

XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara, 2007.

La Desigualdad Social en la Ciudad de Buenos Aires Entre 1991 y 2002.

Victoria Mazzeo.

Cita:

Victoria Mazzeo (2007). *La Desigualdad Social en la Ciudad de Buenos Aires Entre 1991 y 2002*. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-066/117>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

La desigualdad social en la Ciudad de Buenos Aires entre 1991 y 2002.

Dra. Victoria Mazzeo*

Índice de Contenidos

1. Introducción
2. Indicadores seleccionados
3. Cambios experimentados en la década
 - 3.1 En el mercado de trabajo
 - 3.2 En la distribución de ingresos
 - 3.3 En la pobreza e indigencia
4. La importancia de la primera infancia en la desigualdad social
 - 4.1 En la pobreza
 - 4.2 En la cobertura de salud

1. Introducción

Los cambios económicos y sociales promovidos en la década de los noventa, de debilitamiento del Estado y hegemonía del mercado, en sociedades que ya registraban situaciones de desigualdad, profundizan el déficit de los sectores que registran mayores dificultades en el acceso a bienes y servicios, por sus bajos ingresos o la pérdida de sus derechos sociales como consecuencia de la precarización laboral. Este cambio afecta más a las familias pobres. Sus hogares están más expuestos a enfermedades por falta de recursos económicos, escaso conocimiento sobre temas de salud, insuficiente nutrición, poco uso de los servicios sanitarios y menor acceso a una atención de calidad.

Las familias pobres son las que tienen más niños, quienes resultan más perjudicados porque son objeto de una crianza que les inhibe la posibilidad de un desarrollo sano en los primeros años y puede malograr el resto de su vida (Vinocur, 1999). Múltiples son los estudios que demuestran que los niños tienen posibilidades diferentes de desarrollo de sus potencialidades según las características de sus padres y la condición socioeconómica de sus hogares. Existen condicionantes relacionados con el conocimiento y educación de los padres del niño, las redes familiares y sociales construidas, el hábitat y la vinculación con el mercado de trabajo que determinan oportunidades disímiles. Estos condicionantes influyen desde la gestación del niño y tienen relación con lo que fue el perfil de crecimiento de su madre, la oportunidad de controles prenatales así como la frecuencia y calidad de los controles posteriores. Luego de su nacimiento es importante la influencia del

* Doctora en Ciencias Sociales – Investigadora del Instituto Gino Germani – FSOC –UBA – Argentina y Responsable de la Unidad Análisis Demográfico de la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires – Argentina.

hábitat (acceso al agua potable y saneamiento adecuado), los hábitos de higiene del hogar, la práctica de la lactancia materna y las conductas preventivas y de detección y tratamiento de las enfermedades (inmunizaciones y controles médicos periódicos). En este contexto, los niños representan el grupo de mayor vulnerabilidad frente a los condicionantes sociales, económicos, culturales y ambientales, que son determinantes de su situación de salud. La etapa temprana del desarrollo infantil, que abarca desde la vida intrauterina y la atención del parto hasta los primeros cinco años de vida, es un período fundamental en el cual el niño desarrolla el lenguaje, la locomoción, las relaciones sociales y los conocimientos y habilidades que condicionan su desarrollo posterior (Moreno, 1999).

El propósito de esta ponencia es caracterizar la desigualdad social de la Ciudad durante la década de los noventa y comienzos del 2000, a través de la evolución de la conformación y dinámica del mercado de trabajo, la distribución de ingresos, la incidencia de la pobreza y la cobertura de salud de la población, investigando la importancia de la primera infancia en este proceso.

2. Indicadores seleccionados.

Para el análisis del mercado de trabajo se utilizaron las tasas de actividad, empleo, subocupación horaria, ocupación demandante, desocupación y proporción de asalariados sin descuentos jubilatorios. Para la distribución de ingresos se investigó la evolución del ingreso medio total individual y per cápita familiar según quintil de población y brecha de ingresos y la tendencia del producto bruto geográfico de la Ciudad. La incidencia de la pobreza y la indigencia se midieron a través de la proporción de personas y de hogares por debajo de ambas líneas.

La importancia de la primera infancia en la desigualdad social se investigó a partir de la pobreza medida por las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y no por el método de los ingresos debido al tamaño de muestra de la Ciudad en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)¹ y a la escasa representatividad de la primera infancia en dicha muestra. Se consideró, para los años 1991 y 2001², el peso relativo de este grupo de edad en el total de población NBI y la importancia de la población NBI en este grupo etario. También para esos años se analizó la cobertura de salud de la población total y de la primera infancia,

¹ Que se realiza para el Aglomerado Gran Buenos Aires.

² Se seleccionaron estos años como representativos de lo ocurrido en la década de los 90 y del 2000 debido a que la fuente de información utilizada son los censos de población.

según condición de NBI, como aproximación a la temática de la atención entre los distintos sectores sociales.

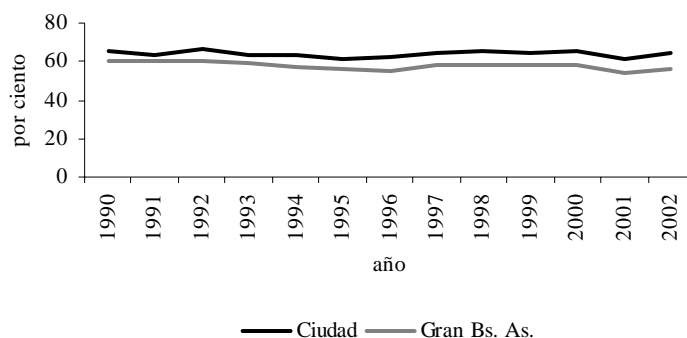
3. Cambios experimentados en la década

3.1. En el mercado de trabajo

La población de la Ciudad históricamente se caracterizó por presentar altos niveles de participación laboral. En la última década esta situación se mantuvo, registrándose un crecimiento del 14 por ciento en los niveles de actividad entre 1990 y 2002³, pasando del 45,6 por ciento al 52,0 por ciento.

