

DESIGUALDADES SOCIO-TERRITORIALES PERSISTENTES: UNA MIRADA DESDE LA SALUD INFANTIL

Dra. María Alejandra Silva

Científica. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Correo electrónico: asilva@usal.edu.ar

Resumen

El objetivo del estudio fue ilustrar acerca de la estrecha asociación entre desigualdades de recursos existenciales y las asimetrías vitales en la provincia de Corrientes (nordeste argentino) en la unidad temporal 2001-2014. Se acude a los aportes bibliográficos, estadísticas hospitalarias y epidemiológicas, entrevistas a informantes calificados. Del análisis de indicadores económicos se ha comprobado que con el avance de la globalización, las enormes desigualdades regionales se han acentuado y perjudican a las provincias del NEA y a Corrientes, las cuales poseen enormes problemas de empleo de los adultos e “incertidumbre del futuro”, la infantilización de la pobreza y el crecimiento de enfermedades emergentes y re-emergentes como la sífilis, el dengue, la fiebre amarilla y la leishmaniasis; entre otras. También se verifican datos altamente preocupantes, pues se ve el aumento del embarazo adolescente y las altas tasas de mortalidad infantil.

Palabras clave: *Globalización, salud, desigualdades regionales, embarazo adolescente, mortalidad infantil.*

Abstract

Persistent Socio-Territorial Inequalities: A View from Children`s Health

The aim of the study is to illustrate the close association between existential inequalities of resources and vital asymmetries in the province of Corrientes (northeastern Argentina) from 2001 to 2014. It goes to the bibliographic contributions, hospital and epidemiological statistics, interviews with qualified informants. Analysis of economic indicators has shown that with the advance of globalization, the huge regional inequalities have increased and

hurt the provinces of NEA and Corrientes, which have enormous problems of adult employment and "uncertain future" the child poverty and the growth of emerging and re-emerging diseases such as sífilis, dengue, yellow fever and leishmaniasis; among other. Also highly worrisome data is verified, as rising teen pregnancy and high rates of infant mortality.

Keywords: *Globalization, health, regional inequalities, teenage pregnancy, infant mortality.*

Introducción

Si bien falta unanimidad en cuanto a la naturaleza de la globalización (económica, cultural, política, de información, etc.), en Argentina se observa que con el avance de la misma se agudizaron las desigualdades socio-territoriales de Calidad de Vida (Kessler, 2011, p.11). También se verifica otra característica clara de la globalización, “la incertidumbre del futuro,” sabiendo que vivir en condiciones de incertezas prolongadas provoca dos sensaciones: ignorancia e impotencia. Las dos van de la mano de la humillación (Bauman & Donskis, 2014, p. 32).

Cabe destacar que el deterioro de las condiciones de vida puede obligar a las familias a trabajar con sus hijos, y apartar a los mismos de la educación (OIT, 2009, p. 15), (Promenino, 2015, p. 1) con la siguiente repercusión en la salud infantil como fue demostrada en anteriores estudios sobre trabajo infantil (Silva, 2012, p. 56).

Este artículo constituye el primer informe de avance de un estudio de proceso de la última década ya expuesta en las conclusiones de la tesis doctoral donde se analiza las desigualdades vitales en un contexto de pobreza infantil en la década 2001-2011 en la provincia de Corrientes (nordeste), cuya definición de Calidad de Vida explicita el rol asignado a la Salud en la misma desde la mirada de la medicina social. Cabe resaltar que se parte de los estudios de la investigadora mexicana Cristina Laurell quien ha manifestado que el perfil de morbi-mortalidad desde la gestación cambia con los grupos socio-laborales y étnicos, de modo que: las sociedades que se distinguen en su grado de desarrollo y de organización social deben exhibir una patología social diferente. Finalmente dentro de una misma sociedad, las clases que la componen mostraran condiciones de salud distintas (Laurell, 1982, p. 5).

En este trabajo se hizo un recorte transversal porque se parte de un acontecimiento o situación en la vida de las personas que cambia las cosas y la obliga a recurrir al trabajo infantil: la crisis del 2001. En efecto con fines analíticos se ha considerado que el 2001 es un momento crucial por diversas razones. En primer término, la crisis de 2001-2002 representó un momento de shock en el empleo y los salarios, que puso a prueba el sistema

de protección social. La tasa de pobreza se incrementó en 28 puntos porcentuales desde 1999 hasta alcanzar un 57,5% en 2002 (Ringold D. & R. Rofman 2008, p. 40). Asimismo, la crisis de sucesión presidencial de diciembre de 2001 exhibió, de modo particularmente cruel, los problemas de gobernabilidad y representación que aún afectan al sistema político argentino (Leiras, 2005, p. 4).

