

Universidad Nacional de Tucumán

Facultad de Filosofía y Letras

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN
CIENCIAS SOCIALES
(ORIENTACIÓN GEOGRAFÍA)**

**Los cambios en la distribución espacial de la pobreza en el territorio
del Norte Grande Argentino durante la década de 1990. Una
aproximación al proceso a partir de la mortalidad infantil.**

TESISTA: Hugo Fernando Longhi

Director: Alfredo S. C. Bolsi

Diciembre de 2009

*A mamá,
por enseñarme, ante todo,
que el amor es compromiso, empeño
y es acción...*

Agradecimientos

Nombrar a todas las personas e instituciones que apoyaron el resultado que hoy presento es una tarea inacabable. No obstante, deseo hacer explícito mi agradecimiento (aun con el riesgo de olvidar) a aquellos que posibilitaron concretar el trabajo que hoy estoy presentando.

En primer lugar agradezco al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas y a la Universidad Nacional de Tucumán. El primero financió las investigaciones que hicieron posible la realización de esta tesis, la segunda brindó los recursos materiales y humanos que me permitieron acceder a mi título de grado y, a partir de allí, realizar el postgrado.

Un párrafo especial de los agradecimientos lo merece el Dr. Alfredo Bolsi, director de esta tesis, quien con lectura aguda e inteligente supo guiarme y orientarme en la investigación. Mi ingreso al mundo de la ciencia como así también las habilidades adquiridas durante el proceso que duró la misma son parte de su obra. Junto al perfil de excelencia científica que hallé en él deseo agradecer también la sencillez humana que lo caracteriza. Trabajar con él es un verdadero privilegio que la vida me otorga.

Deseo agradecer también la colaboración constante, ayuda y estímulo brindada por los Dres. Pablo Paolasso, Patricia Ortiz de D'Arerio, Norma Meichtry, Rodolfo Bertoncello y al Ing. Horacio Madariaga, inestimable amigo que me brindara todos sus conocimientos y habilidades con el objetivo de resolver los principales problemas cartográficos e informáticos que fueron surgiendo a lo largo de la investigación. Demás está decir que los errores que el lector pueda encontrar en el texto son totalmente atribuibles a mi persona.

Mis gracias se hacen extensivas a los amigos y compañeros de las instituciones donde llevé a cabo la investigación: el Instituto de Estudios Geográficos Dr. Guillermo Rohmeder (UNT) y el Instituto Superior de Estudios Sociales (ISES / CONICET). Del IEG agradezco la presencia y estímulo de Viviana, Julieta, Adriana, Silvana, Alicia, Mercedes, Claudia y Javier. Del ISES deseo agradecer el constante apoyo de Matu, Ariel, Julieta, Ale, Luis, Cynthia, Romi, Lucía, Raquel y Francisco.

Un párrafo personal de los agradecimientos va dirigido a mis grandes amigos del Grupo Scout, aquellos conocidos y reconocidos ya en la infancia: Ricardo, Eduardo, Gerardo, Silvina, Javier, Mario, Patricio, Noelia, Raúl, Facundo, Vanesa, Gonzalo, Sergio, Mariano, Rody, Francisco, Juan Carlos, Guillermo, Fede, Cacho, David, Estela, Adrián, Mariana, Leo, Gusti, Fon, Ceci, Marcelo, Macky, Mica, entre muchos otros más.

Finalmente el más cálido de los abrazos a mi familia: Hugo, Ana, Valeria, Luciana, Norma, Noemí, Amilcar, Elián y Milena; institución que supo contenerme y alentarme cuando todo parecía sucumbir. No tengo palabras para expresar cuanto los quiero.

Todos ellos me dieron más de lo que yo nunca pude ofrecerles...

*“Participan del dolor de la tierra sin saberlo.
La vida es dura, pero ellos lo ignoran porque no conocen otra.
Quizá son felices.”*

Jorge W. Ábalos (Shunko, 1966)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.

1.1	<i>Presentación del problema</i>	8
1.2	<i>El estudio de las relaciones pobreza mortalidad infantil</i>	12
1.2.1	<i>Pobreza estructural y mortalidad infantil.</i>	13
1.2.2	<i>Pobreza coyuntural y mortalidad infantil.</i>	15
1.3.3	<i>Evolución de la mortalidad infantil y pobreza</i>	17
1.3	<i>Objetivos</i>	19

2. POBREZA Y MORTALIDAD INFANTIL. UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA AL ESTUDIO DE SUS RELACIONES.

	<i>Precisiones conceptuales.</i>	21
	<i>Mortalidad infantil</i>	15
	<i>Etiología de la mortalidad infantil</i>	24
	<i>Medición de la mortalidad infantil</i>	26
	<i>Pobreza</i>	28
	<i>Pobreza y progreso</i>	33
	<i>Enfoques de pobreza</i>	34
	<i>Pobreza absoluta y miseria</i>	35
	<i>Medición de la pobreza</i>	38
	◦ <i>Necesidades básicas insatisfechas</i>	39
	◦ <i>Índice de pobreza compuesto</i>	42
	◦ <i>Índice de privación material de los hogares</i>	43
	◦ <i>Tasa de miseria de los hogares</i>	45
	<i>Pobreza y mortalidad infantil.</i>	48
	<i>Un esquema teórico que aproxima al estudio de las relaciones</i>	50
3. FUENTES Y METODOS		
	<i>Fuentes de información</i>	58

<i>Relaciones pobreza – mortalidad infantil</i>	65
<i>La exclusión de Santiago del Estero</i>	84
<i>Rumbo a la máxima correlación</i>	85

4. EL TERRITORIO DEL NORTE GRANDE ARGENTINO Y LOS CAMBIOS EN LA DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA POBREZA DURANTE LOS NOVENTA.

