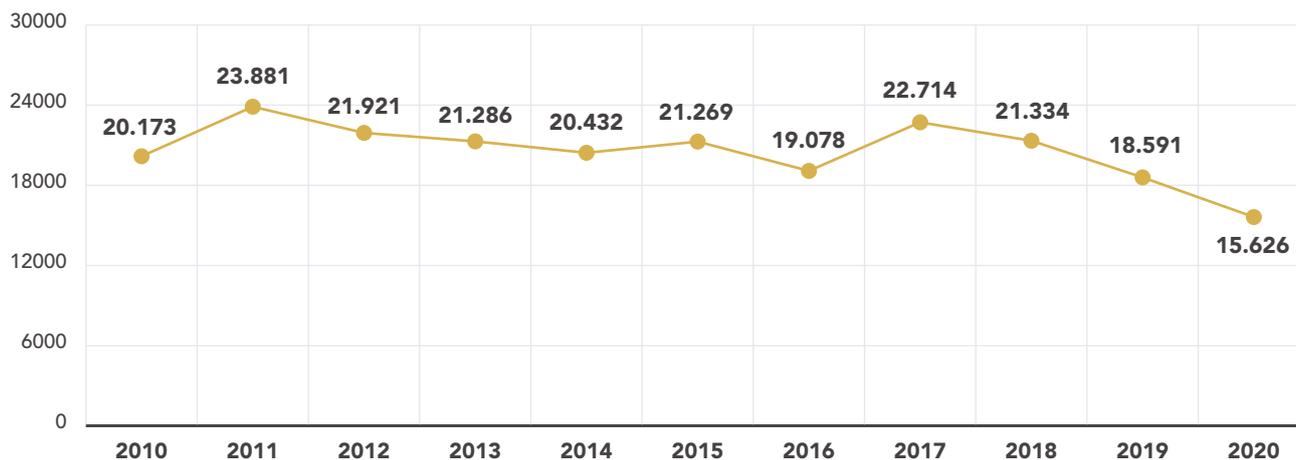
efectos de la crisis provocada por la pandemia de COVID-19. Entre 2017 y 2020 el ingreso per cápita familiar promedio de niños/as y adolescentes se redujo 31,2% en términos reales.

La indigencia entre niños/as y adolescentes exhibe su menor nivel de incidencia en el período 2010-2013 y se incrementó en los dos períodos posteriores: alcanzó a 9,8% de la infancia en 2014-2017 y a 12,2% en 2018-2020 (**Gráfico 5.1.2**). En este sentido, la población de niños/as destinatarios de AUH han registrado niveles de indigencia muy por encima del promedio y, en particular, de la población no destinataria. Pese a existir una extensa red de protección social, la indigencia entre niños/as destinatarios/as de la AUH alcanzó niveles particularmente altos en el período 2018-2020, hasta alcanzar casi a 1 de cada 5 niños/as.

Entre 2017 y 2020 el ingreso per cápita familiar promedio de niños/as y adolescentes se redujo 31,2% en términos reales.

Gráfico 5.1.1. Ingreso per cápita familiar.

En pesos de marzo de 2021. Niños/as y adolescentes de 0 a 17 años.

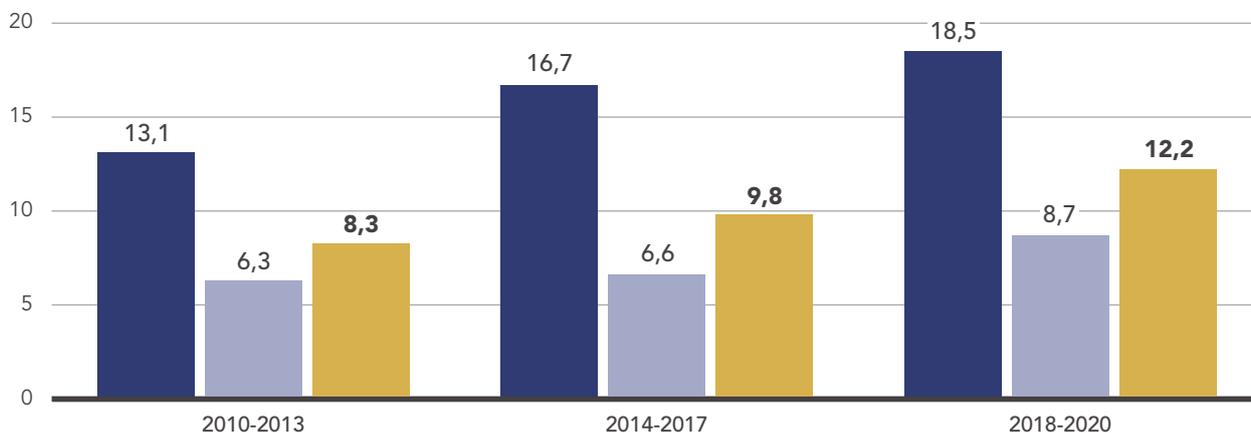


Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 5.1.2. Indigencia según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 0 a 17 años.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

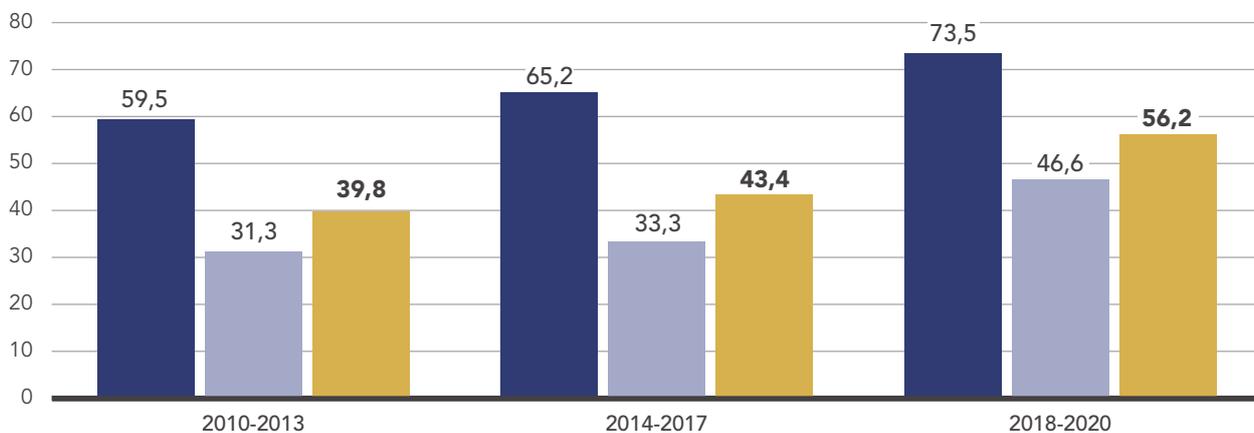
Como es esperable, la pobreza infantil ha exhibido una trayectoria coherente con la evolución de los ingresos monetarios (**Gráfico 5.1.3**). La pobreza por ingresos entre niños/as y adolescentes pasó de 39,8% en 2010-2013 a un promedio de 56,2% en el trienio 2018-2020. De acuerdo con estas estimaciones, los niños/as y adolescentes cubiertos/as por la

AUH tienen entre 1,6 y 2 veces más chances que sus pares no destinatarios/as de vivir en un hogar pobre por ingresos. Entre dos tercios y tres cuartos de la población destinataria vivía en pobreza en el período 2014-2020 (65,2% y 73,5%), lo que parece indicativo de una insuficiencia de ingresos estructural en una amplia proporción de las familias destinatarias.

Gráfico 5.1.3. Pobreza por ingresos según percepción de AUH.

Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.
En porcentajes de niños/as de 0 a 17 años.

■ Destinatarios AUH ■ No destinatarios ■ Total



Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En síntesis, se aprecia que el programa AUH está dirigido a una población que es estructuralmente pobre en términos de ingresos monetarios: entre 6 y 8 de cada 10 niños/as –de acuerdo con el momento del ciclo económico– se encontraban bajo la línea de pobreza y entre 1 y 2 de cada 10 vivían en hogares con ingresos bajo la línea de indigencia. En esta línea, el próximo apartado procura describir el efecto que habría tenido la AUH en materia de reducción de pobreza e indigencia por ingresos en la población destinataria.

5.2. Los efectos de la AUH en la pobreza y la indigencia

Se examina a continuación el efecto de la AUH sobre la indigencia. Al igual que en el caso de la pobreza, se analiza en principio el efecto sobre el total de la población de niños/as y adolescentes (**Cuadro 5.2.1**). En esta línea, se verifica un efecto robusto de la AUH en la reducción de la tasa de recuento de la pobreza extrema: el efecto fue de -31%, -37,9% y -32,5% en 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020, respectivamente. Cabe subrayar, por consiguiente, que el efecto de la AUH es significativamente más fuerte en la reducción de la indigencia que de la pobreza extrema. Al mismo tiempo, se

verifica un efecto sustantivo de la AUH en la reducción de la brecha de indigencia. Este efecto se ha

ido incrementando con el tiempo y se habría intensificado durante el último período examinado.

Cuadro 5.2.1. Efecto de los ingresos por AUH en la tasa de indigencia y en la brecha de indigencia.

Niños/as y adolescentes de 0 a 17 años. Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.

	2010-2013	2014-2017	2018-2020
Ingresos observados			
Incidencia	8.3	9.8	12.2
Brecha	26.5	25.7	23.4
Ingresos netos de AUH			
Incidencia	12.0	15.7	18.1
Brecha	34.2	35.7	35.8
Efectos (%)			
Incidencia	-31.0	-37.9	-32.5
Brecha	-22.4	-28.0	-34.9

El efecto de la AUH sobre la indigencia es significativamente mayor cuando la microsimulación se circunscribe a la población destinataria. En este sentido, la AUH redujo la incidencia de la indigencia entre los niños/as y adolescentes destinatarios/as en casi 50% en cada uno de los tres períodos analizados. Así, por ejemplo, la indigencia hubiese sido de

34% en el trienio 2018-2020, en lugar de 18,5%, de no mediar la existencia de esta transferencia monetaria. Asimismo, se observa una reducción de la intensidad de la pobreza extrema en la población destinataria de entre 30% y 40%, de acuerdo con el período examinado (**Cuadro 5.2.2**).