Particularmente en el nordeste (NEA) ha dejado sus huellas a nivel productivo y social como indica el escrito del sociólogo Gabriel Kessler, quien afirma que los avances realizados en la Argentina definiendo en detalle la exclusión no se tradujeron en mejoras para la población. En ese sentido, el autor analiza diferentes aspectos sociales de Argentina y respecto a la persistencia de las desigualdades rescata la pertinencia del trabajo de F. Gatto (2007) denominado "Crecimiento económico y desigualdades territoriales en Argentina" referido a la articulación entre exclusión social y espacial. Indica que el autor analiza la acumulación de desventajas familiares y territoriales en municipios de 14 provincias del noreste y noroeste del país. Muestra que existen 900.000 hogares con 4 millones de personas en una situación de pobreza crónica. Esto se explica por la mala inserción laboral, pero, sobre todo, por las carencias de infraestructura básica, tales como electricidad, agua, servicios de salud y fuentes de trabajo en los lugares de residencia. Se detecta así un núcleo duro de exclusión que exige tanto políticas dirigidas a las familias como inversiones públicas y privadas en los lugares de residencia. A sus carencias materiales se suma una escasa organización política y social (Kessler, 2011, p. 10).

Se pretende ilustrar acerca de la estrecha asociación entre desigualdades regionales, pobreza y asimetrías vitales en un contexto económico preocupante. El trabajo tiene como objeto realizar un estudio de los indicadores del sistema oficial estadístico del 2001 hasta la actualidad, ahondando específicamente en la salud materno-infantil. Además se acude a los aportes bibliográficos, estadísticas y entrevistas a referentes de pediatría en el gobierno y en la entidad corporativa. A los fines analíticos el artículo se divide en dos capítulos: 1) Globalización y salud y 2) Pobreza y estadísticas vitales materno-infantil.

Globalización y Salud

Existe una red financiera global (the global financial network) que habla un lenguaje económico, pero que no puede dar ninguna respuesta en los campos político, social, vivencial, ético. Es lógico suponer que para quienes se encuentran en el global financial network el tiempo y el espacio desaparecen, viven a tiempo real y se comportan bajo el comando global del cálculo de utilidad y la competencia, mientras que para quienes no se encuentran dentro de la red, el tiempo y el espacio se hacen infinitos al haber sido expulsados del "cielo de la competencia", peligrando su propia subsistencia. Aquello es la realidad, pero también debemos considerar que actualmente lo que ocurre es que la red

cada día margina a un creciente número de países, grupos y personas, los mismos que constituyen su identidad al margen de los marginadores (Castells, M citado por Granda, 2009, p. 251).

En este predominio del capital financiero, las cuestiones del desarrollo... son sustituidas por cuestiones de la «gestión» política y científica (administración, descubrimiento, inclusión, evitación y ocultación) de los riesgos de tecnologías a aplicar. El concepto de sociedad de riesgo gira en torno al problema de cómo se pueden evitar, minimizar, dramatizar, canalizar los riesgos y peligros que se han producido sistemáticamente en el proceso avanzado de modernización y limitarlos y repartirlos allí donde aparezcan como «efectos secundarios latentes» (Beck, 1988, p.26) De allí que la globalización de la producción va de la mano de la exportación de los riesgos de un país a otro que posee una legislación más laxa a nivel laboral, de higiene y seguridad, salud laboral y medioambiente. Esto fue comprobado en el estudio de condiciones y medioambiente que afecta la salud en el Mercosur donde la poca visibilidad de las enfermedades y accidentes de trabajo en los países, se suma a la falta de armonización de las leyes, las desigualdades en las representaciones y prácticas en salud y seguridad entre grandes y pequeñas ciudades, el predominio de un mercado de trabajo excluyente, perjudica la salud de los trabajadores migrantes externos (Silva, 2003, p. 214). Lamentablemente dicha situación continua actualmente, e incluso en Argentina persisten las desigualdades regionales, en un contexto del concepto ampliado del ajuste estructural al que estamos vinculados desde fines de la década de los setenta; y del acelerado proceso de globalización financiera de los últimos años con impacto significativo en el empleo, en los ingresos y en el acceso a bienes y servicios considerados básicos para una parte considerable de la sociedad (Abalerón, 2014, p. 2).