El crecimiento de la actividad laboral que se dio en este período en los principales centros urbanos del país, incluyó un importante componente de desocupación y subempleo. La Ciudad no estuvo alejada de este proceso de deterioro general pero presentó niveles más elevados en el empleo y más bajos en la subutilización total o parcial de la población activa que el resto de los centros urbanos. Este mayor nivel de empleo y la menor desocupación se observan al comparar (Gráficos 1 y 2) las tasas específicas de empleo y desocupación del grupo 15-64 años de la Ciudad con las del Aglomerado Gran Buenos Aires⁴.

Gráfico 1
Tasa específica de empleo del grupo 15-64 años.
Ciudad de Buenos Aires y Aglomerado Gran Buenos Aires, Octubre 1990-October 2002.

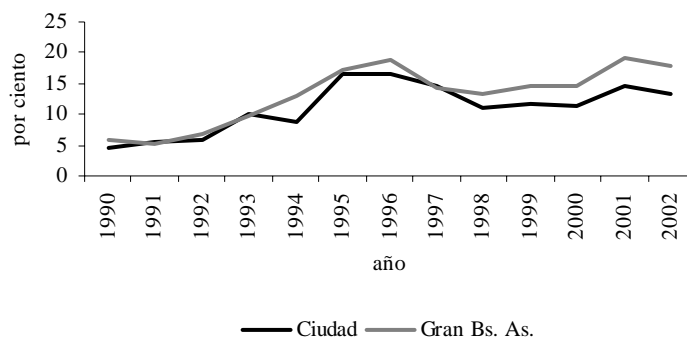


Fuente: elaboración sobre la base de INDEC-EPH y GCBA.

³ Cuadro 5.1 del Anexo B.

⁴ Este aglomerado es el único para el que existen las series completas para el período analizado.

Gráfico 2
Tasa específica de desocupación del grupo 15-64 años.
Ciudad de Buenos Aires y Aglomerado Gran Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.



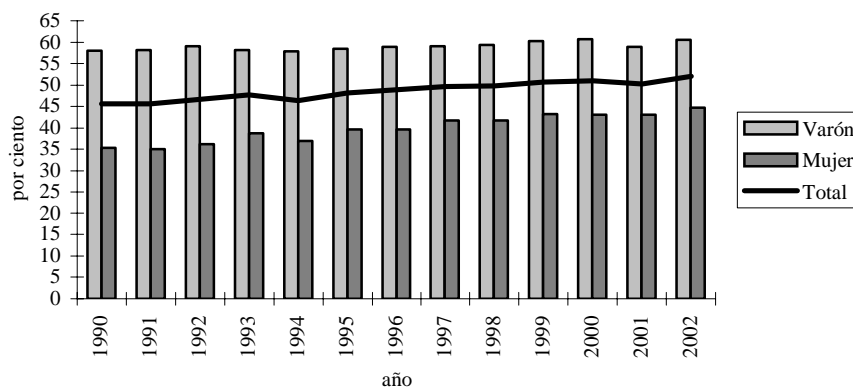
Fuente: elaboración sobre la base de INDEC-EPH y GCBA.

En octubre de 2002 (según datos de la EPH – INDEC) la tasa de empleo para el total de los aglomerados fue de 35,3 por ciento mientras que en la Ciudad se elevó al 45,0 por ciento. Por otra parte, el desempleo abierto en el total de aglomerados afectó a un 17,8 por ciento de los activos y en la Ciudad al 13,5 por ciento. En cuanto al subempleo visible o insuficiencia horaria alcanzó el 19,9 por ciento en el total de los aglomerados, mientras que en la Ciudad fue del 14,2 por ciento.

Esta caracterización, que ubica a la fuerza de trabajo de la Ciudad en una mejor posición relativa que el resto de los habitantes de los aglomerados urbanos del país, no oculta la existencia de una problemática laboral. Más allá de las variaciones de estas tasas e indicadores a lo largo de los noventa, y con el fin de señalar la tendencia negativa en la década, si se comparan los valores de la desocupación y la subocupación horaria entre 1990 y 2002, se observa que la incidencia de la primera se triplica y la segunda se duplica. Como ya se señalara, a fines del período existían en la Ciudad niveles significativos de participación en la actividad: más de cinco de cada diez habitantes pertenecían a la población económicamente activa. Esta participación global contiene situaciones diferenciales si se observa el comportamiento por sexo.

Como muestra el Gráfico 3 en ningún año la tasa de actividad de las mujeres supera a la de los varones, hecho que se relaciona con los roles socialmente instituidos como modelos para cada género. Los varones participan en el mercado laboral con independencia de su ciclo vital, sujetos a su rol de proveedores económicos del hogar. Por el contrario, las mujeres tienen en general una participación discontinua asociada a los cambios en el ciclo vital, priorizando en muchos casos su rol en la reproducción biológica.

Gráfico 3
Tasas de actividad por sexo. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.



Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003a y b).

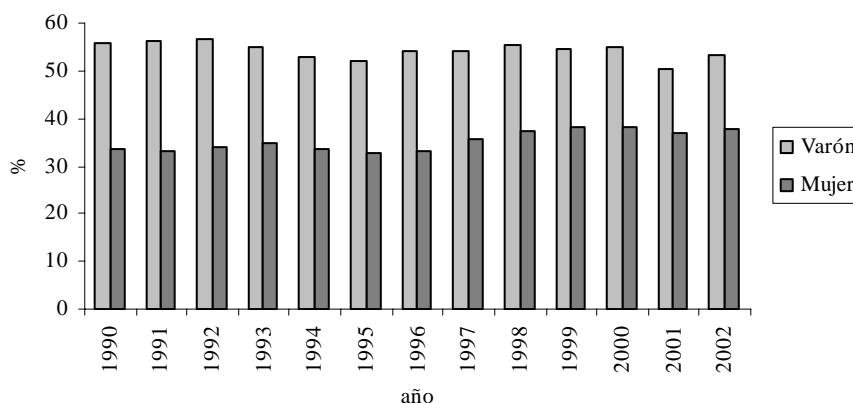
No obstante, se destaca que el fuerte crecimiento registrado durante la década de 1990 se debió en gran parte al aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo. Las tasas de actividad de los varones se incrementaron el 4 por ciento entre octubre de 1990 y octubre de 2002, mientras que para las mujeres ese aumento es del 27 por ciento. El nivel de participación en octubre de 2002 fue de 60,5 por ciento para los varones y de 44,7 por ciento para las mujeres, mientras que en octubre de 1990 era de 58 y 35,3 por ciento respectivamente. Debido al aumento de la participación femenina se acortó la brecha entre ambos sexos en siete puntos porcentuales (pasando de 22,7 a 15,8 por ciento). La crisis económica que se instaló en la Argentina empujó a la mujer hacia el mercado laboral para aportar ingresos a los deteriorados presupuestos familiares. “En distintos sectores sociales las mujeres buscan incorporarse masivamente a la actividad remunerada y se la ve recorrer trayectorias laborales cada vez más duraderas y menos interrumpidas por circunstancias familiares, de modo semejante a las de sus cónyuges.” (Wainerman, 2005). Esta nueva situación trastoca las prácticas cotidianas que habían predominado hasta los años sesenta. Por otro lado, fue evidente el incremento de la jefatura femenina: en la Ciudad, entre los años 1991 y 2001, creció el 9 por ciento, especialmente en los hogares familiares⁵. Asimismo, se percibe una mayor demanda de mano de obra femenina por la reducción de costos, ya que a igual trabajo se les paga menor salario que a los varones.