<i>Introducción.</i>	90
<i>Limitaciones metodológicas</i>	90
<i>Los principales resultados</i>	95
A. <i>La estabilidad de la distribución espacial de la pobreza.</i>	
B. <i>La máxima expansión espacial.</i>	
<i>El territorio del Norte Grande Argentino. Miseria persistente y aumento de la concentración en 2001.</i>	97
<i>Mortalidad infantil en descenso y constante sobremortalidad.</i>	104
<i>Asociaciones entre áreas de ingreso y egreso de la pobreza con la estructura epidemiológica de la población infantil.</i>	107
<i>Primer pasaje</i>	108
<i>Segundo pasaje</i>	109
<i>Tercer pasaje</i>	110
<i>Cuarto pasaje</i>	111
<i>Consideraciones finales</i>	113
<i>Anexo metodológico y cartográfico.</i>	89

5. LOS NÚCLEOS DUROS DE MISERIA DEL NORTE GRANDE ARGENTINO. CAMBIOS TERRITORIALES, MORTALIDAD INFANTIL Y PERFIL EPIDEMIOLOGICO DURANTE LOS NOVENTA.

<i>Introducción.</i>	124
<i>Los núcleos duros de la miseria regional.</i>	125
A. <i>Variaciones en los núcleos de miseria entre 1991 y 2001.</i>	135
B. <i>Algunos cambios territoriales en las áreas de crecimiento y decrecimiento de la miseria.</i>	136
B.1. <i>El campesinado santiaguense.</i>	137
B.2. <i>El Chaco campesino – aborígen.</i>	149

<i>B.3. Campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA.</i>	155
<i>C. Mortalidad infantil y perfil epidemiológico en los núcleos duros de miseria del NGA durante los noventa.</i>	161
<i>C.1. La respuesta social organizada.</i>	176
<i>5.3 Comentarios finales.</i>	179
6. CONSIDERACIONES FINALES	182
7. ANEXO ESTADÍSTICO	187
8. ANEXO CARTOGRÁFICO	195
9. BIBLIOGRAFÍA	204

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.

1.1 Presentación del problema

El estudio de la pobreza ha sido abordado en numerosos trabajos procedentes de distintas disciplinas. Así, desde la economía se desarrollaron principalmente métodos econométricos para la medición de la pobreza; desde la sociología y la antropología se profundizó en la conceptualización del fenómeno y en el estudio de las estrategias de supervivencia de las familias pobres; desde la epidemiología se estudió el impacto que en la salud generan determinadas condiciones de vida precaria, etc. No obstante, el problema del análisis de la evolución en la distribución espacial de la pobreza no ha tenido un interés principal¹.

El análisis de la medición y de la distribución espacial de la pobreza en Argentina ha sido relevado en los Censos Nacionales a partir del año 1980. Con esta información es posible realizar mapas de pobreza con una alta capacidad de desagregación geográfica, alcanzando en este caso la unidad espacial mínima, es decir el radio censal, sin llegar con ello a violar la disposición del secreto estadístico. Sin embargo, estas “fotografías” de la pobreza tienen una amplia distancia temporal que se limita solamente a los años de realización de Censos Nacionales, es decir cada diez años. El mapa 1 exhibe en este sentido la distribución espacial de la pobreza -medida por el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas- en 1991 y 2001 a nivel departamental.

Durante el siglo XX Argentina ha sido afectada por continuas crisis. A la crisis del Estado de Bienestar de los años '80 le continuó la irrupción a partir de la década del '90

¹ El problema de la distribución espacial ha ocupado un lugar primordial dentro de los estudios geográficos. Un geógrafo clásico como Carl Sauer sostiene que “*la ubicación de los fenómenos en el espacio expresa el problema geográfico central de la distribución, y nos lleva a preguntar acerca del significado de la presencia o ausencia, agrupamiento o dispersión de cualquier cosa o grupos de cosas en lo que respecta a extensión de área. En el sentido más estricto, el método geográfico se ocupa de examinar la localización sobre la Tierra de cualquier fenómeno. Los alemanes han llamado a esto el standortsproblem -el problema de la posición terrestre- y representa la expresión más general y más abstracta de nuestra tarea*”. (Sauer, 1941: 4). En este sentido, podemos afirmar que no es posible estudiar fenómeno social alguno sin considerar su distribución espacial. Afirman en este sentido Tissot y Poupeau (2005) que la cuestión de la pobreza no puede ya ser dicha, descripta y discutida de otro modo que no sea en un registro espacial y con la ayuda de categorías territoriales.

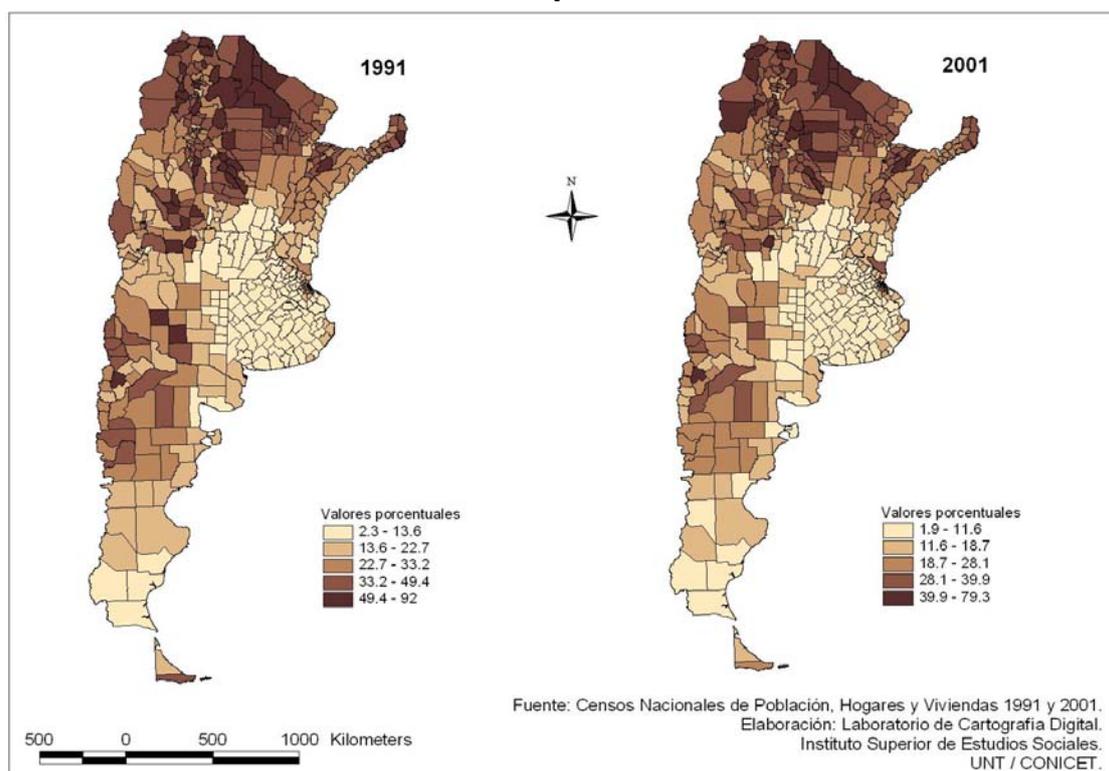
del neoliberalismo². Este modelo, si bien reconoce algunos antecedentes ya en la década del '70 con la política económica del Ministro Martínez de Hoz, fue a partir de los '90 cuando fue plenamente implementado en nuestro país. Las principales características del modelo eran la reorganización del sistema financiero, la precarización del trabajo, la privatización de las empresas y la liberalización de los mercados. Este modelo, motivado en su implementación por instituciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, intensificó la desigualdad (Gudynas y Villalba Medero, 2006). Un concepto clave que acompañó esta desigualdad fue el del crecimiento económico, entendido como proceso de expansión económica, el cual sería el motor que aseguraría el “desarrollo” del país y permitiría aliviar la pobreza³. El efecto “derrame” en el que redundaría un crecimiento económico sin igual nunca llegó a los sectores más carenciados⁴, limitándose solo a un “goteo” e intensificando como nunca antes el crecimiento desmesurado de los llamados “nuevos pobres” (Minujín y Kessler, 1995), y volviendo a los “viejos pobres” o pobres estructurales más pobres aún (Minujín, 1997).