Cabe indicar que en Argentina se observa que con el avance de la globalización se agudizaron las desigualdades socio-territoriales. El avance de la globalización en el sector rural va de la mano de la concentración de la riqueza y la tierra, y de la caída del empleo. Mientras la Federación Agraria indica que en la década de los 90 dejaron el agro unos 100.000 productores, la Sociedad Rural Argentina resaltan que otros 95.000 productores lo hicieron recientemente (Agronoticias, 2015, p.1).

Este hecho repercute en el desempleo y deterioro de las condiciones de vida de trabajadores, lo cual puede obligar a las familias a trabajar con sus hijos. Cabe resaltar que tanto el niño como el adolescente, al trabajar su cuerpo es más vulnerable por su inmadurez anatomofisiológica y dependencia psicosocial y el desarrollo cognitivo, afectivo y socio-educativo (Silva, 2012, p. 59). Asimismo el trabajo infantil perjudica el proceso de aprendizaje de los niños, afecta su salud, reproduce el ciclo de la pobreza, porque cuanto más temprano comienza a trabajar una persona posee menos rendimiento laboral en la adultez y promueve el desarrollo económico y social del país (Pires Muniz, 2008, p. 73). En el párrafo siguiente se desarrolla la vinculación entre pobreza y estadísticas vitales.

Pobreza y Estadísticas Vitales Materno-Infantil

Si entre el 2004 y el 2007 se redujo la brecha entre la base y la cúpula de la pirámide, volvió a ensancharse en los últimos dos años. La Argentina pasó, entonces, de niveles que la ubicaban dentro de los países considerados igualitarios, a una sociedad de alta desigualdad (Kessler, 2011, p. 11). La secuencia podría describirse como una etapa inicial dinámica, hasta 2007, una de estancamiento posterior y actualmente una de franco deterioro (Lindemboim, 2015, p. 36). Lamentablemente el empleo no registrado fue uno de los pilares de esta última década pues hay casi 4 millones de asalariados en negro, por lo cual los empresarios se ahorran más de 10 mil millones de dólares por año, a lo que se suma la cifra alta de desempleo. Según estudios de economistas independientes del CEICS, el porcentaje de desocupación en el año 2014-2015 sería de casi el 25% de la población económicamente activa (PEA), cifra que constituye más del triple de la anunciada oficialmente por el INDEC-organismo gubernamental nacional (Villanova, 2015, p. 31).

Tras nueve años del largo proceso de degradación estadística, que incluyó seis años de subestimación de la pobreza y tres sin publicaciones oficiales en esta materia, el INDEC – organismo oficial de estadísticas- indica que la pobreza urbana alcanza de. 32, 2% de las personas, pero en las regiones más rezagadas NEA y NOA, la pobreza llega al 40,1% y al 35,8% (IDESA, 2016, p. 1). En ese contexto nacional preocupante, Corrientes, la provincia de Argentina estudiada, se encuentra dentro del *enclave caliente (hot spots) de pobreza infantil total y extrema* identificado en América Latina y el Caribe, o sea, que pertenece a las áreas con valores de pobreza extrema infantil sobre el promedio, con vecinos que también se encuentran por encima del promedio de la variable de interés, según el documento reciente *La pobreza infantil en América Latina y el Caribe* (CEPAL-UNICEF, 2010, p. 34). Cabe resaltar que este fenómeno social repercute en la salud año tras año, como se verifica a continuación .

Pobreza y Estadísticas Vitales: una Mirada desde la Década

En este trabajo se parte del 2001, porque también en salud se observan cambios radicales y sustanciales, pues en sitios en que muchos años atrás la pobreza no era un problema, hoy registran patologías asociadas a ella. La crisis económica del 2001 produjo cambios drásticos y aumentos en los niveles de pobreza e indigencia que aún no se han restablecido respecto a los valores históricos previos a la crisis. Un ejemplo de esto es la ciudad de Buenos Aires, donde se demuestra que las desigualdades sociales se expresan en perfiles de morbi-mortalidad diferenciales, pues la zona sur cuadruplica la población de nacidos vivos en madres menores de 20 años. A demás la tasa de mortalidad por TBC es cuatro veces más amplia que en el norte (Lena y otros, 2007, p. 6).

Este impacto de lo social en salud se va observando a lo largo de la década que es objeto de estudio en este artículo. Por un lado, pasan los años y las desigualdades persistentes son tema de abordaje en algunos organismos oficiales de salud como el Instituto Malbrán en su plan 2007-2011 incluye a las enfermedades re-emergentes relacionadas con las condiciones de vida y la pobreza que han sufrido un enorme deterioro luego del 2001 que continua hoy, indicando que es perentorio comenzar a trabajar con los determinantes sociales en salud de la OMS.