También las tasas de empleo muestran una situación diferente por sexo; entre octubre de 1990 y octubre de 2002 los varones registraron una caída del empleo del 4 por ciento y las

⁵ Para el año 2001 la participación de la jefatura femenina fue del 22 por ciento entre los hogares nucleares, 41 por ciento en los compuestos y 44 por ciento en los extendidos.

mujeres lo incrementaron el 3 por ciento, lo que mostraría un proceso de destrucción neta de empleos que afectó más a los varones. Existe también un cambio cultural reflejado en una creciente participación de la mujer en las actividades económicas.

Gráfico 4
Tasas de empleo por sexo. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.



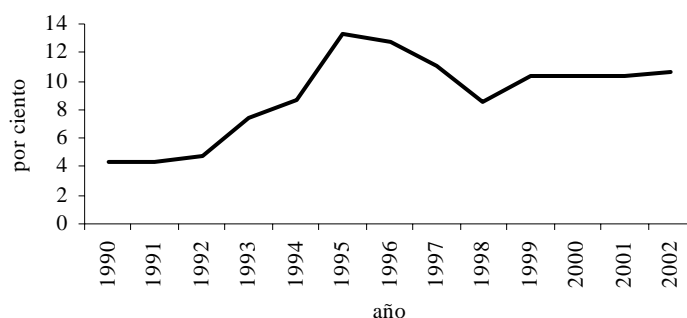
Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003a y b).

Al examinar la evolución registrada por estos dos indicadores entre octubre de 2001 y octubre de 2002, se advierte un aumento de la tasa de actividad (3,6 por ciento) acompañado por un incremento no menos relevante de la tasa de empleo (4,7 por ciento). El aumento simultáneo de los niveles de actividad y empleo, tras un período caracterizado por la evolución decreciente de los mismos, estaría dando cuenta de una expansión de las oportunidades de empleo expresadas tanto en la mayor participación económica como en la recuperación de los niveles ocupacionales.

En correspondencia con esta situación puede apreciarse un fuerte incremento de la tasa de desocupación abierta (214 por ciento entre octubre de 1990 y octubre de 2002), colocándose a fines del período al mismo nivel que el observado en 1995, cuando tuvieron lugar los niveles más altos de la desocupación en Argentina. Si bien el aumento en el último bienio fue tan brusco como entonces, el crecimiento del desempleo presenta una tendencia relativamente sostenida desde octubre de 1999 y una leve mejoría en octubre de 2002 (pasó de 14,3 por ciento a 13,5 por ciento). La política económica implementada en la década de los noventa, caracterizada por la apertura, la desregulación, la privatización y un sistema de cambio fijo que sobrevaluaba el peso, produjo una creciente desocupación, mayor precarización, caída de los ingresos y deterioro en su distribución.

La participación laboral según la posición que se ocupa en el hogar permite una aproximación a las estrategias laborales que implementan las unidades domésticas frente a las diversas situaciones socioeconómicas que impactan en su desarrollo familiar. En este sentido, se destaca la participación en la fuerza de trabajo de los jefes de hogar por la importancia asignada socialmente a su rol en el sostén económico de los mismos. Su desocupación da cuenta de la envergadura de la crisis laboral. Al perder el trabajo queda afectado por la exclusión un grupo de trabajadores que históricamente se había mantenido a salvo de los cambios generados por los modelos de acumulación, y que por las razones señaladas afecta al grupo familiar y a su dinámica.

Gráfico 5
Tasas de desocupación del jefe del hogar.
Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-October 2002.

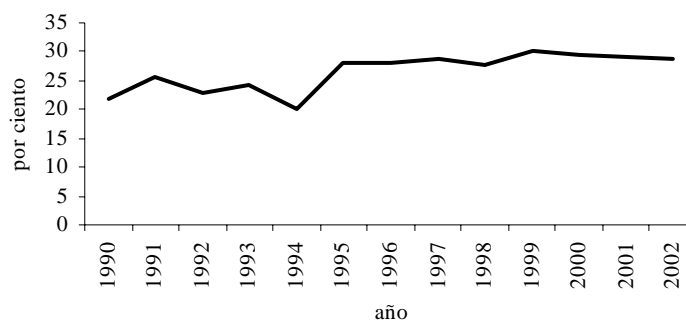


Fuente: elaboración sobre la base de INDEC-EPH y GCBA.

La participación de los jefes de hogar en el total de desocupados de la Ciudad describe una tendencia fluctuante durante el primer quinquenio de la década pasada y a partir de 1997 registra un incremento sostenido, llegando a representar el 40 por ciento de los desocupados en octubre de 2002.

Otra de las características recientes de los cambios operados en el mercado de trabajo es el incremento de la precariedad laboral. La proporción de asalariados que no registra descuentos jubilatorios se elevó a mediados de la década de 1990 y, a partir de allí, se mantuvo estable en valores cercanos al 29 por ciento. Pese al aumento, la proporción de asalariados precarios de la Ciudad fue muy inferior al promedio nacional, que llegó en el 2002 a superar el 50 por ciento.

Gráfico 6
Proporción de asalariados sin descuentos jubilatorios.
Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.