Cuadro 5.2.2. Efecto de los ingresos por AUH en la tasa de indigencia y en la brecha de indigencia.

Niños/as y adolescentes de 0 a 17 años **destinatarios/as de la AUH**. Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.

	2010-2013	2014-2017	2018-2020
Ingresos observados			
Incidencia	13.1	16.7	18.5
Brecha	26.0	25.5	23.6
Ingresos netos de AUH			
Incidencia	24.9	33.8	34.0
Brecha	37.9	39.0	40.8
Efectos (%)			
Incidencia	-47.7	-50.6	-45.2
Brecha	-31.5	-34.2	-43.0

Se ha constatado que la dinámica económica de la Argentina durante la última década propició un incremento de la pobreza monetaria infantil. ¿Existe un efecto de la AUH en la reducción de las cifras de pobreza e indigencia? En primer lugar, se examina el efecto de la AUH en la pobreza a nivel del

conjunto de la población de niños/as y adolescentes. Al respecto, se considera tanto el efecto en la tasa de recuento (la proporción de población por debajo del umbral de pobreza) como de la brecha de pobreza (la distancia promedio a la que se encuentran los pobres con respecto al umbral de pobreza).

Cuadro 5.2.3. Efecto de los ingresos por AUH en la tasa de pobreza y en la brecha de pobreza.

Niños/as y adolescentes de 0 a 17 años. Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.

	2010-2013	2014-2017	2018-2020
Ingresos observados			
Incidencia	39.8	43.4	56.2
Brecha	32.8	36.0	39.0
Ingresos netos de AUH			
Incidencia	42.6	46.4	57.5
Brecha	37.7	41.4	44.9
Efectos (%)			
Incidencia	-6.7	-6.5	-2.3
Brecha	-12.8	-13.1	-13.2

El análisis anterior considera el efecto de la AUH en la pobreza sobre el conjunto de la población de niños/as y adolescentes. Pero cabe examinar cuál es el efecto de la transferencia en términos de pobreza cuando se circunscribe la microsimulación a la población destinataria. En este sentido, el **Cuadro 5.2.4** replica el análisis anterior y da cuenta de un efecto significativamente más pronunciado de la AUH en la reducción de la tasa de recuento y de la brecha de pobreza entre los destinatarios/as. El efecto de la AUH sobre la incidencia de la pobreza se ubicó en -13,2% en 2010-2013, -11,9% 2014-2017 y se redujo a -4,5% en 2018-2020. Es decir, la tendencia es similar a la advertida previamente, pero el efecto casi se duplica. Algo semejante se advierte cuando se considera la brecha de pobreza: la intensidad se reduce casi 20% entre los niños/as y adolescentes destinatarios de la AUH.

Los resultados alcanzados en esta sección dan cuenta de una serie de efectos ostensibles de la AUH sobre las condiciones de vida de la población destinataria. Específicamente, se ha podido constatar que, en un marco de empeoramiento socioeconómico general, la AUH redujo, simultáneamente, la incidencia de la pobreza y de la indigencia, a la vez que redujo la intensidad de estas privaciones materiales entre la población pobre. En otros términos, cabe concluir que sin esta transferencia monetaria se apreciarían cifras más altas de pobreza y, en particular, de pobreza extrema infantil⁵. A su vez, resulta evidente que esta transferencia no basta, por sí misma, para asegurar que una parte de los destinatarios/as eviten la pobreza monetaria.

5. A similares conclusiones llega Parker (2019: 360) en su evaluación de los impactos de PROGRESA-OPORTUNIDADES en México, lo que revela que la superación de la pobreza requiere mucho más que una transferencia monetaria a los pobres y se relaciona con el ritmo de crecimiento económico general.

Cuadro 5.2.4. Efecto de los ingresos por AUH en la tasa de pobreza y en la brecha de pobreza.

Niños/as y adolescentes de 0 a 17 años **destinatarios/as de la AUH**. Períodos 2010-2013, 2014-2017 y 2018-2020.

	2010-2013	2014-2017	2018-2020
Ingresos observados			
Incidencia	59.5	65.2	73.5
Brecha	33.9	39.0	41.2
Ingresos netos de AUH			
Incidencia	68.4	74.0	77.0
Brecha	43.3	48.3	52.7
Efectos (%)			
Incidencia	-13.2	-11.9	-4.5
Brecha	-21.7	-19.3	-21.9

EVALUACIÓN DE IMPACTOS DE LA AUH

06

6.1. Ingresos familiares

La aplicación de una técnica no experimental de emparejamiento por puntuación de propensión permite evaluar el impacto de la AUH en el ingreso per cápita familiar real de niños/as y adolescentes. Esta técnica se implementó para los distintos períodos identificados, con el propósito de reconocer más adecuadamente las variaciones en los impactos del programa.

Tal como han reconocido trabajos previos (Agis et al., 2010; Bertranou y Maurizio, 2012; Bustos y Villafañe, 2011; Salvia et al., 2015), la **Tabla 6.1.1** permite constatar un efecto positivo y estadísticamente significativo de la AUH sobre el ingreso per

cápita familiar de niños/as y adolescentes. Este efecto se mantuvo en todos los subperíodos analizados. Sin embargo, se puede advertir que el impacto medio de la AUH alcanzó su máximo valor en 2010-2017 –una diferencia relativa de entre 39,3% y 38,5% con respecto al grupo de comparación emparejado– y declinó posteriormente. Entre 2018 y 2020, el impacto medio del programa fue casi un tercio del que había alcanzado en 2010-2013 (\$1.359). Cabe atribuir esta reducción del efecto a una progresiva erosión del valor real de la transferencia, aunque tampoco podría descartarse que la crisis económica de 2018-2020 (agravada por la pandemia de COVID-19) haya repercutido sobre otras fuentes de ingreso de las familias.

Tabla 6.1.1. Impacto de la AUH sobre el ingreso per cápita familiar y pruebas de significación.

Niños/as y adolescentes de 0-17 años. En pesos de 2021.

	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	Dif. %	t	Sig.
2010-2013	14,373	10,317	4056.0	39.3%	23.110	***
2014-2017	12,513	9,032	3480.6	38.5%	21.470	***
2018-2020	12,244	10,885	1359.0	12.5%	4.280	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Estas estimaciones constituyen un promedio en la muestra apareada. A continuación, interesa evaluar si existen ciertas diferencias en la intensidad de los impactos en la población de niños/as y adolescentes destinatarios. Precisamente, las **Tablas 6.1.2A, B y C** exploran la heterogeneidad de estos impactos para los subperíodos analizados. En términos generales se aprecia que el impacto de la AUH en el ingreso per cápita familiar fue mayor entre niños/as cuya madre tenía un mayor nivel educativo (una diferencia porcentual de 53% en 2010-2013 frente a 31,7% entre los niños/as con madre con menor educación). Por otra parte, el programa tuvo un impacto sobre el ingreso per cápita familiar más fuerte entre niños/as que viven en barrios formales, en comparación con quienes viven en barrios informales, aunque este efecto desapareció en el subperíodo 2018-2020. El perfil de los impactos heterogéneos guarda relación con lo que advirtieron trabajos anteriores sobre la AUH (Salvia et al., 2015).

Se constata un efecto positivo y estadísticamente significativo de la AUH sobre el ingreso per cápita familiar de niños/as y adolescentes. Este efecto se mantuvo en todos los subperíodos analizados, pero fue más intenso entre 2010 y 2017.

Tabla 6.1.2A.

Impactos de la AUH sobre el ingreso per cápita familiar según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2010-2013.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	Dif. %	Sig.
Efecto promedio		14,373	10,317	4,056	39.3%	***
<i>Educación de la madre</i>	Sec. comp. y más	18,127	11,845	6,281	53.0%	***
	H. sec. inc.	12,526	9,510	3,016	31.7%	***
<i>Edad de la madre</i>	Hasta 24 años	14,552	8,779	5,773	65.8%	***
	25 años y más	14,345	10,555	3,791	35.9%	***
<i>Tipo de hogar</i>	Biparental	14,665	10,542	4,124	39.1%	***
	Monoparental	13,551	9,627	3,924	40.8%	***
<i>Configuración familiar</i>	No extenso	14,888	10,643	4,244	39.9%	***
	Extenso	13,457	9,752	3,705	38.0%	***
<i>Condición residencial</i>	Barrio formal	14,667	10,428	4,239	40.7%	***
	Barrio informal	11,220	9,272	1,948	21.0%	***
<i>Área urbana</i>	Resto urbano	14,446	10,407	4,039	38.8%	***
	AMBA	14,148	10,070	4,078	40.5%	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 6.1.2B.

Impactos de la AUH sobre el ingreso per cápita familiar según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2014-2017.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	Dif. %	Sig.
Efecto promedio		12,513	9,032	3,480	38.5%	***
<i>Educación de la madre</i>	Sec. comp. y más	14,414	9,656	4,758	49.3%	***
	H. sec. inc.	11,498	8,716	2,782	31.9%	***
<i>Edad de la madre</i>	Hasta 24 años	12,272	8,581	3,691	43.0%	***
	25 años y más	12,553	9,108	3,445	37.8%	***
<i>Tipo de hogar</i>	Biparental	12,656	9,149	3,507	38.3%	***
	Monoparental	12,141	8,730	3,412	39.1%	***
<i>Configuración familiar</i>	No extenso	12,329	9,131	3,197	35.0%	***
	Extenso	12,802	8,882	3,920	44.1%	***
<i>Condición residencial</i>	Barrio formal	12,853	9,007	3,846	42.7%	***
	Barrio informal	10,369	9,182	1,187	12.9%	***
<i>Área urbana</i>	Resto urbano	12,664	8,971	3,693	41.2%	***
	AMBA	12,154	9,174	2,980	32.5%	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 6.1.2C.