La presencia de enfermedades emergentes y reemergentes indica que no se han dejado atrás los riesgos típicos de los países en vías de desarrollo, a pesar de su clara transición epidemiológica hacia un perfil más desarrollado. Dichas enfermedades deben ser entendidas en un contexto de emergencia sanitaria en el que la desnutrición, la pobreza, el desempleo y las inequidades favorecen su aparición y propagación. Nos referimos a las infecciones zoonóticas, las virosis e infecciones inmunoprevenibles, la fiebre hemorrágica argentina, el dengue, el síndrome urémico hemolítico y la tuberculosis. Ésta última mostraba un descenso desde 1982, pero en los últimos años se redujo esta tendencia. Incluso existe un incremento porcentual anual en las tasas de notificación de sífilis congénita en el norte del país NOA y NEA (Ortiz, 2005, p. 4).

De allí que los gobiernos de las provincias del NEA y el NEA, así como de Santa Fe comienzan a preocuparse por patologías nuevas: dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis. De modo que aunque se pretende ocultar políticamente los datos de pobreza y el deterioro en las condiciones de vida, las patologías develan la magnitud que adquiere la vulnerabilidad social de la Argentina (Silva, 2008, p. 6).

A fin de conocer y comprender la realidad específica del caso Corrientes, es necesario analizar la cobertura de salud y el disfrute de políticas y planes. Según los mismos datos oficiales del INDEC, los resultados son los siguientes:

Tabla 1.

Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según sexo y grupo de edad. Provincia de Corrientes. Año 2010

Sexo y grupo de edad	Población en viviendas particulares	Tipo de cobertura de salud				No tiene obra social, prepaga o plan estatal
		Obra Social	Prepaga a través de obra social	Prepaga sólo por contratación voluntaria	Programas y planes estatales de salud	
Total	985.130	388.413	66.814	16.962	36.420	476.521
0-4	88.019	25.150	5.817	1.237	9.246	46.569
5-9	97.292	31.033	6.771	1.204	4.955	53.329
10-14	105.006	35.072	7.164	1.178	3.834	57.758

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y vivienda, Argentina, 2010.

Se verifica en el cuadro que del total de la población en viviendas particulares (985.130) de toda la provincia, la mitad no tiene obra social, prepaga o plan estatal (476.521), mientras solo 36.420 disfrutaban de programas y planes estatales. La situación de desigualdad empeora en la infancia, pues se observa en la franja de 0-4 años, de un total de 88.019 niños, hay 25.110 con obra social y carecen de cobertura unos 46.569. Por otra parte en la franja etaria de 5-9 años de edad, existen 97.292 niños, pero solo 31.033 tienen obra social y unos 53.329 carecen de cualquier cobertura. Se verifica además la existencia de más cantidad de niños en la 2da franja, al tiempo que decrecen los que disfrutaban de programas y planes estatales de salud, pasando de 9.246 en el grupo de 0-4 años, a unos 4.955 en la franja que va de los 5 a los 9 años de edad.

De modo que estos resultados en la cobertura muestran claramente la naturaleza de la brecha social que se expresa en el sistema de salud, por lo que vale la pena rescatar las declaraciones de Therbon cuando dice:

Las desigualdades vitales entre países y dentro de cada país nos muestra los efectos devastadores, tanto sociales y políticos como médicos y psicológicos de las asimetrías en la distribución de los ingresos (Therborn, 2013, p. 162), que conducen –literalmente- a verdaderos campos de exterminio, de acuerdo al mencionado autor.

Si se analiza la salud materna, se sabe que el embarazo adolescente genera menor peso al nacer (y mayor probabilidad de enfermar del niño), a causa de que el organismo de la madre no se encuentra totalmente desarrollado y apto para ofrecer las mejores condiciones al crecimiento normal del feto. También posee menor probabilidad de contar con leche materna en cantidad y calidad requerida para la nutrición de la niña o niño. Asimismo existe mayor morbilidad en la gestación adolescente descrita en la literatura como: abortos, anemia, infecciones urinarias, bacteriuria asintomática, hipertensión gestacional, preeclampsia – eclampsia, escasa ganancia de peso, malnutrición materna, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, parto prematuro, rotura prematura de membrana, desproporción cefalopélvica, cesárea, alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual (Ulanowicz, 2006, p. 14).