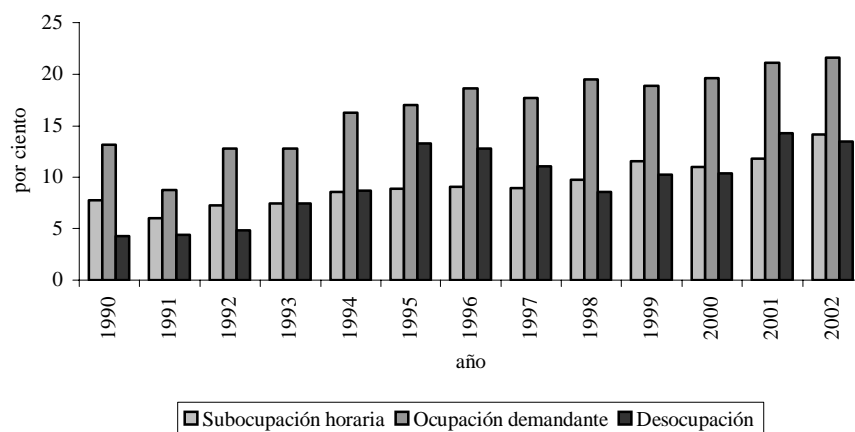


Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003a).

Considerando que la jornada de trabajo de los ocupados constituye un primer indicador para dar cuenta de la calidad del empleo, un aumento importante de la subocupación por insuficiencia horaria, como el observado en la Ciudad, implica que la jornada laboral típica pierde significación y deja de ser referente de la jornada de trabajo adecuada, tanto en horas como en ingresos. La evolución de la subocupación horaria verifica una tendencia similar a la de la desocupación abierta, aunque a un ritmo más lento que aquella hasta el 2001 (creció el 51 por ciento entre octubre de 1990 y octubre de 2002). El promedio de horas semanales trabajadas por la población ocupada se redujo el 4 por ciento entre los extremos del período analizado (en 1990 eran 44 horas y en 2002 fueron 42,2 horas).

Otro indicador de la creciente vulnerabilidad que afecta a la fuerza de trabajo y da cuenta más acabadamente de la real presión sobre el mercado laboral, es la demanda de empleo. Los demandantes de empleo forman parte de la población económicamente activa cuando buscan porque no lo tienen, o porque aún teniendo lo quieren cambiar o agregar otra ocupación. Este indicador da cuenta de una realidad que cobra mayor fuerza a partir de octubre de 1998 y especialmente en la década del 2000. Para el último bienio analizado, dos de cada diez activos se encontraban buscando trabajo pese a estar ya ocupados, pero trepa a tres y medio de cada diez activos si se tiene en cuenta la demanda total (ocupados demandantes más desocupados). La principal causa que explica este comportamiento es el descontento de los ocupados con sus condiciones de trabajo, los desocupados que buscaban inserción y los antiguos inactivos, que ante la crisis, demandaban un empleo para mejorar los ingresos familiares descendentes.

Gráfico 7
Tasas de subocupación horaria, ocupación demandante y desocupación..
Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.



Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003a y b).

Se destaca que la presión sobre el mercado de trabajo se duplicó entre octubre de 1990 y octubre de 2002 (pasó de 17,5 a 35,1 por ciento).

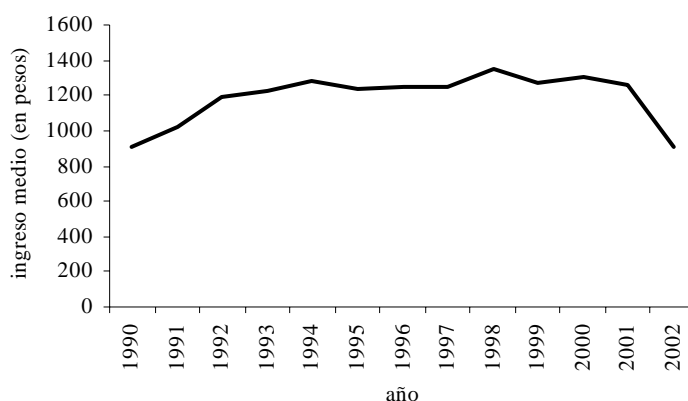
En síntesis, el funcionamiento del mercado de trabajo de la Ciudad fue afectado por las políticas económicas aplicadas en nuestro país durante los noventa. Ellas generaron un fuerte impacto sobre las condiciones de vida de la población, especialmente la fuerza de trabajo que se vio afectada por la pérdida de puestos estables, por el incremento de la desocupación, la subocupación horaria y la precariedad laboral y la disminución del promedio de horas semanales trabajadas.

3.2. En la distribución de ingresos.

Los cambios experimentados en el mercado de trabajo tuvieron su correlato en la distribución de ingresos. Al analizar la situación de los ingresos de la población, a valores constantes de 2002, se observa una caída brusca del ingreso medio en el último bienio. En octubre de 2002 el promedio del ingreso total individual de la población de la Ciudad registró el mismo nivel que registraba en octubre de 1990 (\$ 904).

Gráfico 8

Evolución del ingreso medio total individual de la población según quintil de población. Valores constantes de octubre de 2002. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.

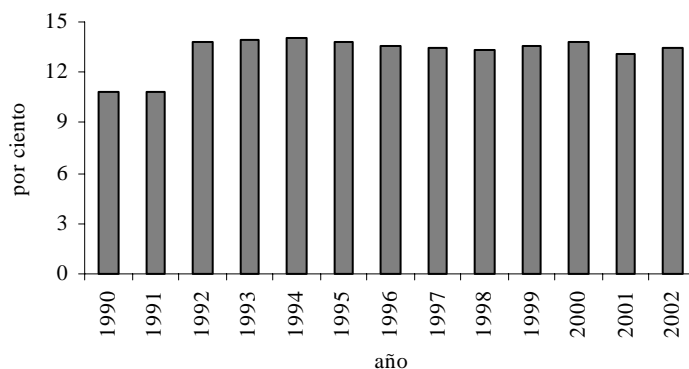


Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003a y b).