² Plantea Bustelo (1997) las limitaciones durante los '80 del Estado de Bienestar para dar solución a los principales problemas sociales, entre ellos la pobreza, pasando de la crisis de este a la producción del “Estado de malestar”. Entre las características de este cita la conformación de una sociedad mas dual, donde los estratos medios tienden a desvanecerse, el congelamiento de las perspectivas de movilidad social ascendente, y una caída generalizada de las expectativas relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida.

³ Plantean Salama y Valier (1996) que la pobreza tiene mas que ver con cuestiones de distribución que con carencias de recursos; sostienen que es más sensato pensar que una mejor distribución mejoraría la trayectoria de crecimiento económico, que confiar en la relación inversa.

⁴ Véase Bustelo (1997), Borón (2000; 2004); Neffa,(2005); y Feliz (2005).

Mapa 1. República Argentina. Porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. 1991 y 2001.



Este modelo llevó consigo, implícita o explícitamente, no solo consecuencias que se manifiestan en el plano económico, sino también en lo político, social y territorial⁵. En este sentido, las decisiones que se tomaron crearon condiciones de inestabilidad, corrupción, aumento de la desocupación y concentración de la riqueza.

Estos aspectos tendrían una reconocida incidencia en la evolución de la pobreza en el Norte Grande Argentino (NGA)⁶, el área más carente del país según distintas variables sociodemográficas. En este sentido, la tabla 1 exhibe la magnitud de las carencias del NGA respecto al total del país en 2001 en algunos indicadores básicos como viviendas deficitarias, inasistencia escolar, hacinamiento, conexión a servicios básicos (agua potable, red de cloacas, etc.), y analfabetismo.

El principal problema a resolver en este trabajo se refiere a la posibilidad de detectar la evolución de la distribución espacial de la pobreza en el Norte Grande Argentino durante la década del '90 analizando los cambios espaciales más importantes. La

⁵ Con respecto a esta última característica, Gudynas (2005) plantea que el Estado-Nación, bajo el orden neoliberal, no puede controlar todo su territorio, concentrándose en los sitios vinculados a la economía global. El Norte Grande Argentino se convirtió así en un territorio fragmentado y relegado del crecimiento económico experimentado por el país durante los noventa. Sin embargo esta condición de marginalidad del NGA no solo se limita a la última década, sino que fue una característica persistente, como lo demuestran Bolsi et al. (2007), al menos durante todo el siglo XX.

⁶ Integrado por las cinco provincias del Noroeste (Tucumán, Jujuy, Salta, Catamarca y Santiago del Estero) y las cuatro provincias del Nordeste (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones).

principal fuente de datos para analizar la distribución espacial de la pobreza es, como se mencionara, el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, el cual posee la información necesaria tanto a principios como a fines de la década (1991 y 2001).

Tabla 1: Norte Grande Argentino (NGA) y República Argentina. Indicadores básicos. (2001).

	NGA	Argentina
Porcentaje de personas que no saben leer ni escribir	19.7	14.0
Porcentaje de hogares con inodoro sin descarga de agua o sin inodoro.	37.3	16.8
Hacinamiento	9.3	4.7
Porcentaje de hogares con tenencia de agua fuera del terreno	10.4	3.3
Porcentaje de viviendas deficitarias	5.0	4.0
Porcentaje de hogares con pisos predominantes de tierra o ladrillo suelto	14.8	4.0
Porcentaje de hogares con ausencia de servicios de cloacas.	58.6	43.8

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.
Elaboración propia.

No obstante, para detectar como evolucionó tal distribución en el lapso intercensal será necesaria la elección de un indicador sociodemográfico de génesis continua asociado a la pobreza, que permita una aproximación a los cambios en su distribución espacial. En este sentido, conocida la inercia que tienen las condiciones sociales sobre la muerte infantil, se procuró encontrar aquella manifestación de la mortalidad infantil que presente una mayor asociación con el fenómeno de la pobreza. De esta manera, se intentó construir un indicador indirecto aproximado que pueda ser aplicado para conocer los cambios en la distribución espacial de la pobreza en el territorio del Norte Grande Argentino a medida que se fortalecían las políticas neoliberales en el país. Las mayores correlaciones entre pobreza y mortalidad infantil podrían contribuir al conocimiento de tal evolución, encontrando así las áreas más carentes del territorio y sus principales cambios espaciales.