El otro impacto del embarazo adolescente se produce en el grado de escolaridad alcanzado de los hijos. La Encuesta Permanente de Hogares del INDEC aporta indica que del total de jóvenes urbanos con edades entre 12 y 24 años (5,5 millones), el 35% no asiste a la escuela o abandonó antes de terminar la secundaria. Además señala que de estos jóvenes que abandonaron la escuela, el 41% nació cuando su madre era menor de 24 años, y de estos jóvenes que abandonaron los estudios y nacieron cuando su madre era muy joven, el 69% pertenece al 30% de los hogares más pobres.(IDESA, 2012, 1) Esto también se observa en Corrientes, pues según declaraciones de la responsable de ANSES – Corrientes, reciben AUH un 30% de madres menores de edad, con todo lo que esto implica en términos del crecimiento y desarrollo bio-psico-social del recién nacido.

Este hecho es preocupante porque a diferencia de las tendencias internacionales, en Argentina la tasa de fecundidad adolescente aumentó de 30,5 por cada mil mujeres de entre 10 y 19 años en 2001, al 35,3 en 2011. En 2012, 12,3% de las mujeres de entre 15 y 19 años tenían un hijo o estaban embarazadas. Para Acuña, la realidad socioeconómica y los patrones reproductivos suelen estar vinculados: así se genera una relación circular entre demografía y desigualdad. "Si la situación inicial fue desfavorable, se generan ciclos viciosos en las que las familias quedan atrapadas de generación en generación", indicó la experta. (CIPPEC, 2015, p. 1) En suma, el contexto social en que nacen y crecen los niños de Corrientes es altamente preocupante.

En el caso específico de la salud infantil, la situación es preocupante como se observa en un informe realizado por la Cátedra de Enfermería Materno infantil de la facultad de Medicina de la UNNE. Los nacidos vivos de madres adolescentes menores de 15 años,

registran una TMI (Tasa de Mortalidad Infantil) del doble que el promedio nacional (45,1%) que disminuye a 22,6% en el grupo de 15 a 19 años. (El universitario, 2005). De modo que se puede entender porque Corrientes se ha ubicado entre las 4 provincias con tasa de mortalidad infantil (TMI) más alta según las estadísticas vitales de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud 2009.

Datos de la Dirección de Planificación y estadísticas de salud indican que los afectados cada vez son más, pues de 18.834 (dieciocho mil ochocientos treinta y cuatro) nacimientos en el 2007 la cifra llega a 20.597 en 2014. Mientras en la capital nacieron 7.428 en 2007, el total sube a 7784 en 2014. De los 20.597 nacimientos, 161 se dieron en madres de menos de 15 años, 4.012 en mujeres de 15-19 años, 5.529 en aquellas que poseen entre 20-24 años (la cifra más alta se da en este grupo etario), 4.466 de 25-29 años de edad y 3.454 de 30-34 años, disminuyendo en los restantes grupos. Estos datos indican que la cifra llega a un total de 4.172 nacimientos en el grupo de mujeres menores de edad, lo que significa casi el 25%.

Esta situación de vulnerabilidad de la infancia se suma a las disparidades entre los datos nacionales que indican que la mortalidad infantil llega al 13 por mil, mientras en Corrientes alcanza al 15,97 por mil (de 0 a 11 meses) según datos de la Dirección de Planificación y estadísticas de salud de 2014. Este hecho fue señalado recientemente cuando señalan que las diferencias regionales continúan siendo marcadas y las provincias del norte Argentino siguen apareciendo como las más retrasadas en la reducción de la mortalidad infantil (Beldaño, López de Veiga y otros, 2014, p. 24). Estos datos llaman la atención porque justamente en 2004 surge el Plan Nacer en el NEA y NOA debido a que mientras la TM.I. se había estancado en el país, en esas zonas crece, demostrando que a diez años de dicho plan, la situación continúa igual.

En ese sentido vale la pena retomar diversos estudios sobre el tema. Por un lado se indica que “los reducen a necesidades puntuales de carácter transitorio que no constituyen un producto de la forma de organización de la sociedad y que pueden ser resueltas con estrategias de intervención cuyo núcleo problemático esencial es la determinación de las modalidades de gerenciamiento más apropiadas” ...deberían realizar esfuerzos conjuntos que integren no solamente el acceso a la atención de la salud, sino también la educación, el acceso a la vivienda, la salud sexual y reproductiva, la violencia de género, y todos los aspectos (Soldano y Andrenacci, 2006, p. 20).