Teniendo en cuenta el ingreso medio según quintiles, el impacto fue mayor entre las personas de menores ingresos, no sólo porque la reducción porcentual fue más importante (22 por ciento) sino porque el nivel de ingresos de octubre de 2002 fue muy reducido (\$ 180). De esta manera, el 20 por ciento de la población con ingresos promedio más elevados (\$ 2429) concentraba más de la mitad del total de ingresos de la Ciudad; en el otro extremo de la distribución, el 20 por ciento con ingresos más bajos sólo recibía el 4 por ciento del ingreso total. La brecha se incrementó a partir de octubre de 1992 y permaneció más o menos estable desde 1997 en adelante. Los ingresos individuales totales promedio del quintil más alto en octubre de 2002 contienen casi 14 veces a los del quintil más bajo mientras que en octubre de 1990 lo hacía en 11 veces. Es decir, la brecha de ingresos en el ingreso medio de las personas se incrementó (Gráfico 9).

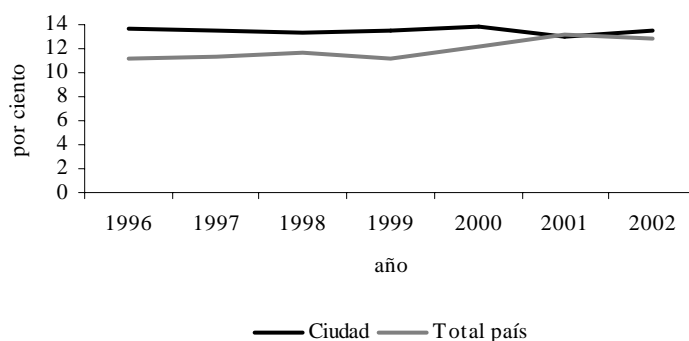
Si se compara la brecha de ingresos de la Ciudad con la del total de los aglomerados urbanos del país, para el período en que es factible la comparación, se observa que la brecha de la Ciudad, en general, superó al promedio urbano del país (Gráfico 10). Es decir, en la Ciudad, entre octubre de 1996 y octubre de 2002, hubo mayor desigualdad en la distribución de los ingresos.

Gráfico 9
Brecha de ingresos en el ingreso medio total individual.
Ciudad de Buenos Aires, octubre 1990 – octubre 2002.



Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003a y b).

Gráfico 10
Brecha de ingresos en el ingreso medio total individual.
Ciudad de Buenos Aires y total de aglomerados urbanos, octubre 1996 – octubre 2002.



Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003a) e INDEC (tabulados EPH).

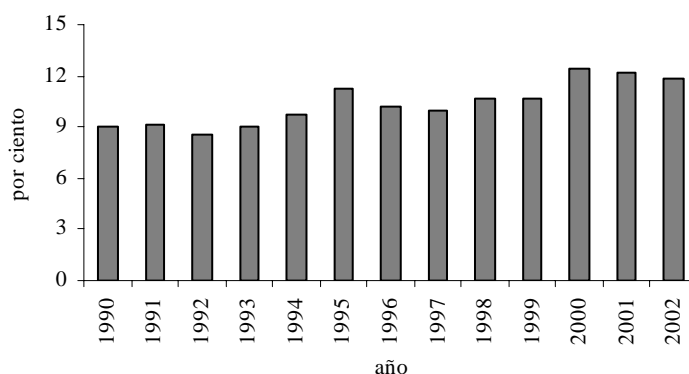
Al analizar el ingreso medio per cápita familiar según quintiles de población⁶ (Gráfico 11), se observa que la brecha de ingresos se incrementó a partir de 1995 y especialmente desde octubre de 2000. Los ingresos medios per cápita familiar del quintil más alto en octubre de 2002, contienen cerca de 12 veces a los del quintil más bajo, mientras que en octubre de 1990 lo hacía 9 veces.

En el Cuadro 1 se presenta la proporción del ingreso familiar per-cápita correspondiente a cada quintil así como el ingreso medio de cada uno de ellos para los años extremos del

⁶ No es posible comparar con los datos de otros aglomerados ya que INDEC utiliza la distribución según quintil de hogar y GCBA según quintil de población. Por otro lado, si quisieran usarse las tablas elaboradas por INDEC se observa que en ellas se aplica la misma distribución de ingresos per-cápita familiar según quintil de hogar del Aglomerado Gran Buenos Aires a los Partidos del Gran Buenos Aires y a la Ciudad de Buenos Aires, no elaborando la distribución de cada aglomerado lo que no permite comparaciones a su interior.

período analizado. Estos valores permiten verificar que sólo los dos primeros quintiles, es decir, los de menores ingresos, disminuyeron su participación en el ingreso total y fueron los más pobres los que mostraron las disminuciones más importantes.

Gráfico 11
Brecha de ingresos en el ingreso per-cápita familiar.
Ciudad de Buenos Aires, octubre 1990 – octubre 2002.



Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003a y b).

Cuadro 1
Distribución del ingreso familiar per cápita. Variaciones relativas porcentuales.
Ciudad de Buenos Aires, 1990 y 2002.

Quintil	1990		2002		Var. Relativa % 2002/1990	
	% del ingreso	Ingreso medio	% del ingreso	Ingreso medio	% del ingreso	Ingreso medio
1	5,6	154	4,3	120	-23,2	-22,1
2	9,8	272	8,6	241	-12,2	-11,4
3	13,9	384	14,0	392	0,7	2,1
4	20,9	579	22,5	628	7,7	8,5
5	49,8	1379	50,6	1415	1,6	2,6
Total	100,0	555	100,0	558		

Fuente: Mazzeo (2006, Cuadro 5.1).

En resumen, el modelo económico instaurado a partir de 1989 acentuó la disociación entre el crecimiento del producto bruto geográfico y la distribución del ingreso. Mientras el producto bruto tuvo un crecimiento importante, del 26 por ciento entre 1993 y 2000, la distribución del ingreso mostró tendencia a una mayor concentración. En el quinto quintil se observa una concentración creciente (cercana al 51 por ciento a fines del período) en detrimento de los dos primeros, que reducen su participación en 2,5 puntos porcentuales, concentrando el 12,9 por ciento del total. Por otro lado, lo ocurrido con el tercer y cuarto

quintil refleja que los sectores medios de la sociedad fueron afectados, aunque menos que los dos primeros.