Impactos de la AUH sobre el ingreso per cápita familiar según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2018-2020.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	Dif. %	Sig.
Efecto promedio		12,244	10,885	1,359	12.5%	***
<i>Educación de la madre</i>	Sec. comp. y más	14,550	12,033	2,517	20.9%	***
	H. sec. inc.	10,824	10,213	611	6.0%	n/s
<i>Edad de la madre</i>	Hasta 24 años	12,130	11,028	1,102	10.0%	**
	25 años y más	12,321	10,811	1,510	14.0%	***
<i>Tipo de hogar</i>	Biparental	12,156	11,111	1,045	9.4%	***
	Monoparental	12,434	10,317	2,117	20.5%	***
<i>Configuración familiar</i>	No extenso	10,926	9,821	1,105	11.3%	***
	Extenso	14,575	12,642	1,933	15.3%	***
<i>Condición residencial</i>	Barrio formal	12,873	11,193	1,680	15.0%	***
	Barrio informal	9,952	9,757	194	2.0%	n/s
<i>Área urbana</i>	Resto urbano	12,897	11,772	1,125	9.6%	***
	AMBA	10,886	9,201	1,685	18.3%	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

6.2. Inseguridad alimentaria

A continuación, se analiza el impacto de la AUH en otro indicador de las condiciones materiales de vida, orientado a capturar la situación alimentaria de los hogares en los que viven los/as niños/as y adolescentes destinatarios/as. Específicamente, se evalúa cuál ha sido el impacto medio de la AUH sobre la situación de inseguridad alimentaria. Cabe recordar que la medición de la inseguridad alimentaria se realiza mediante una escala y que son clasificados en situación de inseguridad aquellos hogares en los que se expresa haber reducido la dieta de alimentos o que alguno/a de sus integrantes experimentó hambre por problemas económicos en los últimos 12 meses.

La **Tabla 6.2.1** presenta los resultados de la medición de impacto que surge de los ejercicios de emparejamiento. En primer lugar, se observa que

la AUH ha tenido un impacto positivo y estadísticamente significativo en la reducción de la inseguridad alimentaria a lo largo de los tres períodos considerados. En segundo lugar, este impacto se intensificó en el tiempo: era -2,4 pp. en 2010-2013, -3 pp. en 2014-2017 y -6 pp. en 2018-2020⁶. Si bien este efecto podría parecer contradictorio con los resultados en materia de ingreso per cápita familiar, cabe señalar que la intensificación del impacto de la AUH sobre la reducción de la inseguridad alimentaria se dio de manera simultánea con un aumento de la inseguridad. Es decir, las evidencias de la **Tabla 6.2.1** muestran un empeoramiento de la situación alimentaria de los destinatarios/as de la AUH. Sin embargo, dado que el aumento fue más fuerte en el grupo de comparación, se percibe una mejor situación relativa de los niños/as y adolescentes destinatarios/as de la AUH.

Tabla 6.2.1. Impacto de la AUH sobre la inseguridad alimentaria y pruebas de significación.

Niños/as y adolescentes de 0-17 años. En porcentajes.

	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio (pp.)	Reducción de riesgo relativo	t	Sig.
2010-2013	28.1%	30.5%	-2.4	7.8%	-2.080	***
2014-2017	30.6%	33.6%	-3.0	9.0%	-2.460	***
2018-2020	36.8%	42.8%	-6.0	14.0%	-3.300	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Los efectos en materia de inseguridad alimentaria parecen haberse tornado más intensos entre los niños/as cuya madre tenía un mayor nivel educativo, tal como se identificó anteriormente en el caso del ingreso per cápita (**Tablas 6.2.2A, B y C**). Sin embargo, este efecto era distinto en 2010-2013, de modo que el cambio observado podría ser indicio de un relativo empeoramiento de los niños/as con madres con menor nivel de instrucción. Asimismo, el impacto

medio fue mayor entre los niños/as que vivían en hogares monoparentales (frente a quienes vivían en hogares biparentales) y en hogares extensos durante el período 2014-2020. Finalmente, el mayor impacto de la AUH entre los niños/as residentes en barrios informales durante 2010-2013 se revirtió en 2014-2017 y volvió a tornarse significativo en el ciclo de crisis 2018-2020.

6. Junto con la estimación del impacto medio del programa se reporta la reducción del riesgo relativo (RRR), definido como $RRR = 1 - RR$, donde el RR (riesgo relativo) es el cociente entre los niveles de incidencia del déficit en el grupo de tratamiento y de control.

Tabla 6.2.2A.

Impactos de la AUH sobre la inseguridad alimentaria según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2010-2013.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	Sig.
Efecto promedio		28.1%	30.5%	-2.4	8%	**
<i>Educación de la madre</i>	Sec. comp. o más H. sec. inc.	18.8% 32.8%	19.4% 36.4%	-0.6 -3.6	3% 10%	***
<i>Edad de la madre</i>	25 años y más Hasta 24 años	37.3% 26.7%	39.5% 29.1%	-2.2 -2.4	6% 8%	** ***
<i>Tipo de hogar</i>	Biparental Monoparental	26.0% 34.1%	30.1% 31.8%	-4.1 2.3	14% -7%	*** ***
<i>Configuración familiar</i>	No extenso Extenso	25.7% 32.5%	28.4% 34.1%	-2.7 -1.7	10% 5%	*** **
<i>Condición residencial</i>	Barrio formal Barrio informal	27.3% 37.2%	28.9% 46.2%	-1.6 -8.9	5% 19%	*** ***
<i>Área urbana</i>	Resto urbano AMBA	29.2% 24.9%	31.0% 29.2%	-1.8 -4.3	6% 15%	*** ***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 6.2.2B.

Impactos de la AUH sobre la inseguridad alimentaria según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2014-2017.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	Sig.
Efecto promedio		30.6%	33.6%	-3.0	9%	***
<i>Educación de la madre</i>	Sec. comp. o más H. sec. inc.	20.7% 35.9%	23.9% 38.5%	-3.2 -2.7	13% 7%	*** ***
<i>Edad de la madre</i>	25 años y más Hasta 24 años	31.4% 30.2%	36.8% 32.1%	-5.4 -2.0	15% 6%	*** ***
<i>Tipo de hogar</i>	Biparental Monoparental	29.4% 33.7%	32.2% 37.4%	-2.8 -3.7	9% 10%	*** ***
<i>Configuración familiar</i>	No extenso Extenso	31.5% 29.2%	33.4% 34.0%	-1.9 -4.8	6% 14%	*** ***
<i>Condición residencial</i>	Barrio formal Barrio informal	28.7% 42.7%	32.7% 39.3%	-4.0 3.4	12% -9%	*** ***
<i>Área urbana</i>	Resto urbano AMBA	29.6% 32.9%	33.2% 34.7%	-3.5 -1.7	11% 5%	*** **

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 6.2.2C.

Impactos de la AUH sobre la inseguridad alimentaria según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2018-2020.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	p>t
Efecto promedio		36.8%	42.8%	-6.0	14%	***
<i>Educación de la madre</i>	Sec. comp. o más	30.5%	36.7%	-6.2	17%	***
	H. sec. inc.	40.7%	46.3%	-5.6	12%	***
<i>Edad de la madre</i>	25 años y más	37.1%	42.6%	-5.5	13%	***
	Hasta 24 años	36.6%	42.9%	-6.3	15%	***
<i>Tipo de hogar</i>	Biparental	35.0%	40.1%	-5.2	13%	***
	Monoparental	40.8%	49.4%	-8.6	17%	***
<i>Configuración familiar</i>	No extenso	37.8%	42.3%	-4.5	11%	***
	Extenso	35.0%	43.5%	-8.5	20%	***
<i>Condición residencial</i>	Barrio formal	34.8%	40.3%	-5.5	14%	***
	Barrio informal	44.1%	51.9%	-7.8	15%	***
<i>Área urbana</i>	Resto urbano	37.5%	43.1%	-5.6	13%	***
	AMBA	35.3%	42.2%	-6.9	16%	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

6.3. Déficit en el cumplimiento del calendario de vacunación

Una de las condicionalidades en salud de la AUH se refiere al cumplimiento del calendario de vacunación. En esta línea, algunos estudios previos (Walsh, Poy y Tuñón, 2020), enfocados en la población de 3 años y más, no hallaron resultados estadísticamente significativos. Aquí se retoman estos antecedentes, pero se amplía la población observada y la ventana temporal del estudio.

Al respecto, la **Tabla 6.3.1** examina los impactos de la AUH sobre el déficit de cumplimiento del calendario de vacunación. Se evidencia que entre 2010 y 2013 no hubo diferencias estadísticamente significativas en términos de impacto del programa sobre el déficit de vacunas en la población destinataria. Algo similar sucedió en el período 2014-2017, puesto que la diferencia de proporciones entre destinatarios/as y no destinatarios/as no es significativa, si bien se aprecia un menor déficit en el cumplimiento del calendario de vacunación entre los destinatarios/as. En cambio, el impacto se tornó más fuerte en

el trienio 2018-2020: el impacto medio fue de -4,1 pp. en la reducción del déficit de cumplimiento del calendario de vacunación (una reducción de riesgo relativo de 61,1%), lo que se explica enteramente por un empeoramiento del grupo no destinatario emparejado. La condicionalidad que vela por el control de la salud y la aplicación de las vacunas correspondientes a la edad de los beneficiarios podría haber jugado un rol importante aun en momentos de restricción de la movilidad como durante el período de restricciones por la pandemia del COVID-19.

Al respecto, la **Tabla 6.3.2** examina los impactos de la AUH sobre el déficit de cumplimiento del calendario de vacunación según distintas características seleccionadas. En general, no se aprecian diferencias según las características demográficas del niño/as (sexo y edad). Se revela una profundización del efecto entre los niños/as cuyas madres son mayores y se incorporan focalizaciones positivas del programa en poblaciones infantiles que habitan en barrios formales con trazado urbano. Se observan algunas diferencias que tienen que ver con las características del hogar y la familia: el impacto medio

fue más alto entre niños/as cuya madre tenía baja educación (-5,1 pp. entre niños/as cuya madre no terminó la secundaria frente a -2,3 pp. entre niños/as cuya madre sí concluyó dicho nivel), que vivían en

hogares biparentales (-4,8 pp. frente a -2,4 pp. en niños/as que vivían en hogares monoparentales) y en hogares extensos (-6,1 pp. frente a -2,8 pp. entre niños/as que vivían en hogares no extensos).