De esta manera surgen los dos principales ejes de interrogantes que guían esta investigación. Por un lado se indagará sobre ¿qué tipo de relaciones conectan los fenómenos de la pobreza y la mortalidad infantil?, ¿qué características adquieren tales relaciones?, y ¿es posible concebir alguna de las manifestaciones de la mortalidad infantil como una medida de la pobreza? Por otro lado, suponiendo la existencia de tales relaciones, y siendo la mortalidad infantil una medida de la pobreza, se procurará responder: ¿hubo cambios en la distribución espacial de la pobreza en el NGA durante los '90?, ¿dónde creció el fenómeno y dónde disminuyó?, como también ¿cual fue la magnitud del cambio?, ¿a cuántos hogares involucró el aumento o el descenso de la pobreza?, ¿cuál fue el momento de mayor expansión espacial de la pobreza?, ¿qué

asociaciones pueden establecerse entre las áreas de crecimiento/decrecimiento y los principales grupos de causas de muerte infantil?, ¿qué características asume la mortalidad infantil en los núcleos más carentes del territorio?, ¿qué procesos territoriales se asociaron con las variaciones de la pobreza en tales núcleos?. Estos ejes interrogatorios orientaron la búsqueda de respuestas en la presente investigación.

1.2 El estudio de las relaciones pobreza – mortalidad infantil.

Las relaciones entre la pobreza y la mortalidad infantil no han sido profundamente estudiadas en el ámbito científico, no obstante existen evidencias importantes sobre la existencia de una relación directa entre ambos fenómenos. En este sentido, el presente apartado procederá a un análisis crítico de la producción de los autores que estudiaron tal relación, tratando de descubrir el tipo de asociaciones que encuentran, y a la vez, las ventajas y limitaciones halladas en los mencionados estudios.

En la revisión bibliográfica que realizada se observa -como se mencionara- que el tema ha sido poco explorado en la bibliografía local; no obstante en la literatura latinoamericana existen numerosos trabajos sobre la temática. Respecto a esto Almeida-Filho (1999) señala las siguientes limitaciones de los estudios latinoamericanos respecto a las desigualdades en salud según condiciones de vida:

- Contienen poca información empírica que pueda orientar las intervenciones.
- Abarcan franjas de edad limitadas y hay una falta de estudios sobre salud de la población adulta en particular.
- Presentan problemas de diseño, análisis y calidad de los datos.

En el contexto local solo un trabajo estudió tal relación en el Norte Grande Argentino durante la década del '90. Tal estudio pertenece a Madariaga, Ortiz de D'Arterio y Longhi (2004), quienes analizaron la distribución espacial de la pobreza en el Norte Grande Argentino en el año 1991 usando el Índice de Pobreza Compuesto, un indicador que procura superar las limitaciones del método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Este índice clasificó los departamentos según las características que asume la pobreza, y estos tipos fueron correlacionados independientemente con la mortalidad infantil. Mediante esta última variable, se detectó la evolución en la distribución espacial de la pobreza durante la década del '90 en la región.

Este trabajo constituye un punto de partida para profundizar el estudio del fenómeno en el territorio, al realizar una aproximación general a la evolución en la distribución espacial de la pobreza, dejando sin desarrollar aspectos teóricos y metodológicos de

importancia. Asimismo, existe un conjunto de trabajos surgidos del proyecto de investigación *Pobreza y territorio en el Norte Grande Argentino* los cuales ponen de manifiesto cuales han sido los caracteres de la territorialización del NGA, y sirve como punto de partida para comprender la conformación y persistencia del área más pobre del país⁷.

No obstante la escasez de estudios sobre la temática en la región, existen algunos trabajos que procuraron acercamientos al estudio de las relaciones entre los fenómenos de la pobreza y la mortalidad infantil, los cuales son aportes que no pueden soslayarse. Entre estos se pueden diferenciar al menos tres grupos: un primer conjunto de trabajos que procura estudiar las relaciones entre la pobreza estructural y la mortalidad infantil; un segundo grupo estudia la relación existente entre la pobreza coyuntural y la mortalidad infantil; y por último, un tercer grupo que, a través del análisis y estudio de la evolución de la mortalidad infantil, encuentra relaciones con los niveles de pobreza.

1.2.1 Pobreza estructural y mortalidad infantil

Dentro de los autores incluidos en el primer grupo se encontraron trabajos que hallaron una relación importante entre pobreza y mortalidad infantil y otros que tuvieron que redefinir el concepto de pobreza de modo que la asociación alcance un mayor sustento. Entre los primeros cabe destacarse el trabajo de Álvarez (2000) quien aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para relacionar la Tasa de mortalidad postneonatal de Argentina en 1991 con el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (1991), encontrando un coeficiente igual a 0.8513, el cual evidencia una marcada asociación.

No obstante Behm Rosas (1962), Spinelli et al. (2000) y Trifiró (2001), afirmando la existencia de una interrelación manifiesta entre ambos fenómenos, no encontraron una medida de la pobreza que mantuviese una relación directa con la mortalidad infantil, es por eso que relacionaron tal variable sociodemográfica con las *condiciones de vida* o *nivel de vida* según el caso. Estos conceptos abarcan aspectos no considerados por la pobreza, y desde este ángulo las relaciones con la mortalidad infantil alcanzan mayor sustento. También es destacable el trabajo de Hommes y Soto (1999), quienes afirman la existencia de una relación inversa entre la tasa de mortalidad infantil y el desarrollo

⁷ Se destacan los trabajos de Bolsi (2004), Bolsi y Meichtry (2006), Bolsi, Paolasso y Longhi (2006), Bolsi (2007) y Bolsi y Paolasso (2009).

socioeconómico de un país, hallando en esta tasa un buen indicador del bienestar socioeconómico.

Trifiró (2001) destaca que la pobreza estructural y el medio ambiente en el que viven las personas, entendido este último en relación a las condiciones físicas del área, tiene directa influencia sobre la salud e interviene en los niveles de mortalidad infantil. Sin embargo, al relacionar las tasas de mortalidad infantil con el porcentaje de población con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) en los departamentos de la provincia de Mendoza reconoce que no hay una correspondencia directa entre ambos fenómenos, ya que la variedad de las situaciones observadas no puede ser explicada con la ecuación: mayor pobreza estructural - mayor mortalidad infantil, porque algunos ejemplos departamentales invalidan la misma. La autora reafirma la hipótesis de la asociación entre mortalidad infantil y, en sentido más amplio que la pobreza por NBI, asocia mortalidad infantil con las condiciones socioeconómicas, demográficas y sanitarias del hogar; y mediante el “enfoque ecológico”⁸ combina mortalidad infantil con “datos agregados y colectivos” como el acceso a servicios, características de las viviendas, hacinamiento, cualidades del jefe de hogar, índice de dependencia, índice de masculinidad, tasa de fecundidad, alfabetización, cobertura de salud, necesidades básicas insatisfechas, entre otras. En esta instancia la relación calculada obtuvo mejores resultados.