3.3 En la pobreza e indigencia.

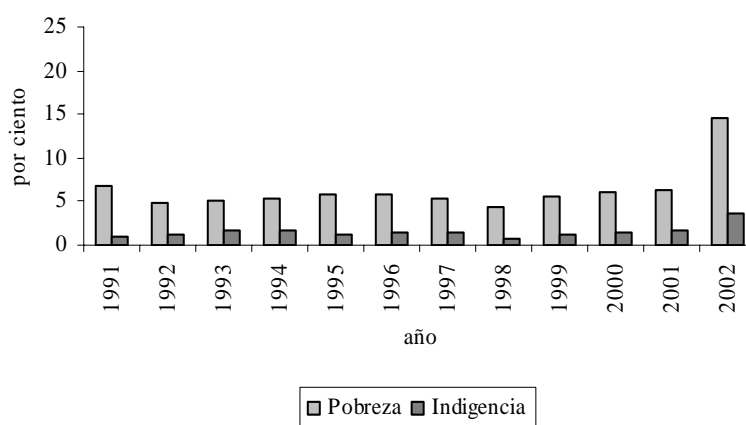
Las desigualdades en la distribución del ingreso están asociadas a aumentos en las desigualdades de las condiciones de vida que se profundizaron en el tiempo, ampliando la brecha entre ricos y pobres.

El crecimiento económico es un elemento positivo pero no siempre determinante de cambios en la situación social. El nuevo modelo, instaurado a partir del Consenso de Washington, presumía que el libre funcionamiento de los mercados permitiría, de alguna manera, por derrame, el crecimiento de la economía argentina y un beneficio generalizado. Lamentablemente, esto no sucedió. La evidencia empírica demuestra que la Ciudad no pudo escapar al proceso socioeconómico que desde fines de los 80 vino cambiando la fisonomía del país y cuyo indicador más dramático es el aumento de la pobreza.

En el período 1991-2000 la incidencia de los hogares pobres se redujo un 10 por ciento y la de los indigentes se incrementó el 56 por ciento, mientras que en el trienio 2000-2002 ambas incidencias aumentaron (el 139 y 164 por ciento respectivamente) afectadas indudablemente por el crecimiento de la desocupación, la caída de los ingresos y la evolución de la desigualdad en el ingreso medio per cápita familiar (Gráfico 12).

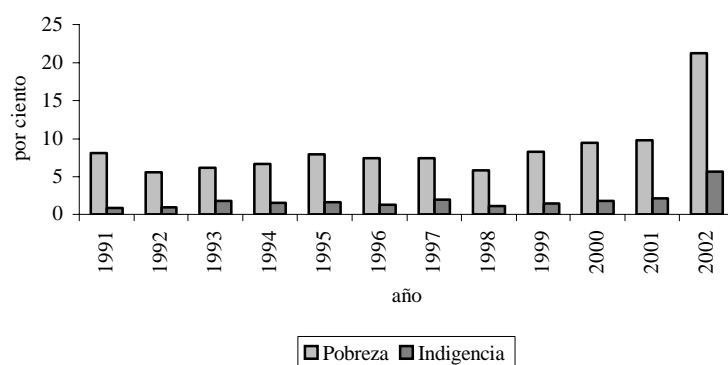
Por otro lado y debido a la mayor fecundidad de los sectores pobres, en el período 1991-2000, es aún más notorio el aumento de la proporción de personas por debajo de la línea de pobreza (17,3 por ciento) y de indigencia (55,6 por ciento). En el trienio 2000-2002 aumentaron el 123,2 y el 216,7 por ciento respectivamente (Gráfico 13).

Gráfico 12
Proporción de hogares pobres e indigentes. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1991-Octubre 2002.



Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003c).

Gráfico 13
 Proporción de población bajo la línea de pobreza e indigencia.
 Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1991-Octubre 2002.



Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003c).

Este comportamiento demográfico diferenciado provoca que una alta proporción de niños menores de 5 años, que viven en un medio familiar y social desfavorable, tengan una menor calidad de vida. Varios autores (Gershanik, 1993; Moreno, 1999; Vinocur, 1999; Delamonica et. al., 2000; Mazzeo, 2006) demostraron que el grupo que más sufre la pobreza son los niños y en consecuencia son ellos los principales afectados cuando la pobreza crece.

4 La importancia de la primera infancia en la desigualdad social

4.1 En la pobreza

Si bien en la última década se registró en la Ciudad un aumento de la desigualdad en los ingresos, el crecimiento de la población pobre e indigente, omitiendo el año 2002, no fue tan importante. No obstante existen evidencias empíricas que muestran que los niños son los más perjudicados⁷. Sirva como ejemplo que para el Aglomerado Gran Buenos Aires la proporción de personas por debajo de la línea de pobreza fue de 21,5 por ciento en 1991 llegando a 35,4 por ciento en 2001, mientras que el porcentaje de personas por debajo de la línea de indigencia fue de 3 por ciento y ascendió a 12,2 por ciento para el 2001.

Una situación aún más grave se registró para la primera infancia. En 1991 la proporción de niños pobres menores de un año era del 30 por ciento y ascendió al 46 por ciento en 2001,

⁷ Las diferencias sociales en la primera infancia se abordaron de acuerdo a las posibilidades de las distintas fuentes. A partir de los datos de la Encuesta Permanente de Hogares se analizó la importancia de la primera infancia en la población pobre e indigente del Aglomerado Gran Buenos Aires. Cuando la información proviene del Censo de Población se consideró como indicador de pobreza el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas que permitió asociar pobreza con falta de cobertura de salud para la Ciudad de Buenos Aires.

mientras que la incidencia entre los niños de 1 a 4 años pasó del 32 al 48 por ciento en igual período. Con respecto a la línea de indigencia, para ambos grupos de edad, pasó del 4 por ciento en 1991 al 18 por ciento para 2001. Puede afirmarse que durante la última década la incidencia de la pobreza entre los niños menores de 5 años del aglomerado casi se duplicó mientras que la proporción de indigentes se cuadruplicó.

Cuadro 2
Proporción de la primera infancia bajo la línea de pobreza e indigencia por grupo de edad. Aglomerado Gran Buenos Aires, 1991 y 2001.