Tabla 6.3.1. Impacto de la AUH sobre el déficit de cumplimiento del calendario de vacunación y pruebas de significación.

Niños/as y adolescentes de 0-17 años. En porcentajes.

	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio (pp.)	Reducción de riesgo relativo	t	Sig.
2010-2013	2.5%	2.3%	0.2	-8.9%	0.530	n/s
2014-2017	2.0%	2.6%	-0.6	23.4%	-1.534	n/s
2018-2020	2.6%	6.7%	-4.1	61.1%	-5.270	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 6.3.2. Impactos de la AUH sobre el déficit de cumplimiento del calendario de vacunación, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2018-2020.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	p>t
Efecto promedio		2.6%	6.7%	-4.1	61%	***
Sexo	Mujer	2.1%	5.5%	-3.5	63%	***
	Varón	3.2%	7.9%	-4.7	60%	***
Grupo de edad	0 a 12	2.7%	6.8%	-4.1	60%	***
	13 a 17	2.0%	6.2%	-4.1	67%	***
Educación de la madre	Sec. comp. o más	2.1%	4.4%	-2.3	53%	***
	H. sec. inc.	2.9%	8.1%	-5.1	63%	***
Edad de la madre	25 años y más	3.5%	8.0%	-4.6	57%	***
	Hasta 24 años	2.0%	6.0%	-4.0	66%	***
Tipo de hogar	Biparental	2.4%	7.2%	-4.8	66%	***
	Monoparental	2.9%	5.3%	-2.4	45%	***
Configuración familiar	No extenso	2.1%	5.0%	-2.8	57%	***
	Extenso	3.4%	9.5%	-6.1	64%	***
Condición residencial	Barrio formal	2.7%	7.0%	-4.3	61%	***
	Barrio informal	2.2%	5.6%	-3.5	61%	***
Área urbana	Resto urbano	2.4%	6.9%	-4.5	65%	***
	AMBA	3.1%	6.4%	-3.3	52%	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

6.4. Déficit de consulta médica

La AUH implica condicionalidades en salud referidas a la inscripción en un programa de salud (hasta los 6 años), lo que cabría conjeturar que tiene impactos sobre la realización de consultas médicas. En esta línea, a continuación, se examina el impacto observado de la AUH en la reducción del déficit de realización de una consulta médica anual.

La **Tabla 6.4.1** indica que el efecto de la AUH sobre la realización de una consulta médica anual no ha seguido una trayectoria lineal. Estos resultados son coherentes con los antecedentes que no encontraron efectos de la AUH sobre resultados en salud para algunos períodos de funcionamiento del programa (Goldschmidt, 2017; Walsh et al., 2020). En el período 2011-2013, el impacto medio de la AUH se estimó en -3,2 pp. sobre el déficit de consulta médica en la población de niños/as destinatarios de 0 a 17 años. El efecto resultó menos robusto en el período 2014-2017, lo que podría deberse a una mayor realización de controles de salud en la población no destinataria emparejada (de hecho, el nivel de déficit observado en este grupo se redujo durante ese período). El efecto volvió a resultar

estadísticamente significativo en 2018-2020, cuando se estimó en -3,6 pp., principalmente como resultado del empeoramiento del grupo destinatario. Los resultados son indicativos de que alrededor de 1 de cada 5 destinatarios/as continúa sin realizar una consulta médica anual durante casi toda la década de funcionamiento del programa.

La AUH ha tenido un impacto positivo y estadísticamente significativo en la reducción de la inseguridad alimentaria a lo largo de los tres períodos considerados.

Tabla 6.4.1. Impacto de la AUH sobre el déficit de consulta médica y pruebas de significación.

Niños/as y adolescentes de 0-17 años. En porcentajes.

	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio (pp.)	Reducción de riesgo relativo	t	Sig.
2011-2013	21.3%	24.5%	-3.2	13.2%	-2.620	***
2014-2017	19.9%	20.9%	-1.0	4.7%	-0.930	n/s
2018-2020	22.3%	25.9%	-3.6	14.0%	-2.300	**

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 6.4.2A.

Impactos de la AUH sobre el déficit de consulta médica, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2011-2013.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	Sig.
Efecto promedio		21.3%	24.5%	-3.2	13%	***
<i>Sexo</i>	Mujer	21.2%	25.4%	-4.2	17%	***
	Varón	21.4%	23.5%	-2.1	9%	***
<i>Grupo de edad</i>	0 a 12	15.7%	18.1%	-2.4	13%	***
	13 a 17	40.0%	44.3%	-4.2	10%	***
<i>Educación de la madre</i>	Sec. comp. o más	18.4%	21.5%	-3.1	14%	***
	H. sec. inc.	22.7%	26.3%	-3.6	14%	***
<i>Edad de la madre</i>	25 años y más	13.7%	14.7%	-1.0	7%	**
	Hasta 24 años	24.8%	28.2%	-3.3	12%	***
<i>Tipo de hogar</i>	Biparental	21.6%	24.4%	-2.8	12%	***
	Monoparental	20.5%	24.8%	-4.3	17%	***
<i>Configuración familiar</i>	No extenso	21.0%	24.7%	-3.7	15%	***
	Extenso	21.9%	24.3%	-2.4	10%	***
<i>Condición residencial</i>	Barrio formal	20.5%	23.6%	-3.0	13%	***
	Barrio informal	27.9%	33.1%	-5.2	16%	***
<i>Área urbana</i>	Resto urbano	18.5%	21.2%	-2.6	13%	***
	AMBA	29.0%	33.9%	-4.9	15%	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Las **Tabla 6.4.2A** y **B** analizan los disímiles impactos del programa según características seleccionadas de los niños/as y adolescentes y sus familias. En general, el efecto de reducción del déficit de consulta médica debido a la AUH ha sido mayor entre mujeres que entre varones, y algo más intenso entre niños/as de 13 a 17 años que entre los más pequeños/as. Es interesante notar que el mayor impacto se dio entre los niños/as cuya madre tenía menor educación –de forma similar al impacto en la reducción del déficit de cumplimiento del calendario de vacunación– o que vivían en hogares monoparentales. A su vez, al menos para el período 2011-2013, el efecto de reducción del déficit de consulta médica

fue mayor entre niños/as que vivían en barrios informales (-5,2 pp. frente a 3 pp.) y en el Área Metropolitana de Buenos Aires (-4,9 pp. frente a -2,6 pp. en el Interior del país).

Tabla 6.4.2B.

Impactos de la AUH sobre el déficit de consulta médica, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2018-2020.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	Sig.
Efecto promedio		22.3%	25.9%	-3.6	14%	**
<i>Sexo</i>	Mujer	21.6%	25.6%	-4.0	16%	***
	Varón	23.0%	26.2%	-3.3	12%	***
<i>Grupo de edad</i>	0 a 12	17.1%	21.2%	-4.1	19%	***
	13 a 17	43.3%	47.5%	-4.2	9%	***
<i>Educación de la madre</i>	Sec. comp. o más	19.9%	22.4%	-2.5	11%	***
	H. sec. inc.	23.7%	28.0%	-4.2	15%	***
<i>Edad de la madre</i>	25 años y más	13.8%	15.9%	-2.1	13%	***
	Hasta 24 años	28.0%	31.1%	-3.2	10%	***
<i>Tipo de hogar</i>	Biparental	22.1%	25.1%	-3.0	12%	***
	Monoparental	22.7%	28.0%	-5.3	19%	***
<i>Configuración familiar</i>	No extenso	23.2%	26.8%	-3.6	14%	***
	Extenso	20.7%	24.5%	-3.8	15%	***
<i>Condición residencial</i>	Barrio formal	22.1%	26.4%	-4.3	16%	***
	Barrio informal	22.8%	24.0%	-1.2	5%	
<i>Área urbana</i>	Resto urbano	22.5%	26.4%	-3.8	15%	***
	AMBA	21.8%	25.0%	-3.3	13%	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

6.5. Déficit de consulta odontológica

El tercer indicador de los impactos en la dimensión de salud se refiere a la realización de controles odontológicos. Si bien no se trata de un indicador relacionado con las condicionalidades, se presume que los requerimientos asociados al cobro de la AUH pueden tener efectos potenciales en la reducción del déficit en otras dimensiones del ejercicio de la salud. Estudios anteriores que han abordado los impactos de la AUH sobre la realización de consultas odontológicas no han encontrado efectos estadísticamente significativos (Walsh et al., 2020). En este documento se avanza sobre un período más extenso para evaluar la existencia de efectos en esta dimensión.

La **Tabla 6.5.1** revela que, efectivamente, no hubo impactos estadísticamente significativos de la AUH en la reducción del déficit de consulta odontológica en el período 2011-2017. Alrededor de la mitad de los niños/as destinatarios/as no realizan una consulta odontológica anual y dicha situación se mantuvo estable durante todo el período examinado. Pero en 2018-2020 se observa un impacto positivo de la AUH en la reducción del déficit de consulta odontológica en un período de incremento sustantivo del déficit entre los/as niños/as del grupo de comparación. El impacto medio de la AUH en la reducción del déficit de consulta odontológica se estima en -6,7 pp. (una reducción de riesgo relativo de 11,8%).

Tabla 6.5.1. Impacto de la AUH sobre el déficit de consulta odontológica y pruebas de significación.

Niños/as y adolescentes de 3-17 años. En porcentajes.

	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio (pp.)	Reducción de riesgo relativo	t	Sig.
2011-2013	50.1%	51.5%	-1.4	2.8%	-0.880	n/s
2014-2017	48.9%	49.3%	-0.4	0.8%	-0.270	n/s
2018-2020	50.3%	57.0%	-6.7	11.8%	-3.330	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 6.5.2.