En la provincia de Corrientes se han analizado dos unidades: el hospital pediátrico de la capital (único en la provincia) y el hospital rural de Cruzú Cuatiá. En este hospital rural se ha consultado al director del mismo, que hace muchos años trabaja en dicha entidad, quien indica que los indicadores demográficos de la provincia no incluyen un desagregado por departamento o incluyendo lo rural, y tampoco los registros estadísticos en salud. Dicho

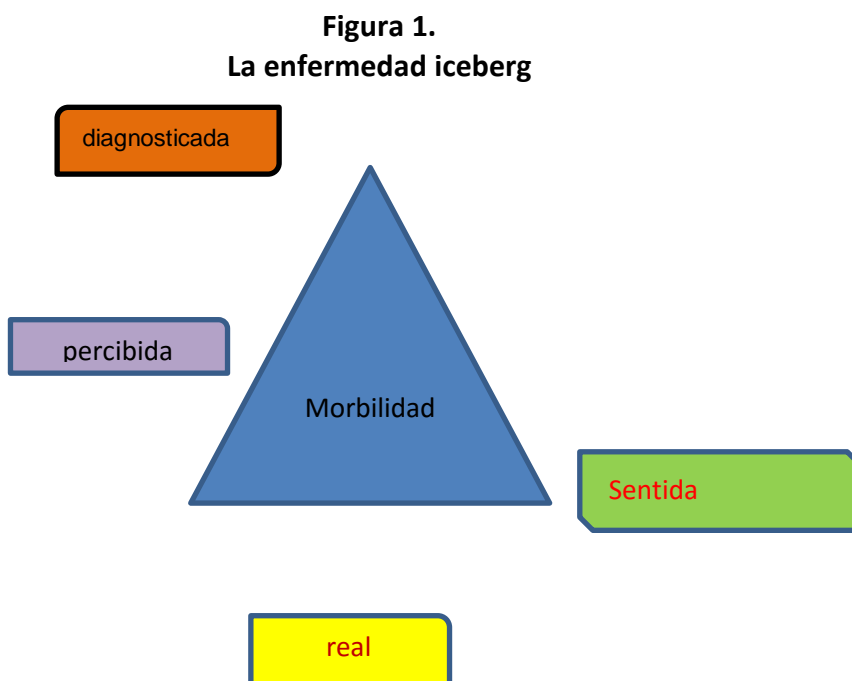
referente informa que existen dos problemas, uno es la migración de la población del campo a la ciudad y otra la falta de continuidad en las políticas. Indica que una oportunidad enviaron los agentes de salud a relevar datos de los parajes rurales pero tuvieron dificultades para encontrar todas las familias y censarlas, algunas viven en las estancias y no pudieron entrevistarlas, además de las migraciones temporales de los trabajadores. No obstante se vieron impedidos de realizar un informe de dicha situación por tales motivos (Silva, 2016, p. 12).

De la consulta al sistema de salud en la ciudad capital (que recibe las consultas de interior y la zona rural) se observa que tampoco han sido registrados daños a la salud a causa del trabajo infantil en los diagnósticos médicos del sistema de salud: el Hospital Juan Pablo II. En la consulta con un pediatra de dicha entidad nos confirma que la historia clínica es biológica, carece de datos sociales y más aún referencia al trabajo infantil. Se sabe que habitualmente consultan pacientes del interior de la provincia con casos de intoxicación o accidentes de trabajo a causa del trabajo infantil rural, pero no figuran en ningún informe. Apenas si existen una decena de casos en la ciudad de Corrientes provenientes del trabajo infantil de recolector de basura, cartonero, venta ambulante o trabajo en el basural, por lo que existe interés incipiente en la residencia de pediatría para incluirlo en los registros estadísticos o implementar algún estudio médico-social sobre el mismo durante los años 2011 y 2012. Algo similar había sido indicado por un informante del área de estadística del hospital manifestando que hay sub-diagnóstico, sub-registro y sub-declaración (Silva, 2012, p. 155).

Lamentablemente en Argentina se carece de políticas nacionales o provinciales destinadas al abordaje en salud de este grupo de población, ya sea a través del registro epidemiológico, el levantamiento de datos en la historia clínica hospitalaria, el sistema de APS, etc. Existe una entidad, de alcance nacional, que se ha ocupado del tema: la Sociedad Argentina de Pediatría. Anualmente la entidad adhiere al lema de la Organización Internacional del Trabajo y difunde sus ideas el 12 de junio: día mundial de lucha contra el trabajo infantil. Dicho interés ha culminado en la incorporación de la temática de trabajo infantil en el Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP) de formación continua de los pediatras de toda la Argentina por primera vez en la historia de la entidad en el 2011. Sin embargo sus acciones poseen limitaciones provenientes de la mirada en salud, la incapacidad de definir lineamientos políticos en el sistema de salud e imponer un tema en la agenda pública.