Behm Rosas (1962) considera que el nivel de vida de una población y la atención médica están estrechamente relacionados con el proceso de enfermedad y muerte en menores de un año⁹. Realiza pruebas empíricas en Chile donde demuestra la excesiva sobremortalidad infantil de la clase obrera (de malas condiciones de vida) con respecto a la clase no obrera; dicho valor llega al 88%. Del mismo modo, también Spinelli et al. (2001) encuentran idéntica relación entre las condiciones de vida y los niveles de mortalidad infantil. Ambos autores definen a las condiciones de vida como el conjunto de determinantes socioeconómicos fuertemente inerciales que imponen serias restricciones al éxito de cualquier gestión en materia de salud. Estas condiciones de vida tendrían, desde su marco conceptual, una relación importante con la pobreza estructural.

⁸ Tal enfoque consiste en profundizar el estudio sobre las relaciones entre la mortalidad infantil y las características sociodemográficas y geográficas de los departamentos (Trifiró, op cit.).

⁹ Al referirse al nivel de vida Armijo Rojas (1978) señalaba que tal nivel es una abstracción que pretende sintetizar en una expresión ecológica todas las variables físicas, biológicas, socioeconómicas, demográficas y culturales que operan en constante interacción con el hombre. Manifiesta también que un componente importante del nivel de vida es el nivel de salud, y dentro de este, la mortalidad infantil ocupa un lugar importante.

El aporte más valioso que realizan es el de plantear los modos de vida como condicionantes contextuales de la sobrevivencia infantil: puntualizan por un lado una estructura económica y social y por otro algunos condicionantes que influyen en la salud/enfermedad a través del hogar.

También Cervantes Carson (1989) y Fantín (2007) plantean algo similar a estos últimos al manifestar las estrechas relaciones entre el nivel socioeconómico alcanzado, la calidad de vida, y las posibilidades de contraer determinadas enfermedades propias de determinado nivel de desarrollo. Plantean en este sentido que los niños son los más vulnerables a morir a medida que disminuye tal nivel de desarrollo, por lo cual validan el uso de la mortalidad infantil como un indicador sensible de los niveles de desarrollo social y económico.

Por último, Ramírez (1995) relaciona el impacto de los factores ambientales sobre la mortalidad infantil, con especial énfasis en el tramo de edad postneonatal. Si bien reconoce limitaciones para definir “factores ambientales” entiende tal concepto como las características del entorno donde el niño vive, considerando tres aspectos cruciales: vivienda, educación y salud. Se observa que, aunque no remita al concepto de pobreza estructural, implícitamente hace alusión a ella. En este sentido, aplica el coeficiente de correlación de Spearman y encuentra una relación importante tanto entre los factores ambientales y la mortalidad infantil, como entre factores ambientales y mortalidad postneonatal. Asimismo relacionó las principales causas de muerte de mortalidad postneonatal y los factores/indicadores seleccionados correlacionando las muertes postneonatales por diarrea, desnutrición y neumonía/bronconeumonía con tales factores, encontrando una relación más importante aun. De esta manera, ayudó a engrosar los antecedentes sobre el estudio de la pobreza estructural y la mortalidad infantil.

1.2.2 Pobreza coyuntural y mortalidad infantil.

En un segundo grupo se encuentran autores que focalizaron su estudio en la relación entre la pobreza coyuntural (medida a través del ingreso del hogar) y la mortalidad infantil. En sus estudios manifestaron la escasa o nula influencia de las crisis coyunturales sobre la mortalidad infantil. No obstante, sostuvieron la existencia de marcadas asociaciones entre la pobreza estructural (la cual no responde solamente a crisis socioeconómicas coyunturales) y la mortalidad infantil. Entre estos se distinguen los siguientes estudios:

Romero y Landmann Szwarcwald (1991) realizan un estudio comparativo en América Latina sobre la influencia de las crisis económicas coyunturales en los eventos socio-demográficos, poniendo especial énfasis en la mortalidad infantil e intentan medir su impacto. Encuentran que la asociación entre renta y salud no es significativa. Esto queda evidenciado en la disminución de la tasa de mortalidad infantil aun en períodos de crisis económicas coyunturales, aunque descubren que el ritmo de descenso es menor. Con tal estudio demuestran que los patrones demográficos no están exentos a las fluctuaciones económicas¹⁰. En tal sentido Guzmán y Orellana (1987) encuentran que la coyuntura económica (que favorece la generación de “nuevos pobres”) puede no tener un efecto directo e inmediato en la mortalidad infantil si al momento en que este se produce ya existe un sistema de salud que privilegie la atención del niño y la madre y este sea mantenido. La pregunta que surge aquí sería ¿cómo se mantuvieron sanas las familias de bajos ingresos frente a la crisis económica?, McQuestion (2001) encuentra la respuesta a este interrogante en los “efectos de interacción social”, es decir, la influencia que generan los resultados de las decisiones tomadas por otras personas en el comportamiento de los individuos, siendo estas decisiones continuamente reevaluadas por los mismos, analizando costos y beneficios de elegir determinado comportamiento. McQuestion considera que estos efectos contribuyeron a evitar que recrudeciese la mortalidad en América Latina durante los ochenta mientras la población continuaba empobreciéndose.