Impactos de la AUH sobre el déficit de consulta odontológica, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2018-2020.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	p>t
Efecto promedio		50.3%	57.0%	-6.7	12%	***
<i>Sexo</i>	Mujer	49.4%	56.6%	-7.2	13%	***
	Varón	51.2%	57.4%	-6.2	11%	***
<i>Grupo de edad</i>	3 a 12	50.4%	56.6%	-6.2	11%	***
	13 a 17	50.1%	58.5%	-8.4	14%	***
<i>Educación de la madre</i>	Sec. comp. o más	47.0%	54.6%	-7.6	14%	***
	H. sec. inc.	52.3%	58.4%	-6.1	10%	***
<i>Edad de la madre</i>	25 años y más	54.2%	62.1%	-7.9	13%	***
	Hasta 24 años	48.3%	55.4%	-7.1	13%	***
<i>Tipo de hogar</i>	Biparental	51.3%	58.3%	-6.9	12%	***
	Monoparental	48.0%	54.2%	-6.2	11%	***
<i>Configuración familiar</i>	No extenso	50.2%	56.3%	-6.1	11%	***
	Extenso	50.5%	58.3%	-7.8	13%	***
<i>Condición residencial</i>	Barrio formal	49.2%	55.1%	-5.9	11%	***
	Barrio informal	54.1%	64.0%	-10.0	16%	***
<i>Área urbana</i>	Resto urbano	47.0%	53.8%	-6.9	13%	***
	AMBA	57.2%	63.4%	-6.2	10%	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En este caso, el impacto de la AUH en el déficit de consulta odontológica también fue mayor entre mujeres que en varones (-7,2 pp. frente a -6,2 pp.) y en adolescentes que en niños/as más pequeños/as (-8,4 pp. frente a -6,2 pp.) (Tabla 6.5.2). A diferencia de lo ocurrido en el caso del déficit de consulta médica, aquí los mayores impactos fueron entre niños/as cuya madre tenía mayor educación o edad. Un aspecto relevante es que el impacto positivo de la AUH en la reducción del déficit de consulta odontológica se intensificó entre niños/as residentes en barrios informales (-10 pp. frente a -5,9 pp. entre niños/as de barrios formales).

6.6. No asistencia a la escuela

Otra de las condicionalidades que impone el programa AUH es el cumplimiento de la asistencia escolar entre los niños/as destinatarios/as de 5 años y más. Estudios anteriores han hallado efectos positivos y estadísticamente significativos de la AUH en la reducción del déficit de asistencia a la escuela (Marchionni y Edo, 2017; Salvia et al., 2015). Retomando estos antecedentes, a continuación, se examinan los impactos de la AUH sobre la no asistencia escolar entre niños/as y adolescentes de 5 a 17 años en el período considerado.

Tabla 6.6.1. Impacto de la AUH sobre la no asistencia a la escuela y pruebas de significación.

Niños/as y adolescentes de 5-17 años. En porcentajes.

	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio (pp.)	Reducción de riesgo relativo	t	Sig.
2010-2013	4.6%	6.0%	-1.4	24.0%	-2.130	**
2014-2017	2.1%	6.0%	-3.9	64.9%	-6.190	***
2018-2020	2.9%	4.5%	-1.6	35.1%	1.860	**

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Al respecto se advierte que la AUH implicó una reducción de 1,4 pp. en el déficit de asistencia escolar en el período 2010-2013 y de 3,9 pp. en el período 2014-2017 (Tabla 6.6.1). Es relevante señalar que esta intensificación del impacto se habría registrado principalmente como consecuencia de la menor incidencia de la no asistencia a la escuela entre destinatarios/as, en la medida que los niños/as del grupo de comparación se mantuvieron en niveles de déficit similares a los que tenían en 2010-2013. En contrapartida, en el período 2018-2020 el efecto se redujo nuevamente a -1,6 pp., lo que implicó una reducción relativa del riesgo de 35,1% sobre la probabilidad de no ir a la escuela. El incremento del déficit en la población destinataria podría deberse en particular a lo ocurrido durante el período de la pandemia por COVID-19.

Se analizan a continuación los impactos disímiles en la reducción del déficit educativo según

características seleccionadas (Tablas 6.6.2A, B y C). La reducción del déficit educativo asociado a la AUH es superior entre los niños/as y adolescentes de 13 a 17 años en comparación con lo que ocurre entre los niños/as más pequeños. Este efecto se mantuvo en los distintos períodos analizados y es congruente con hallazgos previos de la evaluación de impacto (Jiménez y Jiménez, 2015; Marchionni y Edo, 2017; Salvia et al., 2015). Asimismo, se aprecia que la reducción del déficit educativo ha sido mayor, en términos absolutos, entre los niños/as con madres de menor nivel educativo y más jóvenes, en comparación con los niños/as cuyas madres tienen mayor educación o edad. Por último, se advierte también que el efecto de la AUH en la reducción del déficit educativo fue mayor entre los niños/as y adolescentes que viven en barrios informales.

Tabla 6.6.2A.

Impactos de la AUH sobre la no asistencia a la escuela, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2010-2013.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	p>t
Efecto promedio		4.6%	6.0%	-1.4	24%	***
Sexo	Mujer	4.6%	6.1%	-1.5	25%	***
	Varón	4.6%	5.9%	-1.4	23%	***
Grupo de edad	5 a 12	3.0%	3.9%	-0.9	24%	***
	13 a 17	7.7%	10.1%	-2.4	23%	***
Educación de la madre	Sec. comp. o más	3.2%	4.1%	-0.9	23%	***
	H. sec. inc.	5.2%	7.1%	-1.8	26%	***
Edad de la madre	25 años y más	7.1%	7.4%	-0.3	4%	***
	Hasta 24 años	4.4%	6.0%	-1.5	25%	***
Tipo de hogar	Biparental	4.2%	5.5%	-1.3	24%	***
	Monoparental	5.7%	7.8%	-2.2	28%	***
Configuración familiar	No extenso	3.6%	5.6%	-2.0	36%	***
	Extenso	6.5%	7.0%	-0.5	7%	***
Condición residencial	Barrio formal	4.6%	6.0%	-1.4	23%	***
	Barrio informal	3.9%	6.0%	-2.1	35%	***
Área urbana	Resto urbano	4.5%	5.5%	-1.0	18%	***
	AMBA	4.8%	7.7%	-2.9	38%	***

Tabla 6.6.2B.

Impactos de la AUH sobre la no asistencia a la escuela, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2014-2017.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	p>t
Efecto promedio		2.1%	6.0%	-3.9	65%	***
Sexo	Mujer	2.4%	6.7%	-4.4	65%	***
	Varón	1.9%	5.3%	-3.4	64%	***
Grupo de edad	5 a 12	1.1%	2.8%	-1.8	62%	***
	13 a 17	4.7%	13.6%	-9.0	66%	***
Educación de la madre	Sec. comp. o más	0.9%	2.6%	-1.7	64%	***
	H. sec. inc.	2.7%	7.8%	-5.1	65%	***
Edad de la madre	25 años y más	1.8%	5.5%	-3.6	66%	***
	Hasta 24 años	2.2%	6.1%	-3.9	64%	***
Tipo de hogar	Biparental	1.9%	6.0%	-4.1	68%	***
	Monoparental	2.7%	6.1%	-3.4	56%	***
Configuración familiar	No extenso	1.1%	3.4%	-2.3	67%	***
	Extenso	3.7%	10.1%	-6.4	63%	***
Condición residencial	Barrio formal	1.8%	4.8%	-3.0	62%	***
	Barrio informal	4.0%	13.6%	-9.7	71%	***
Área urbana	Resto urbano	2.4%	6.7%	-4.3	64%	***
	AMBA	1.3%	4.3%	-3.0	70%	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 6.6.3C.

Impactos de la AUH sobre la no asistencia a la escuela, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2018-2020.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	p>t
Efecto promedio		2.9%	4.5%	-1.6	35%	
<i>Sexo</i>	Mujer	2.6%	4.8%	-2.2	47%	***
	Varón	3.3%	4.2%	-0.9	22%	***
<i>Grupo de edad</i>	5 a 12	1.4%	2.3%	-0.9	38%	***
	13 a 17	6.6%	10.5%	-3.9	37%	***
<i>Educación de la madre</i>	Sec. comp. o más	1.4%	1.9%	-0.5	27%	***
	H. sec. inc.	3.8%	5.8%	-2.0	34%	***
<i>Edad de la madre</i>	25 años y más	0.9%	1.2%	-0.3	27%	***
	Hasta 24 años	3.7%	5.2%	-1.6	30%	***
<i>Tipo de hogar</i>	Biparental	2.4%	3.9%	-1.6	40%	***
	Monoparental	4.2%	5.8%	-1.6	28%	***
<i>Configuración familiar</i>	No extenso	3.3%	4.9%	-1.6	33%	***
	Extenso	2.2%	3.8%	-1.6	43%	***
<i>Condición residencial</i>	Barrio formal	3.1%	4.7%	-1.6	34%	***
	Barrio informal	2.3%	4.0%	-1.6	41%	***
<i>Área urbana</i>	Resto urbano	2.7%	4.2%	-1.4	34%	***
	AMBA	3.4%	5.3%	-1.9	36%	***

6.7. No haber festejado el último cumpleaños

Los indicadores de resultado anteriormente presentados se sustentan en una clara vinculación con las condicionalidades o los objetivos del programa. Sin embargo, a fin de lograr una mejor aproximación a las condiciones de vida y experiencias de los niños/as en aspectos que son esenciales en su desarrollo, se incorpora al estudio de resultados los impactos del programa en dos indicadores que refieren a privaciones en el campo de la estimulación social y emocional: no haber festejado el último cumpleaños y no recibir estimulación oral a través de la palabra. De este modo, se persigue ampliar la evaluación del programa sobre indicadores que capturan vivencias beneficiosas para el desarrollo emocional y cognitivo de las infancias y que, sin estar estrictamente vinculadas a la lógica de ingreso-consumo, dan cuenta de los recursos que las familias movilizan para la crianza y la socialización de las infancias.