En lo que hace al enfoque, cabe afirmar que solo se centra en la denuncia hospitalaria, y por ende posee las limitaciones propias de la morbilidad diagnosticada. En el iceberg de la enfermedad se distingue la morbilidad diagnosticada de la percibida, sentida y real. Esta primera en realidad representa una ínfima parte de lo que realmente sufre y padece la población. El acceso cultural, geográfico, económico y político se suma a las

representaciones sociales de acuerdo a las condiciones objetivas y de trabajo, la cuestión de género, étnica y lingüística.



Fuente: Elaboración propia en base a Scambler y Scambler (1990) La enfermedad iceberg y algunos aspectos de la conducta en el consultorio, en Firtzpatrick et al. (1990) "La enfermedad como experiencia.

Last (1963) ha usado la expresión "enfermedad iceberg" para indicar el hecho de que la mayoría de los síntomas no desembocan en una consulta médica. Investigaciones en que se usaron técnicas de recordación de los síntomas indican que cerca de una tercera parte de quienes presentaban los síntomas fueron en busca de atención médica (Scambler y Scambler, 1990, p. 157).

Esto se debe a que el subregistro y subdiagnóstico está relacionado con las propias percepciones de niñas y niños víctimas de la explotación laboral infantil pues como indica la profesora-investigadora Biagini en los apuntes de clase "la percepción es una capacidad aprendida vinculada con su ubicación e identidad socio-económica y cultural... de modo que los sectores populares acuden al centro de salud en los últimos momentos". Esto también fue constatado en estudios de trabajadores adultos (Biagini, 2002, p.6). Por esa razón es difícil obtener datos de un resgistro hospitalario, pues la morbilidad real dista mucho de la diagnostica por el médico

Conclusiones

El objetivo del estudio fue ilustrar acerca de la estrecha asociación entre desigualdades de recursos y existenciales y las asimetrías vitales en la provincia de Corrientes (nordeste argentino) en la unidad temporal 2001-2014.

Del análisis de indicadores económicos se ha comprobado que con el avance de la globalización, las enormes desigualdades regionales se han acentuado y perjudican a las provincias del NEA y a Corrientes, las cuales poseen enormes problemas de empleo de los adultos e “incertidumbre del futuro”, así como infantilización de la pobreza; lo cual crea condiciones para el origen del trabajo infantil como estrategia familiar de sobrevivencia. Mientras el 12% de la población del país es pobre, la cifra de los niños asciende al 21,6%.

Estos deterioros en las desigualdades socio-territoriales y aumento de la brecha social ha tenido clara repercusión en el crecimiento de enfermedades ligadas a la pobreza, y emergentes y re-emergentes como la sífilis, el dengue, la fiebre amarilla y la leishmaniasis; entre otras.

En cuanto al análisis de indicadores tradicionales de la salud materno infantil también se verifican datos altamente preocupantes, pues se ve el aumento del embarazo adolescente, las altas tasas de mortalidad infantil, mostrando en clara desventaja a las regiones del NEA y NOA.

Se comprueba además que el hecho se agrava a causa de la hegemonía de concepciones y prácticas en salud biológicas solamente centradas en la punta del iceberg de la enfermedad señalado por Scambler hace casi tres décadas. Se comprueba la persistencia de una visión de salud infantil centrada en los indicadores de TMI, que limita el abordaje de las patologías sociales como la explotación infantil (trabajo infantil urbano o rural), los aspectos culturales y simbólicos y las dimensiones estructurales de la pobreza (concentración de la renta, precarización, desempleo/subempleo).

De modo que los desafíos son numerosos e involucran a diferentes actores médicos, sociales y políticos, a nivel local y nacional. De allí que los resultados de este paper pretenden contribuir al debate, a fin de incentivar al diseño de nuevas líneas de investigación.

Referencias

Abalerón, A. (2014). Impacto de la crisis financiera global (CFG) sobre las desigualdades socio-espaciales de Argentina, Brasil, Colombia y México, ponencia del *XIII Seminario Internacional RIII Y VI Taller de Editores RIER*, Salvador de Bahía, Bahía, Brasil, 01/09-04/09/2014.

Abeldaño R.S, López & otros. (2014, junio). Análisis de los indicadores de salud infantil en Argentina en relación a los objetivos del desarrollo del milenio trazados por Naciones Unidas. *Revista de Salud Pública*, XVIII (2), 19-28.

Bauman, Z., & Donskis, L. (2014). *Cegueira Moral, A Perda da Sensibilidade na Modernidade Líquida*. Brasil: Editorial Zahar.

Beck, U. (1988). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*, 2da edición. Barcelona: Paidós.

Castells, M. (2009). *The rise of the network society*. Oxford: Blackweil Publishers Ltd.; 1996, En: GRANDA, Edmundo (Ed.) *La salud y la vida*, 2 (pp. 251). Ecuador: Imprenta Nuevo Arte.