Línea de pobreza e indigencia por grupo de edad	1991	2001
% de menores de 1 año bajo LP	29,8	45,9
% de 1 a 4 años bajo LP	31,6	48,1
% de menores de 1 año bajo LI	4,1	18,0
% de 1 a 4 años bajo LI	4,6	18,0

Fuente: INDEC/UNICEF (2003, Cuadro 6.8).

Para analizar lo ocurrido en la Ciudad con la primera infancia fue necesario recurrir a otro indicador, el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), indicador compuesto que resume en cierta forma las condiciones del ambiente físico, socioeconómico y educacional de la población y permite aproximarse al panorama de la pobreza estructural⁸. La evidencia empírica demuestra que la pobreza estructural prácticamente no se modificó durante la última década, si bien afectó más a la primera infancia que a la población total.

Cuadro 3
Condición NBI en la población. Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.

Condición NBI	1991	2001
En el total de la población	7,6	7,8
En la primera infancia	15,0	15,6
La primera infancia en el total NBI	12,4	11,4

Fuente: elaboración sobre la base de censos de población.

⁸ El método de la línea de pobreza se apoya en la noción de capacidad de acceso mediante un ingreso suficiente para las necesidades de consumo básico en un hogar; en cambio el método de las necesidades básicas insatisfechas se sostiene sobre la existencia de necesidades esenciales específicas que el hogar no pudo satisfacer en referencia a un umbral crítico. Este último remite a aspectos estructurales, mientras que los ingresos de los hogares están más relacionados con las condiciones coyunturales.

Pocas veces se establece la diferencia entre la pobreza infantil y la pobreza en general. Los niños pobres tienen una crianza que les inhibe las oportunidades de un desarrollo sano en los primeros años y puede malograr el resto de su vida. La pobreza material, por ejemplo, comenzar el día sin un alimento nutritivo, dificulta la capacidad cognoscitiva y el crecimiento físico. También los afecta la deficiencia del hábitat, los malos hábitos de higiene del hogar y la carencia de conductas preventivas y de tratamiento de las enfermedades. La pobreza no solamente provoca el sufrimiento entre los niños sino que también los afecta en la raíz misma de su potencial de desarrollo: su mente y su cuerpo en crecimiento. Según la Organización Mundial de la Salud (1999) quienes viven en la pobreza absoluta tienen una probabilidad cinco veces mayor de morir antes de los cinco años de edad que quienes pertenecen a grupos de ingresos más elevados.

4.2 En la cobertura de salud

La experiencia histórica demuestra que cuando una sociedad se empobrece se produce un empeoramiento en las condiciones de salud de sus integrantes. Esta constatación lleva a reflexionar sobre la existencia de disparidades en la cobertura de salud y por ende en la atención de la salud entre los distintos sectores sociales, y específicamente en el grupo más vulnerable que son los niños. Por otro lado, en los últimos años se produjo una estratificación en el acceso a los servicios de salud que se relaciona con los niveles socioeconómicos de la población. Los sectores de mayores ingresos están en condiciones de pagar medicina privada directamente o contratando seguros. Los asalariados registrados son atendidos por un sistema de seguridad social cuya atención depende de la calidad de las obras sociales, muy diferentes entre sí, y que más de una vez incluyen prestaciones deficientes. Por último, los grupos de menores recursos, no tienen otra opción que acudir a un deteriorado sistema público de salud.

Para verificar esta afirmación y confirmar la mayor desprotección de la infancia se analizó lo ocurrido en la Ciudad entre 1991 y 2001, tomando como indicador la falta de cobertura de salud y la condición NBI, a partir del procesamiento de los datos censales de ambos años. Se asumió que aquellos sin cobertura explícita podían utilizar los servicios públicos.

La evidencia empírica muestra (Cuadro 4) que tanto para la población pobre como para la no pobre se incrementó (entre los primeros en el 41 por ciento y entre los segundos en el 36 por ciento) la proporción de aquellos sin cobertura explícita. Es decir, de aquellos que no tienen protección de la seguridad social (obra social) y/o seguros privados. Es indudable que esta situación es mucho más grave entre los pobres donde la participación de la

cobertura del sistema público triplica la de los no pobres. Como se señalara, los pobres están más expuestos a enfermedades por falta de recursos, escaso conocimiento sobre los temas de salud, insuficiente nutrición, poco uso de los servicios de salud y menor acceso a una atención de calidad.

Cuadro 4
Población en hogares particulares por condición de NBI y tipo de cobertura en salud.
Población total y primera infancia. Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.

Condición NBI	1991		2001	
	Absoluto	%	Absoluto	%
NO NBI				
Población total (1)	2619669	100,0	2512999	100,0
Tiene sólo obra social (2)	1378415	52,6	1188092	47,3
Tiene sólo plan médico o mutual	343512	13,1	510984	20,3
Tiene obra social y plan médico o mutual	455380	17,4	238127	9,5
No tiene obra social ni plan médico o mutual	442362	16,9	575796	22,9
Población de 0 a 4 años (1)	147412	100,0	131515	100,0
Tiene sólo obra social (2)	69808	47,4	57715	43,9
Tiene sólo plan médico o mutual	23083	15,7	28398	21,6
Tiene obra social y plan médico o mutual	27492	18,6	12193	9,3
No tiene obra social ni plan médico o mutual	27029	18,3	33209	25,2
NBI				
Población total (1)	228452	100,0	212489	100,0
Tiene sólo obra social (2)	99737	43,7	65558	30,8
Tiene sólo plan médico o mutual	6365	2,8	5886	2,8
Tiene obra social y plan médico o mutual	17227	7,5	3538	1,7
No tiene obra social ni plan médico o mutual	105123	46,0	137507	64,7
Población de 0 a 4 años (1)	26824	100,0	24319	100,0
Tiene sólo obra social (2)	9993	37,2	6034	24,8
Tiene sólo plan médico o mutual	607	2,3	402	1,7
Tiene obra social y plan médico o mutual	1299	4,8	220	0,9
No tiene obra social ni plan médico o mutual	14925	55,7	17663	72,6

(1) Para 1991 se descontaron los ignorados de tipo de cobertura.

(2) Para 1991 se sumó los que tenían obra social e ignoraban plan médico o mutual.

Fuente: Mazzeo (2006, Cuadro 5.11 del Anexo B).