En este sentido, también Hernández Bringas (2001) manifiesta que la relación crisis socioeconómica – aumento de la pobreza - mortalidad infantil no es tan simple como parece en virtud de los siguientes argumentos:

- Los niveles de mortalidad infantil en México han seguido su secular tendencia a disminuir, incluso en el contexto de crisis de los últimos años.
- Las posibles pérdidas de intensidad en la caída de la mortalidad infantil, en el caso de que se aceptara que estas ocurrieron, son esperables en todo proceso de transición, hecho no necesariamente atribuible al deterioro en las condiciones de

¹⁰ Respecto a esto también Hernández Bringas (1996; 2001) plantea que a las crisis acaecidas en los países latinoamericanos no le siguieron cambios importantes en la mortalidad infantil, aunque reconoce que puede haber una desaceleración de tendencias, así como efectos adversos en algunas sub poblaciones. En este sentido, Rodríguez Vignoli (2007) aplicó el coeficiente de correlación de Pearson en los países latinoamericanos para el periodo 1980-2005 y así procuró medir la asociación entre pobreza coyuntural y mortalidad infantil. El mencionado coeficiente fue igual a 0.136, evidenciando la nula asociación entre ambos fenómenos.

vida. Es decir, no existe una relación causal entre crisis socioeconómica y evolución de la mortalidad infantil.

- El deterioro en las condiciones de vida, especialmente en salud, no se traduce necesariamente en mayor mortalidad. Se dan procesos de supervivencia en condiciones precarias¹¹.

Relacionando igualmente salud infantil con crisis económicas y deterioro del ingreso Gershanik (1997) distingue la influencia del empobrecimiento, entendida como la situación de aquellos hogares que cayeron por debajo de la línea de pobreza, en la salud infantil. Reconoce que no todos aquellos que se empobrecen presentan empeoramiento en las condiciones de salud, y observa una dificultad en asignar identidad propia a la enfermedad de los empobrecidos; sin embargo, distingue una asociación de la mortalidad infantil con los pobres estructurales y no con los empobrecidos, ya que estos últimos presentan “mecanismos de ajuste”¹² para el cuidado de la salud de los niños.

1.2.3 Evolución de la mortalidad infantil y pobreza

Un tercer grupo de autores realizan estudios sobre la evolución de la mortalidad infantil, y a partir de tal evolución logran extraer algunas conclusiones respecto a su relación con la pobreza. Entre estos se encuentran los estudios de: Rodríguez Marquina (1899), Müller (1984), CELADE (1986), Ortiz de D’Arterio y Caillou (1997), Bolsi y Ortiz de D’Artero (2001a), y Bolsi y Ortiz de D’Artero (2001b). Todos encuentran una relación directa entre altas tasas de mortalidad infantil y concentración de hogares pobres. Entre estos, merecen singular interés los siguientes estudios:

Rodríguez Marquina (1899), uno de los antecedentes más antiguos sobre la temática, investigó sobre la mortalidad infantil en la provincia de Tucumán. Señaló como determinantes principales de la alta mortalidad infantil a la extrema pobreza, no solo en materia de ingresos sino de mobiliario, equipamiento e higiene de las viviendas, la violencia familiar, la mala alimentación de la madre y de sus hijos, la inasistencia médica, la ignorancia y la fe en el curandero y en la farmacopea doméstica (Rodríguez Marquina, op cit.). Este trabajo constituye un documento histórico único y sumamente relevante en cuanto a la relación estudiada. Este autor estudia el proceso salud-enfermedad-muerte en niños tucumanos según estratos socioeconómicos, distinguiendo

¹¹ Cfr. McQuestion (2001).

¹² Este concepto utilizado por Gershanik se refiere a las prácticas propias de las clases medias, las cuales tienen que ver fundamentalmente con el nivel educativo alcanzado. Estas habilidades (propias a los empobrecidos y no de los pobres estructurales), son las que influyen en el cuidado de la salud infantil.

la clase alta, media, artesanos y la clase baja. Al referirse a las características habitacionales de la clase pobre expone:

“El agua solo entra en el rancho para la alimentación; nunca para la higiene; aquella es escasa pues apenas dispone para sí, su esposo y sus hijos menores, de otra cosa, que de dos mal pesadas libras de carne de segunda o tercera clase, dos id de maíz y dos onzas de sal cada día. La cama redúcese a dos planchas de zinc (o una) algunas veces; otras, a un mal “catre de tientos” o unas bolsas llenas de paja, y una manta que lo mismo sirve para cubrirse en las heladas noches de invierno que en los lluviosos días de verano. Un mal cajón con visagras de cuero, una olla, un tarro de lata para hervir la ropa sucia, un mate con su correspondiente bombilla, una pava sin tapadera, tantas cucharas como miembros forman la familia y tantos cuchillos como varones estén en la edad de ostentarlo en la cintura, completan el mobiliario y el menaje de tan humilde vivienda” Rodríguez Marquina, op. cit. (Pp. 63-64).

Respecto a las características de la alimentación del niño manifiesta:

“Viene después de esto el sistema miserable de alimentación de las madres que no es posible presumir produzca leche abundante y de buena calidad, y como las criaturas lloran de hambre pronto principia a sustituirse aquella con caldo de mazamorra primero, con sopas de pan después, y no tardan en dar a niños que apenas tienen las señales de una próxima dentición un pedazo de carne asada que las muelas de sus propios padres reprudiarían”. Rodríguez Marquina, op. cit. (Pp. 65).

El niño pobre reside en un ambiente tóxico y vulnerable al contagio de enfermedades infectocontagiosas y propias de la situación de pobreza. Respecto a esto sostiene:

“Más crecidas ya las criaturas se las sienta en un pedazo de cuero o una bolsa, y allí pasan en compañía de los perros o de los gatos la mayor parte del día entre la podredumbre de sus propias deyecciones. (...) Ellas llevan a su boca las mayores inmundicias, ellas reciben en su rostro los lengüetazos del perro de la casa único que constantemente las acaricia; único que les desgasta a fuerza de lamer, la roña que se forma en los puntos salientes del desfigurado rostro; a ellas, en fin, cuando ya pueden arrastrarse, lánzase ávidas al agua que ha servido para lavar, y allí, con una sonrisa de ángeles permanecen sentaditas” Rodríguez Marquina, op. cit. (Pp. 66-67).

Este panorama brindado por Rodríguez Marquina permite dar cuenta de la asociación pobreza – mortalidad infantil, y de que manera una reducción de la mortalidad infantil estaría motivada sobretudo en un avance de la higiene y la alimentación, cuestiones estas vinculadas de manera sustancial a la pobreza.