CIPPEC. (2015, noviembre). Diagnóstico de la primera infancia en la Argentina, Documento de trabajo 142, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento.

Cingolani, L. (2010). El estado líquido: discusiones sobre la volatilidad de las políticas públicas y evidencias de Argentina y Brasil (1995-2006). *América Latina Hoy: revista de ciencias sociales*, 54, 43-68.

Kessler, G. (2011, diciembre). Exclusión social y desigualdad ¿nociones útiles para pensar la estructura social argentina? *Labvatorio*, (24), 1-15.

IDESA. (2012, febrero). 4 de cada 10 que abandonan la escuela tuvieron una madre joven, *Informe Nacional*, 429, 1-2. Recuperado de <http://www.idesa.org/informes/465> .

IDESA. (2016, septiembre). La pobreza es del 32,2% de la población urbana, Sección Novedades, *Instituto para el Desarrollo Social Argentino*. Recuperado de <http://www.idesa.org/novedades/1500>

Lena, N & otros. (2007). Atención primaria de la salud: realidad socio-sanitaria, *Boletín científico, suplemento del diario del Mundo hospitalario*, Asociación de médicos municipales de la ciudad de Buenos Aires, 12 (54), 10-11.

Leiras, M; Abal Medina (H.), J., & D' Alessandro, M. (2005). La ciencia política en Argentina: el camino de la institucionalización dentro y fuera de las aulas universitarias. *Revista ciencia política* 25 (1), 76-91.

Lindemboim, J. (2015). Empleo, pobreza, distribución del ingreso: ¿que poco sabemos! *Revista Lavboratorio*, 15 (26) 29-38.

OIT. (2009, septiembre). *Impacto de la crisis económica mundial en el trabajo infantil en América Latina y recomendaciones para su mitigación*, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Recuperado de:
http://cooperacionycrisis.com/documentacion/Trabajo%20infantil/infancia%20y%20crisis/cris_y_ti_al_final.pdf

Ortiz, Z. (2005). Las enfermedades de la pobreza desde la epidemiología, Médicos HOY, *Revista de la Confederación Medica de la República Argentina*. Número Especial, Academia Nacional de Medicina/CEDES.

Pires Muniz, A. (2008). O trabalho infantil vale a pena? Um levantamento dos argumentos a favor e contra o trabalho infantil. *Rev. Ed. Popular*, 7, 64-79.

PROMENINO .(2015). Pela primeira vez em uma década os indicadores de trabalho infantil crescem no Brasil, *Fundação Telefônica*, Recuperado de
<http://www.promenino.org.br/noticias/notas/pela-primeira-vez-em-uma-decada-os-indicadores-de-trabalho-infantil-crescem-no-brasil> .

Ringold D., & R. Rofman (2008). *Argentina: políticas de transferencia de ingresos hacia el Bicentenario, Los programas sociales en Argentina hacia el Bicentenario: visiones y perspectivas (pp.25-47)*, compilado por Guillermo Cruces... [et.al.]. 1a ed. Buenos Aires: Banco Mundial.

Sacamber G., & Sacamber, A. (1990). La enfermedad “iceberg” y algunos aspectos de la conducta en el consultorio. En R. Fitzpatrick et al.(Eds) *La enfermedad como experiencia* (pp.42-55). México: Fondo de Cultura Económica.

Silva, M. (2016). Investigaciones sociales y prácticas en salud: el caso del trabajo infantil rural, Presentado en XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población: Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, 03/08 al 05/08/2016.

Silva, M. (2015). Los derechos humanos y la dignidad en el caso del Trabajo Infantil en Argentina y Brasil. *Cadernos do CEAS*, 235, 207-238. El Salvador.

Silva, M. (2012). *Trabajo infantil en la ciudad de Corrientes: Aspectos macro y micro sociales* (Tesis doctoral), Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Silva, M. (2003). Globalización y gestión de los riesgos del trabajo en el MERCOSUR. *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)* 8(22), 181-216.

Soldano D., & Andrenacci, L. (2006). Aproximación a las teorías de la política social desde el caso argentino. En Andrenacci L. (Ed) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: UNGS-Prometeo.

Therborn, G. (2015). *Los campos de exterminio de la desigualdad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Ulanowicz, M. G., & otros. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente, *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina /UNNE*, 153, 14.

Villanova, N. (2015). ¿Cuántos desocupados hay?. *El Aromo*, 85, 31. Recuperado de https://issuu.com/elaromo/docs/el_aromo_85 .