Esta desprotección es aún más evidente entre los niños y entre ellos los pobres, donde los niveles de cobertura del sistema público son superiores al 50 por ciento para 1991 y llegan a superar el 70 por ciento para el 2001.

Con el objeto de profundizar el análisis y tratar de descubrir cómo las modificaciones en el mercado de trabajo incidieron no sólo en la falta de cobertura sino en el tipo de cobertura de la población, se analizó la población en hogares particulares por condición NBI y tipo

de cobertura en salud. Los valores obtenidos verifican para los pobres y no pobres, la reducción de la proporción con obra social y la importante caída de la población con obra social y plan médico o mutual. Se destaca que estas disminuciones afectaron con mayor intensidad a los pobres donde la cobertura de obra social pasó del 44 al 31 por ciento, mientras que en los no pobres pasó del 53 al 47 por ciento.

Evidentemente los cambios en las relaciones de trabajo y la precariedad laboral afectaron profundamente las posibilidades de una inserción estable. Esto provocó, para un número importante de familias, la pérdida de la obra social y les generó la dependencia de un sistema público colapsado. Esta pérdida afectó a los niños en dos aspectos inherentes a su salud: la prevención y la atención. En la prevención se pierde la figura del médico de cabecera quien, mediante un trato personalizado, contiene y asesora a la familia y efectúa el seguimiento de los controles de peso y talla y del calendario de vacunas. No reciben los beneficios del programa materno infantil que además de la prevención implica la nutrición, a través de la entrega de leche en polvo fortificada con minerales y vitaminas. En el caso de una enfermedad carecen de la cobertura del costo de los medicamentos (total hasta el primer año de vida y luego parcial) y de la gratuidad de los estudios de diagnóstico. Si necesitaran una internación no podrían elegir el establecimiento, recibiendo además un servicio de hotelería diferenciado. Tampoco tienen la cobertura, total o parcial, de otros servicios conexos: subsidios, ortopedia y prótesis, traslados, servicios de emergencia e internación domiciliaria.

Para acceder a estas coberturas en el servicio público, las familias sin seguro de salud necesitan probar su condición de pobreza y pasar por los inconvenientes de trámites burocráticos y largas esperas para el otorgamiento de turnos.

En síntesis, el incremento de la desocupación abierta, la subocupación horaria y la precariedad laboral, así como la caída de los ingresos familiares per cápita, en un contexto de agravamiento de su desigual distribución, acentuó la inequidad. Los menores ingresos familiares per cápita configuran una situación de pobreza de capacidades y de medios y cercenan las posibilidades de asegurar a los niños un crecimiento pleno de todas sus potencialidades.

Bibliografía

Alleyne, G.A.O., C.Castillo-Salgado, C.Schneider, O.J.Mujica, E.Loyola y M.Vidaurre (2000), La medición de las desigualdades en salud: Algunos ejemplos de la Región de las Américas. OPS, Washington, USA.

- Alleyne, G.A.O. (1998), La salud en el marco de reducción de la pobreza. 5ta. Reunión del Foro Permanente para la Aplicación de la Estrategia de Cooperación al Desarrollo. Lima (OPS/PER/99.03).
- CEPAL-UNICEF (2002), La pobreza en América Latina y el Caribe aún tiene nombre de infancia. México.
- Corin, E (1996), La matriz social y cultural de la salud y la enfermedad. En Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones, Díaz de Santos, Madrid, España.
- Delamonica, E., A.Minujin y J.Vandemoortele (2000), Crecimiento, pobreza e infancia. En Socialis. Revista Latinoamericana de Política Social N° 3, Ediciones HomoSapiens, Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Di Virgilio, Mercedes (2003), Hábitat y salud. Estrategia de las familias pobres, Ed. Lumiere S.A., Buenos Aires, Argentina.
- Evans, Robert G. y G.L. Stoddart (1996), Producir salud, consumir asistencia sanitaria. En Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones, Díaz de Santos, Madrid, España.
- Gershanik, Alicia (1993), Salud de los niños y empobrecimiento: su atención. En Minujin, Alberto et. al. Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina, UNICEF/LOSADA, Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos (2003a), Indicadores Económicos 2002, Publicación N° 49, Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos (2003b), Indicadores Económicos 2000/2001, Publicación N° 46, Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos (2003c), Indigencia y pobreza en la Ciudad de Buenos Aires: Incidencia y caracterización, Informe de Resultados N° 47, Buenos Aires, Argentina.
- Hertzman, C, J. Frank y R.G. Evans (1996), Heterogeneidades en el estado de salud y determinantes de la salud de una población. En Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones, Díaz de Santos, Madrid, España.
- Mazzeo, Victoria (2006), La inequidad en la salud-enfermedad de la primera infancia. Las políticas de salud y la capacidad resolutoria de los servicios en la Ciudad de Buenos Aires. Tesis de doctorado (inérita).
- Mazzeo, Victoria (2004), Los niños y los jóvenes los más desprotegidos. En V Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. “Salud para todos o salud para pocos? Aportes hacia la ampliación de la inclusión social”.- Area Salud y Población – Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires (CD).
- Moreno, Elsa (1999), Morbimortalidad en la niñez. En O’Donnell A. y Carmuega E. (coord.) Hoy y mañana. Salud y calidad de vida para la niñez argentina. CESNI Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, Argentina.

- OMS (1999), Pobreza y salud. Informe de la Directora General. 105ª reunión del Consejo Ejecutivo. Documento EB105/5. [http:// www.paho.org](http://www.paho.org) Acceso el 26/06/2003.
- UNICEF-INDEC (2003), Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990/2001, Serie Análisis Social N° 2, INDEC, Buenos Aires, Argentina.
- UNICEF (2000), La reducción de la pobreza comienza con los niños, Nueva York, USA.
- Vinocur, Pablo (1999), Exclusión y pobreza. Derechos y oportunidades perdidas de los niños. En O'Donnell A. y Carmuega E. (coord.) Hoy y mañana. Salud y calidad de vida para la niñez argentina. CESNI Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, Argentina.
- Wainerman, Catalina (2005), ¿Reproducción o cambio intergeneracional en las prácticas domésticas cotidianas? Acerca de la validez de la información de “protagonistas” y “cronistas”. En AEPA, VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Tandil, 12 al 14 de octubre de 2005.