Otros autores como Bolsi y Ortiz de D’Arterio (op cit.) analizan la relación que nos preocupa en las áreas azucareras argentinas durante el transcurso del siglo XX. Encuentran en la mortalidad infantil un “invalorable indicador sintético” que se acerca al conocimiento de la calidad de vida de una sociedad, y logran demostrar la incidencia de las políticas económico-sociales, mediante lo que ellos denominan la “ingeniería social”¹³ en la disminución de la mortalidad infantil en esas áreas azucareras.

Por último, otros autores, dentro del mismo grupo, profundizan el estudio de la relación de la mortalidad infantil con variables aisladas relacionadas a carencias de tipo

¹³ En el capítulo II se desarrolla con mayor profundidad este concepto.

estructural. Entre estos el CELADE (1986) realiza un estudio sobre la mortalidad infantil en Paraguay en el marco del programa IMIAL (Investigaciones sobre la mortalidad infantil en América Latina) y encuentra profundas relaciones entre los niveles de mortalidad infantil y variables como el lugar de residencia, la escolaridad de la madre, la ocupación del padre, el grado de analfabetismo, la calidad de la vivienda, la disponibilidad de agua potable y alcantarillado, el tipo de servicio sanitario, etc. Estas asociaciones fueron propicias en la medida que demostraron la profunda relación entre mortalidad infantil y las variables mencionadas.

Con lo visto hasta aquí, se pudo observar la presencia de autores que encuentran la existencia de relaciones entre pobreza y mortalidad infantil. Sin embargo, algunos enfoques profundizan más que otros y muestran de modo contundente tal relación, como es el caso de los estudios de Spinelli (op cit.), Trifiró (op cit.) y Bolsi y Ortiz de D'Arterio (op cit.). Estos destacan que, aunque la pobreza y la mortalidad infantil sean fenómenos distintos, existen factores comunes que inciden directamente sobre ambos.

Se observa que la totalidad de los autores reseñados sostienen la existencia de una fuerte asociación entre la mortalidad infantil y ciertos factores que habitualmente se asocian con la pobreza; sin embargo, los estudios realizados no satisfacen el análisis de la relación, y por consiguiente el de la distribución espacial. Por tal motivo se considera pertinente profundizar el estudio de las relaciones para llenar tal vacío. Se conjetura además que el uso de aquella manifestación de la mortalidad infantil que presente un mayor sesgo social que biológico sería acertado para ser usada como un indicador *proxy* para analizar los cambios en la distribución espacial de la pobreza.

1.3 Objetivos.

El objetivo general de este trabajo es conocer la distribución espacial de pobreza en el Norte Grande Argentino y detectar los cambios en tal distribución a lo largo de la década de 1990. Asimismo se pretende indagar sobre el o los períodos de máxima expansión de la pobreza y las áreas de crecimiento y retroceso del fenómeno. Como objetivos específicos se plantean:

- Estudiar la relación mortalidad infantil-pobreza a través del análisis teórico y metodológico asociado a ambos fenómenos.
- Indagar en las áreas más pobres del territorio las características que adquiere la pobreza. Asimismo se pretende conocer en tales áreas los cambios en la

- Realizar un aporte metodológico para la realización de mapas de pobreza usando datos de mortalidad infantil. En este sentido se pretende generar una herramienta con alto grado de proximidad a la pobreza que permita conocer la distribución espacial de la pobreza en años en que el fenómeno no era relevado aun por el sistema estadístico nacional.

CAPÍTULO II

POBREZA Y MORTALIDAD INFANTIL. UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA AL ESTUDIO DE SUS RELACIONES.

Buena parte de la bibliografía destaca los rasgos generales y particulares tanto de la pobreza como de la mortalidad infantil. Sin embargo, no son muchos los autores que establecen que tipo de asociaciones pueden existir entre ambos fenómenos.

Un primer apartado de este capítulo pretende una aproximación conceptual a los fenómenos de la mortalidad infantil y la pobreza. Respecto al primero de ellos se analizaron sus características esenciales, los factores que la determinan, los tipos de muerte infantil según la edad del fallecido y según la etiología del fallecimiento, y las tendencias que presenta este fenómeno.

Respecto a la pobreza se estudió las características que asume el fenómeno, las diferencias existentes en cuanto a su concepto y lo dificultoso que se torna el análisis de un fenómeno que pareciera -ante una primera impresión- no poseer demasiadas complejidades. Estas consideraciones previas fueron insoslayablemente necesarias para saber los alcances de cada tema o concepto.

Finalmente se definió o seleccionó, según el caso, un esquema teórico que explicita algunas aproximaciones de las repercusiones de la pobreza en el proceso salud-enfermedad-muerte de las personas a un año.

2.1. Precisiones conceptuales.

Siendo necesario ahondar sobre las interrelaciones entre la mortalidad infantil y la pobreza es pertinente la definición y caracterización de algunas manifestaciones relevantes a ambos fenómenos.

2.1.1 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil es un indicador de la mortalidad y del nivel socioeconómico de un área geográfica. La tasa de mortalidad infantil (TMI) relaciona las muertes infantiles con el total de nacidos vivos en un lapso determinado de tiempo y lo expresa cada mil nacidos vivos. Mide, por lo tanto, el riesgo de muerte para niños menores de un año.

La mortalidad infantil constituye una temática compleja donde los procesos de salud-enfermedad-muerte se presentan como fenómenos biológicos en un contexto social¹⁴. Para estimar el nivel y la tendencia de la mortalidad infantil se utiliza la tasa de mortalidad infantil, entendida como el cociente entre las defunciones de menores de un año de edad, correspondientes a cada año calendario, y el total de nacidos vivos del mismo año. Esta medida indica en forma aproximada el riesgo que tiene un nacido vivo de morir durante el primer año de vida y se expresa habitualmente cada mil nacidos vivos.

Desde la perspectiva de la edad del fallecido, la mortalidad de los menores de un año se distingue entre mortalidad neonatal (defunciones ocurridas en el transcurso de los primeros 27 días de vida) y mortalidad postneonatal (defunciones acaecidas a partir del 28° día de vida y antes del año de edad). La importancia de su separación reside en la diferente composición de causas que determinan la muerte del niño en cada uno de estos tramos de edades.