El primer indicador evalúa si los niños/as destinatarios de la AUH tienen una mayor probabilidad de haber festejado su último cumpleaños en comparación con los niños/as no destinatarios emparejados mediante puntaje de propensión. Es posible que la mejora económica debida a la mayor disponibilidad de recursos económicos se traduzca en un incremento de las chances de haber festejado el último cumpleaños, un indicador del clima de socialización predominante en el hogar.

La **Tabla 6.7.1** permite advertir dos aspectos. En el período 2010-2013 el impacto del programa sobre la fue estadísticamente significativo en -6,2 pp. Es decir que la probabilidad de no festejar el último cumpleaños se redujo con respecto a los niveles de déficit observados en el grupo de comparación. Sin embargo, la AUH no tuvo un impacto en los períodos posteriores. En este sentido, se observa de forma consistente una tendencia al incremento de la probabilidad de no haber festejado el último cumpleaños

entre los niños/as de hogares urbanos. Al respecto, cabe conjeturar que la situación de aislamiento social

debido a la pandemia de COVID-19 desempeñó un papel negativo sobre este indicador.

Tabla 6.7.1.

Impacto de la AUH sobre no haber festejado el último cumpleaños y pruebas de significación.

Niños/as y adolescentes de 1-12 años. En porcentajes.

	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio (pp.)	Reducción de riesgo relativo	t	Sig.
2010-2013	17.2%	23.4%	-6.2	26.5%	-5.230	***
2014-2017	21.2%	20.0%	1.2	-6.1%	0.990	n/s
2018-2020	32.8%	34.6%	-1.8	5.3%	-0.940	n/s

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 6.7.2.

Impactos de la AUH sobre no haber festejado el último cumpleaños, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2010-2013.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	Sig.
Efecto promedio		17.2%	23.4%	-6.2	27%	***
Sexo	Mujer	16.5%	23.0%	-6.4	28%	***
	Varón	18.1%	24.1%	-6.0	25%	***
Grupo de edad	1 a 4	18.0%	24.0%	-6.0	25%	***
	5 a 12	15.8%	22.4%	-6.6	30%	***
Educación de la madre	Sec. comp. o más	13.6%	18.6%	-5.1	27%	***
	H. sec. inc.	19.2%	26.1%	-6.9	26%	***
Edad de la madre	25 años y más	19.1%	25.9%	-6.8	26%	***
	Hasta 24 años	16.5%	22.4%	-6.0	27%	***
Tipo de hogar	Biparental	15.3%	21.8%	-6.5	30%	***
	Monoparental	23.1%	28.8%	-5.6	20%	***
Configuración familiar	No extenso	15.5%	22.1%	-6.6	30%	***
	Extenso	20.6%	26.0%	-5.4	21%	***
Condición residencial	Barrio formal	17.4%	23.1%	-5.8	25%	***
	Barrio informal	17.0%	27.1%	-10.0	37%	***
Área urbana	Resto urbano	18.1%	23.9%	-5.8	24%	***
	AMBA	14.9%	22.3%	-7.5	33%	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Si se examina la heterogeneidad de este impacto para el período 2010-2013 (Tabla 6.7.2) se advierte que la probabilidad de no festejar el último cumpleaños se redujo más entre los niños/as cuya madre tenía baja educación (-6,9 pp. en comparación con -5,1 pp. entre los niños/as cuya madre tenía secundaria completa) y que residían en barrios informales (-10 pp. en comparación con -5,8 pp. de los niños/as que residían en hogares de barrios formales). Asimismo, se observa que la reducción de la probabilidad de no haber festejado fue mayor entre los niños/as destinatarios de la AUH que vivían en el Área Metropolitana de Buenos Aires que entre los que vivían en el Interior del país.

6.8. Estimulación oral mediante cuentos y canciones

A continuación, se examina otro indicador referido a la estimulación por medio de la palabra. Al igual que el indicador analizado previamente, es entendido como una posible externalidad de la AUH sobre las formas de crianza, socialización y aprendizaje. Es posible que los mayores niveles de asistencia a la escuela y un mejor control de la salud también redunden en un estilo de crianza activo que promueva la estimulación por medio de la palabra.

Como aproximación a este indicador se advierte que la probabilidad de no haber sido receptor de

cuentos o canciones entre los niños/as destinatarios fue más baja que en el grupo de comparación entre 2010 y 2017 (Tabla 6.8.1). El impacto medio de la AUH se estima en -8,4 pp. en 2010-2013 ($p < 0,01$) y se redujo fuertemente en 2014-2017 a -2,8 pp. ($p < 0,1$), hasta tornarse no significativo en 2018-2020. En este último período, el déficit de estimulación creció en el grupo de niños/as destinatarios, pero se redujo en el grupo de comparación.

La reducción del déficit de estimulación oral fue más intensa entre los niños/as cuya madre tenía hasta secundaria incompleta, en comparación con los niños/as cuya madre tenía secundaria completa o más. También se observa que la reducción del déficit fue mayor entre los/as niños/as que vivían en hogares biparentales que entre aquellos/as destinatarios que residían en hogares monoparentales. Y, por último, el efecto medio de la AUH en la reducción del déficit de estimulación oral fue más fuerte entre niños/as que vivían en barrios informales que entre los destinatarios/as que vivían en barrios formales.

Tabla 6.8.1. Impacto de la AUH sobre el déficit en la estimulación oral y pruebas de significación.

Niños/as de 0-8 años. En porcentajes.

	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio (pp.)	Reducción de riesgo relativo	t	Sig.
2010-2013	33.1%	41.6%	-8.4	20.3%	-5.170	***
2014-2017	36.4%	39.2%	-2.8	7.2%	-1.690	*
2018-2020	37.4%	37.6%	-0.2	0.6%	0.096	n/s

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 6.8.2A.

Impactos de la AUH sobre el déficit de estimulación oral, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2010-2013.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	Sig.
Efecto promedio		33.1%	41.6%	-8.4	20%	***
Sexo	Mujer	31.0%	39.1%	-8.1	21%	***
	Varón	35.3%	44.2%	-8.9	20%	***
Grupo de edad	0 a 4	37.5%	44.9%	-7.4	17%	***
	5 a 8	30.0%	39.2%	-9.2	24%	***
Educación de la madre	Sec. comp. o más	23.5%	31.7%	-8.2	26%	***
	H. sec. inc.	38.3%	47.4%	-9.1	19%	***
Edad de la madre	25 años y más	31.8%	40.7%	-8.9	22%	***
	Hasta 24 años	34.5%	42.4%	-8.0	19%	***
Tipo de hogar	Biparental	31.9%	41.5%	-9.6	23%	***
	Monoparental	36.2%	41.7%	-5.4	13%	***
Configuración familiar	No extenso	29.9%	37.9%	-7.9	21%	***
	Extenso	38.2%	46.3%	-8.1	18%	***
Condición residencial	Barrio formal	32.9%	40.5%	-7.6	19%	***
	Barrio informal	35.8%	51.1%	-15.3	30%	***
Área urbana	Resto urbano	32.0%	40.3%	-8.3	21%	***
	AMBA	36.3%	44.6%	-8.3	19%	***

Tabla 6.8.2A.

Impactos de la AUH sobre el déficit de estimulación oral, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2010-2013.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	p>t
Efecto promedio		36.4%	39.2%	-2.8	7%	*
Sexo	Mujer	35.9%	37.8%	-1.8	5%	***
	Varón	36.8%	40.5%	-3.8	9%	***
Grupo de edad	0 a 4	37.9%	40.6%	-2.7	7%	***
	5 a 8	35.2%	38.0%	-2.9	8%	***
Educación de la madre	Sec. comp. o más	31.1%	31.8%	-0.7	2%	***
	H. sec. inc.	39.4%	42.9%	-3.5	8%	***
Edad de la madre	25 años y más	36.5%	39.5%	-3.0	8%	***
	Hasta 24 años	36.2%	38.8%	-2.6	7%	***
Tipo de hogar	Biparental	35.5%	39.4%	-3.9	10%	***
	Monoparental	38.5%	38.7%	-0.2	1%	***
Configuración familiar	No extenso	35.4%	38.2%	-2.8	7%	***
	Extenso	37.9%	40.6%	-2.8	7%	***
Condición residencial	Barrio formal	34.9%	37.7%	-2.8	7%	***
	Barrio informal	44.7%	47.9%	-3.2	7%	***
Área urbana	Resto urbano	33.6%	36.2%	-2.6	7%	***
	AMBA	41.9%	45.6%	-3.6	8%	***

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

6.9. Trabajo infantil económico y doméstico intensivo

A pesar de que la AUH no tuvo como objetivo directo la reducción del trabajo infantil, podría ocurrir que tenga un efecto positivo en ese sentido por dos razones principales: en primer lugar, como efecto de la condicionalidad educativa, que entra en tensión con el trabajo económico o doméstico intensivo; en segundo lugar, la mejora de los ingresos familiares podría permitir que las familias no recurran a la fuerza de trabajo infantil como parte de sus estrategias de supervivencia.

La **Tabla 6.9.1** examina los impactos de la AUH sobre la realización de trabajo infantil económico y doméstico intensivo. Los resultados dependen del

período considerado en la evaluación. En el período 2010-2013 no se registra un efecto estadísticamente significativo sobre este indicador: 18,5% de los niños/as con AUH realizaban trabajo infantil doméstico intensivo o económico, frente a 18,7% en el grupo de comparación. A partir de entonces se aprecia una reducción de la realización de trabajo infantil económico o doméstico intensivo que adquirió mayor intensidad entre los niños/as del grupo destinatario de la AUH. El impacto de la AUH en la reducción de la realización de trabajo infantil económico y doméstico intensivo fue de -3,7 pp. en 2014-2017 y de -3,3 pp. en 2018-2020, una reducción de riesgo relativo de 22,8% y de 20,2% entre los destinatarios/as con respecto a los niños/as del grupo de control.

Tabla 6.9.1.

Impacto de la AUH sobre la realización de trabajo infantil económico y doméstico intensivo y pruebas de significación.

Niños/as y adolescentes de 5-17 años. En porcentajes.

	Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio (pp.)	Reducción de riesgo relativo	t	Sig.
2010-2013	18.5%	18.7%	-0.1	0.8%	-0.130	n/s
2014-2017	12.6%	16.3%	-3.7	22.8%	-3.290	***
2018-2020	12.9%	16.2%	-3.3	20.2%	-2.060	**

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Las **Tablas 6.9.2A y B** examinan los impactos de la AUH sobre la realización de trabajo infantil según distintas características seleccionadas. Este impacto fue más fuerte entre los niños/as cuya madre tenía menor educación (-7,7 pp. en 2014-2017 y -4,7 pp. en 2018-2020, en comparación con los niños/as cuya madre tenía un nivel educativo más alto) y era más joven (-3,5 pp. y -2,3 pp. en cada uno de los períodos considerados, respectivamente). A su vez, se aprecia un mayor impacto en la reducción de la propensión a realizar trabajo infantil económico

y doméstico intensivo entre los niños/as que viven en hogares extensos, en comparación con aquellos que viven en hogares no extendidos, que residen en barrios formales y en aglomerados del Interior del país.

Tabla 6.9.2A.

Impactos de la AUH sobre la realización de trabajo infantil económico y doméstico intensivo, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2014-2017.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	Sig.
Efecto promedio		12.6%	16.3%	-3.7	23%	***
Sexo	Mujer	12.6%	15.8%	-3.2	20%	***
	Varón	12.5%	16.7%	-4.2	25%	***
Grupo de edad	5 a 12	5.5%	7.4%	-1.9	26%	***
	13 a 17	30.1%	37.8%	-7.8	21%	***
Educación de la madre	Sec. comp. o más	14.6%	19.2%	-4.7	24%	***
	H. sec. inc.	11.4%	19.1%	-7.7	40%	***
Edad de la madre	25 años y más	6.1%	7.0%	-1.0	14%	*
	Hasta 24 años	14.6%	18.1%	-3.5	19%	***
Tipo de hogar	Biparental	12.9%	15.9%	-3.0	19%	***
	Monoparental	11.7%	17.3%	-5.6	32%	***
Configuración familiar	No extenso	11.8%	13.9%	-2.1	15%	***
	Extenso	13.8%	20.1%	-6.2	31%	***
Condición residencial	Barrio formal	11.8%	15.8%	-4.0	25%	***
	Barrio informal	17.8%	19.5%	-1.7	9%	n/s
Área urbana	Resto urbano	13.5%	17.7%	-4.3	24%	***
	AMBA	10.1%	12.5%	-2.4	19%	***

Tabla 6.9.2B.

Impactos de la AUH sobre la realización de trabajo infantil económico y doméstico intensivo, según características seleccionadas. Estimaciones por regresión y pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones.

Período 2018-2020.		Grupo tratamiento	Grupo de comparación	Impacto medio	RRR	Sig.
Efecto promedio		12.9%	16.2%	-3.3	20%	**
Sexo	Mujer	13.0%	17.0%	-4.0	24%	***
	Varón	12.9%	15.4%	-2.5	16%	***
Grupo de edad	5 a 12	7.4%	11.6%	-4.2	36%	***
	13 a 17	26.4%	28.6%	-2.2	8%	n/s
Educación de la madre	Sec. comp. o más	10.1%	10.1%	0.0	0%	n/s
	H. sec. inc.	14.6%	19.2%	-4.7	24%	***
Edad de la madre	25 años y más	4.8%	6.9%	-2.1	31%	***
	Hasta 24 años	15.9%	18.3%	-2.3	13%	***
Tipo de hogar	Biparental	14.0%	18.4%	-4.4	24%	***
	Monoparental	10.4%	11.3%	-0.9	8%	n/s
Configuración familiar	No extenso	14.2%	14.8%	-0.6	4%	n/s
	Extenso	10.1%	18.9%	-8.8	46%	***
Condición residencial	Barrio formal	11.9%	15.4%	-3.5	23%	***
	Barrio informal	17.0%	19.4%	-2.4	12%	n/s
Área urbana	Resto urbano	15.3%	19.3%	-4.0	21%	***
	AMBA	7.8%	9.4%	-1.6	17%	**

Nota: p-valor<0,1* / p-valor<0,05** / p-valor<0,01***.

Fuente: EDSA-Serie Bicentenario (2010-2016) y EDSA-Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

SÍNTESIS DE HALLAZGOS

07

La AUH es un programa de protección social dirigido a niños/as y adolescentes cuyos padres o adultos responsables se desempeñan en la economía informal. Al igual que la mayoría de los programas de transferencias condicionadas, la AUH se propone intervenir en las condiciones de pobreza actuales por medio de una transferencia monetaria y sobre las condiciones de pobreza futuras a través de la acumulación de capital humano. Por consiguiente, las condicionalidades asociadas al pago de la transferencia procuran estimular la asistencia a la escuela y el cuidado de la salud de los/as niños/as destinatarios/as.

El programa se ha venido implementando ininterrumpidamente desde el momento de su creación en 2009. Si bien surgió como un Decreto del Poder Ejecutivo, en la actualidad la AUH integra el sistema de asignaciones familiares (regulado por la Ley 24.714) dirigido a la infancia junto con otras prestaciones como el sistema de Asignación Familiar por Hijo dirigida a los hijos/as de trabajadores/as formales. El diseño general del programa, las condicionalidades y la población destinataria no han tenido transformaciones sustantivas en los más de 10 años de implementación.

A partir de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (Serie Bicentenario y Serie Agenda para la Equidad), la primera parte de este trabajo permitió: a) caracterizar en términos sociodemográficos a la población de niños/as y adolescentes destinatarios/as de la AUH y sus cambios en el tiempo; b) describir

a la población destinataria en una serie de indicadores de resultado ligados a la AUH –como la situación socioalimentaria, de salud, de educación y estimulación–; c) evaluar los efectos de la AUH en términos de reducción de pobreza e indigencia por ingresos.

El programa AUH ha ido extendiendo su cobertura en el período 2010-2020, hasta alcanzar a más de un tercio de los niños/as y adolescentes del país. Se trata de un programa que, de acuerdo con la información proporcionada en este documento, se encuentra focalizado en una población de niños/as y adolescentes con características vulnerables. Más de dos tercios de los niños/as destinatarios pertenece a los niveles socioeconómicos más bajos, alrededor de tres cuartas partes viven en hogares pobres por ingresos y casi un quinto de ellos/as viven en hogares en situación de indigencia. El perfil sociodemográfico de las familias de estos chicos/as se adecua a esta caracterización: tienen una mayor propensión a vivir en hogares monoparentales, extensos y más numerosos que sus pares no destinatarios/as.

Con respecto a los indicadores de resultado, se evidenció una situación dispar entre los destinatarios/as de la AUH y los no destinatarios/as. Es claro que la comparación con los no destinatarios/as no da indicios de los efectos del programa, sino más bien de las características distintivas de la población a la que se dirige. De todos modos, los resultados revelan algunos aspectos relevantes: los destinatarios/as de AUH tienen más privaciones que los no destinatarios/as en términos de inseguridad alimentaria,

pero se encuentran en situación de relativa paridad en cuanto a la consulta a un médico, el cumplimiento del calendario de vacunación, el déficit educativo y la no asistencia a la escuela. Exhiben mayor déficit en indicadores médicos como la falta de consulta a un odontólogo y en indicadores de estimulación a la infancia.

Finalmente, se constató que entre 2010 y 2020 se incrementó la pobreza monetaria en la infancia argentina. El informe procuró identificar el efecto de la AUH sobre la pobreza y la indigencia. En este sentido, el efecto de la AUH sobre la incidencia de la pobreza se ubicó en un -13,2% en 2010-2013, en -11,9% 2014-2017 y se redujo a -4,5% en 2018-2020. El efecto es significativamente más fuerte en la indigencia. Según las estimaciones presentadas, la AUH reduce la incidencia de la indigencia entre los niños/as y adolescentes destinatarios/as en casi 50% en cada uno de los tres períodos analizados. Asimismo, la transferencia probó tener un efecto importante en la intensidad de las privaciones materiales: se comprobó que reduce casi 20% la brecha de pobreza y entre 30 y 40% la brecha de indigencia.

Luego, en una segunda parte, el documento se propuso evaluar los impactos de la AUH sobre distintas dimensiones del desarrollo humano en la infancia. En particular, se consideraron los efectos del programa sobre la situación socioeconómica y alimentaria, la salud, la educación y la estimulación y la realización de trabajo infantil. Se llevó adelante una evaluación de impacto mediante técnicas no experimentales de emparejamiento. Estas técnicas implican la definición de un grupo contrafactual de no destinatarios/as que tengan características similares al grupo que recibe la transferencia. En este trabajo se usaron técnicas de emparejamiento por puntuación de propensión (propensity score matching). Se utilizó la técnica de emparejamiento con 5 vecinos más próximos dentro de un rango de probabilidad (caliper matching). Asimismo, para explorar la heterogeneidad del impacto del programa dentro de distintos subgrupos se empleó una estimación por regresión multivariada y pruebas de hipótesis para evaluar las diferencias.

Los resultados obtenidos muestran impactos positivos y estadísticamente significativos de la AUH en distintas dimensiones del desarrollo humano de niños/as y adolescentes. En lo que refiere a las

condiciones materiales de vida de la población destinataria, la AUH exhibe un impacto positivo y sostenido en el tiempo sobre el ingreso per cápita familiar y la situación de seguridad alimentaria de niños/as y adolescentes. Cuando se compara a niños/as y adolescentes destinatarios/as con la población del grupo de control, se aprecia que la población destinataria ha tenido un ingreso per cápita casi 40% superior durante el período 2010-2017. Este efecto declinó en el último período (2018-2020) como resultado de un empeoramiento económico general y el deterioro del valor de la prestación. En paralelo, la AUH ha implicado una reducción de entre 3 y 6 pp. en la inseguridad alimentaria en la población destinataria. Este efecto se intensificó en el tiempo, si bien ello coexistió con un incremento de la incidencia de la inseguridad alimentaria como resultado de un escenario socioeconómico más adverso.

También se observaron efectos positivos de la AUH en la reducción de distintos déficits en indicadores de salud de la población infantil destinataria. Se apreciaron resultados positivos en la reducción del déficit en el cumplimiento del calendario de vacunación, del déficit de consulta médica y del déficit de consulta odontológica. Sin embargo, los impactos en la dimensión de salud no han sido persistentes en el tiempo. Los impactos en la reducción del déficit de vacunas sólo se evidenciaron en 2018-2020, en el marco de un fuerte empeoramiento de los niños/as del grupo de control. Algo similar se aprecia en el caso del déficit de consulta odontológica. Es posible que el contexto de crisis económica y la irrupción de la pandemia por COVID-19 expliquen el empeoramiento más acelerado del grupo de comparación, que se ve moderado en el grupo de destinatarios/as. En el caso del déficit de consulta médica, se ha observado un efecto positivo más intenso entre la población de niños/as cuya madre tenía baja educación, vivían en barrios informales o en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

De manera congruente con estudios previos, se identificaron impactos positivos de la AUH en la reducción de los déficits educativos. Se evidenció que la AUH contribuyó positivamente a la reducción de la no asistencia escolar en la población de niños/as de 5 a 17 años. El impacto del programa en la reducción de la no asistencia a la escuela se estima entre -1,4 y -3,9 pp., según el período considerado.

La reducción del déficit educativo asociado ha sido superior entre los adolescentes de 13 a 17 y entre los niños/as con madres de menor nivel educativo y más jóvenes.

Se consideraron otros dos indicadores que, si bien no están relacionados con las condicionalidades del programa, podrían tener un efecto derivado de la implementación de la AUH. En la medida que la AUH promueve la escolarización, se presume que ello puede afectar distintos aspectos de los estilos de crianza y estimulación de las infancias. Al respecto, sólo se evidenció un efecto positivo en la reducción de la probabilidad de no haber festejado el último cumpleaños entre 2010 y 2013. Se registró también un efecto positivo entre 2010 y 2017 en la probabilidad de haber sido receptor de cuentos y canciones por parte de los adultos de referencia. Sin embargo, estos efectos no fueron estadísticamente significativos durante el último período analizado.

Por último, se ha evidenciado un efecto positivo de la AUH sobre otra dimensión relevante del ejercicio de derechos de niños/as y adolescentes como la reducción de la propensión a realizar trabajo económico y doméstico intensivo. Si bien la AUH no está dirigida a reducir el trabajo infantil, se conjetura que la mayor disponibilidad de recursos económicos y la exigencia de cumplir con la condicionalidad educativa podría tener un impacto positivo en este sentido. Al respecto, el impacto de la AUH en la reducción de la realización de trabajo infantil económico y doméstico intensivo fue de -3,7 pp. en 2014-2017 y de -3,3 pp. en 2018-2020, una reducción de riesgo relativo de 22,8% y de 20,2% entre los destinatarios/as con respecto a los niños/as del grupo de control.

La AUH se ha consolidado como un componente del sistema de protección social a la infancia en la Argentina. Los resultados alcanzados en este informe muestran resultados positivos de la transferencia sobre las condiciones materiales de vida de niños/as y adolescentes y sobre indicadores de asistencia a la escuela en todos los años de vigencia del programa. Se exhibieron resultados positivos durante algunos años en indicadores de salud y en otros aspectos como la reducción de la propensión al trabajo infantil. Sin embargo, el efecto positivo de la AUH se da en un contexto de empeoramiento de las condiciones de vida infantil entre 2010 y 2020, debido al estancamiento económico y la irrupción

de la pandemia por COVID-19. Por ello, la capacidad de este tipo de programas para promover la superación de la pobreza tendrá que ser potenciado por un entorno socioeconómico que propicie más oportunidades de progreso y movilidad social.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agis, E., Cañete, C., y Panigo, D. (2010). El impacto de la Asignación Universal por Hijo en Argentina. *Empleo, Desempleo y Políticas de Empleo*, 15 (3), 1-77.

Asignación Universal por Hijo 2017 (pp. 273-313). Buenos Aires, Argentina: UNICEF.

Bertranou, F. (coord.) (2010). *Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina: el caso de las asignaciones familiares*. Buenos Aires: Oficina de la OIT en Argentina.

Bertranou, F., y Maurizio, R. (2012). Semi-conditional cash transfers in the form of family allowances for children and adolescents in the informal economy in Argentina. *International Social Security Review*, 65, 53-72.

Bracco, J., Gasparini, L., y Tornarolli, L. (2019). Explorando los cambios de la pobreza en Argentina: 2003-2015. *Económica*, 65, 69-124.

Bustos, J. M., y Villafañe, S. (2011). Asignación Universal por Hijo. Evaluación del impacto en los ingresos de los hogares y el mercado de trabajo. *Serie Estudios*, 10, 2002-2015.

Bustos, J. M., Giglio, G. y Villafañe, S. (2012). Asignación Universal por Hijo: alcance e impacto por regiones del país. *Serie Estudios Trabajo, ocupación y empleo*, 11, 17-43.

Cetrángolo, O. y Curcio, J. (2017). Introducción, en

Asignación Universal por Hijo 2017 (pp. 273-313). Buenos Aires, Argentina: UNICEF.

Cortés, F., Banegas, I. y Solís, P. (2007). Pobres con oportunidades: México 2002-2005, *Estudios Sociológicos*, 25 (73), pp. 3-40

D'Elia, V. V., y Navarro, A. I. (2013). Universal child allowance and school delay of children in Argentina. *Revista de Análisis Económico*, 28 (2), 63-90.

D'Elia, V., Calabria, A., Calero, A., Gaiada, J., & Rottenschweiler, S. (2011). Asignación Universal por Hijo para Protección Social: una política de protección para los más vulnerables. *Revista del Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social (CIESS)*, 260, 30-55.

Edo, M. & Marchionni, M. (2018). *Fading Out Effect or Long Lasting Nudge? The impact of a Conditional Cash Transfer Program Beyond Starting the School Year in Argentina*. La Plata, Argentina: Documento de trabajo CEDLAS, 225.

Edo, M.; Marchionni, M. y Garganta, S. (2017). Compulsory education laws or incentives from conditional cash transfer programs? Explaining the rise in secondary school attendance rate in Argentina. *Education Policy Analysis Archives*, 25(76).

Garganta, S. y Gasparini, L. (2017). El impacto de la AUH sobre los ingresos de los hogares: Un ejercicio de diferenciasdobles. En O. Cetrángolo y J. Curcio y (coords.) *Análisis*

y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo (pp. 56-95). Buenos Aires: ANSES – Ministerio de Desarrollo Social – UNICEF – IIEEP UBA – CEDLAS – CNCPS.

Gasparini, L., y Cruces, G. (2010). *Las asignaciones universales por hijo. Impacto, discusión y alternativas* (Documento de Trabajo, 102). CEDLAS de La Plata.

Goldschmit, A. (2017). *Análisis y caracterización de la condicionalidad en salud que establece la AUH* (No. 2018-35). En O. Cetrángolo y J. Curcio y (coords.) *Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo* (pp. 56-95). Buenos Aires: ANSES – Ministerio de Desarrollo Social – UNICEF – IIEEP UBA – CEDLAS – CNCPS.

Jiménez, M., y Jiménez, M. (2016). Efectos del programa Asignación Universal por Hijo en la deserción escolar adolescente. *Cuadernos de Economía*, 35(69), 709-752.

Marchionni, M. y Edo, M. (2017). Condicionalidades educativas en la AUH. Diagnóstico y Alternativas. En O. Cetrángolo y J. Curcio y (coords.) *Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo* (pp. 56-95). Buenos Aires: ANSES – Ministerio de Desarrollo Social – UNICEF – IIEEP UBA – CEDLAS – CNCPS.

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

Parker, S. (2019). La evaluación de Progresía-Oportunidades-Prospera: logros después de veinte años y retos para el futuro. En: G. Hernández Licona, Th. De la Garza, J. Zamudio e Iliana Yaschine (coords.) *El Progresía-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación*. México DF: CONEVAL.

Paz, J. (2020) Asignación Universal por Hijo y Privaciones Educativas en la Argentina. *Población & Sociedad* [en línea], ISSN 1852-8562, Vol. 27 (1), 2020, pp. 59-88.

Paz, J., y Golovanevsky, L. (2014, septiembre). Programa Asignación Universal por Hijo para la protección social. Un ejercicio de evaluación de sus efectos sobre los hogares. III Jornadas Nacionales de Estudios Regionales y Mercado de Trabajo, San Salvador de Jujuy, Argentina.

Rofman, R., y Oliveri, M. L. (2011). *Las políticas de protección social y su impacto en la distribución del ingreso en la*

Argentina (Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales, 6). Banco Mundial. Recuperado de <http://siteresources.worldbank.org/INTARGENTINAINSPANISH/Resources/Seriededocumentos6.pdf>.

Salvia, A.; Tuñón, I. y Poy, S. (2015). Asignación Universal por Hijo para Protección Social: impacto sobre el bienestar económico y el desarrollo humano de la infancia. *Población & Sociedad*, 22(2), 101-134. ISSN: 1852-8562.

Shadish, W. R., Cook, T. D., y Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton, Mifflin and Company.

Tuñón, I., Salvia, A., & Poy, S. (2014). Evaluación de impacto de la AUH en los ingresos familiares e indicadores de desarrollo humano. Informe Junio. Observatorio de la Deuda Social Argentina de Buenos Aires.

Walsh, M. Poy, S. y Tuñón, I. (2020). El impacto de las condicionalidades de salud en los programas de transferencias condicionadas de dinero: el caso de la AUH en Argentina. *Revista Desarrollo y Sociedad*. Segundo cuatrimestre 2020. PP. 157-192.



ODSA

Observatorio
de la Deuda
Social Argentina

BARÓMETRO DE
LA DEUDA SOCIAL
DE LA INFANCIA



UCA

Av. Alicia M. de Justo 1500, cuarto piso, oficina 462 (C1107AFD)
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Tel/Fax: (+54-11)-7078-0615
E-Mail: observatorio_deudasocial@uca.edu.ar
www.uca.edu.ar/observatorio

ISBN 978-987-620-539-9



9 789876 205399