La tasa de mortalidad neonatal (TMN) en un año t es igual al cociente entre las defunciones de los menores a 28 días de vida y el total de nacidos vivos del mismo año expresado por cada mil nacidos vivos. Esta tasa está fuertemente afectada por defectos e inexactitudes, producto fundamentalmente de imprecisiones en la consideración del nacido muerto y a errores y omisiones en la declaración y registro de nacimientos y decesos, lo que produce, de modo pronunciado en países subdesarrollados, tasas inferiores a los valores reales. En este primer tramo de edad los factores biológicos y genéticos cobran el mayor protagonismo en el perfil etiológico de la mortalidad.

La tasa de mortalidad postneonatal (TMP) es igual al cociente entre las defunciones ocurridas a partir del 28° día de vida y el año de edad, y el total de nacidos vivos. La mortalidad postneonatal presenta un menor subregistro que la TMN, puesto que la declaración de muerte del niño presenta mayor posibilidad de ser declarada y no omitida ni confundida con el nacido muerto. A diferencia del anterior, en este tramo de edad el componente socioeconómico de las muertes adquiere mayor proporción.

Existe también otra tipología en el estudio de la mortalidad infantil y es la mortalidad perinatal, la cual estudia el proceso del fallecimiento en torno al nacimiento. En consecuencia, se entiende como tasa de mortalidad perinatal en un año t , el número de

¹⁴ El concepto de salud ha gravitado entre dos extremos: desde la ausencia de enfermedad al completo estado de bienestar físico, mental y social. Según Tigre (1993) tener salud es sentirse bien, es tener la capacidad de hacer frente a las adversidades de la vida; así entendida la salud es parte de nuestra vida diaria y una dimensión esencial de nuestra calidad de vida.

nacidos muertos, defunciones al nacer y antes de los siete días de vida, por cada mil nacidos (vivos y muertos) de ese mismo año. (Gómez Redondo, 1992).

Existe pues una relación evidente entre la mortalidad neonatal y postneonatal con la mortalidad infantil en general: a una menor tasa de mortalidad infantil corresponde una mayor proporción de muertes neonatales, o inversamente, a una mayor tasa de mortalidad infantil corresponde mayor proporción de muertes postneonatales.

Dos paradigmas han definido el estudio de la mortalidad infantil: el biológico y el social. Spinelli et al. (2000) afirman que dentro del paradigma biológico o dominante los estudios relacionaron la mortalidad infantil con la edad materna, el intervalo intergenésico, número de hijos, orden de nacimiento, bajo peso al nacer, nivel de instrucción materno, ocupación del jefe de hogar, nivel de instrucción paterno, condiciones de la vivienda, acceso a los servicios de salud, etc. En tanto, los estudios de mortalidad infantil que incorporan lo social (paradigma no dominante) intentan operacionalizar distintas variables incluyendo clase social. Dentro de este grupo se encuentran los estudios sobre la pobreza, procesos migratorios, sus relaciones con la salud, y la relación entre crisis y salud (Spinelli et al., 2000).

En este sentido el estado de salud-enfermedad depende de numerosas variables en juego, que pueden agruparse según Armijo Rojas (1978) en tres elementos fundamentales:

- Agente causal
 - Microorganismos
 - Agentes físicos: calor, frío, electricidad, etc.
 - Agentes químicos: tóxicos, etc.
- Huésped: estado nutritivo, defensas orgánicas, edad, sexo, etc.
- Ambiente: temperatura, humedad, agua, alimentos, insectos vectores, condiciones económicas y socioculturales.

Los estudios sobre mortalidad infantil acuerdan en que el proceso salud-enfermedad está determinado por un conjunto de situaciones tanto biológicas (internas del ser humano), como sociales (dadas por el entorno en el que vive el ser humano)¹⁵. Mosley y Chen (1984) en sus estudios clásicos ofrecen un esquema integral de la muerte y la supervivencia infantil, concebida como un proceso que incorpora:

¹⁵ Cfr. Behm Rosas, 1992; Hernández Bringas, 1996; Díaz Yadira, 2003; y Spinelli, 2000.

- Determinantes macro estructurales de distintos niveles (individual, del hogar y de la comunidad): dentro de estos se analizan el nivel educativo de la madre, las tradiciones, normas y actitudes, relaciones de poder, ingreso, alimentación, política económica, sistemas de salud, etc.
- Determinantes próximos: factores de la maternidad y del patrón reproductivo, medio ambiente y contaminación, deficiencias nutricionales, lesiones y control personal de las enfermedades, etc.

2.1.1.1. Etiología de la mortalidad infantil

Dos grandes tipos de causas motivan la mortalidad infantil: endógenas y exógenas. El límite entre ambas no es del todo preciso, ya que en su estudio se tratan poblaciones humanas y no responden igual que los fenómenos de las ciencias exactas. En la determinación de la muerte confluyen factores biológicos y ambientales difíciles de aislar, sin embargo, es posible distinguir una mortalidad exógena, debida a causas socio-ambientales, y una mortalidad endógena, debida fundamentalmente a factores congénitos.

Son causas de muerte endógenas aquellas que derivan de malformaciones o debilidades congénitas, entre ellas la inmadurez (prematuros), traumatismos del parto, debilidad congénita y vicios de malformación, etc. La mortalidad infantil por causas endógenas se concentra principalmente en el primer mes de vida (periodo neonatal) y se considera que se debe a la impotencia de la sociedad en que se encuentra el fallecido para evitar el deceso, en relación siempre con el nivel del desarrollo médico alcanzado. El estudio de la mortalidad infantil endógena ha adquirido un interés creciente en la actualidad, debido a la importancia cuantitativa que adquiere ante la tendencia a la disminución que muestra la mortalidad infantil y, como consecuencia a ello, la mayor proporción de enfermedades y causas de muerte endógenas ocurridas.

El fenómeno de la mortalidad exógena se debe fundamentalmente al entorno social en que se produce la defunción, ya sea por negligencia o por ausencia de los medios necesarios para satisfacerla. Pueden señalarse como causas de muerte exógena las enfermedades epidémicas (sarampión, tos ferina, meningitis epidémica, tuberculosis, etc.); enfermedades del sistema nervioso (convulsiones, meningitis no epidémica, y afecciones del oído); afecciones del aparato respiratorio (bronquitis, bronconeumonía, pleuresía, etc.); y enfermedades del aparato digestivo (fundamentalmente diarrea infantil). Esta manifestación de la mortalidad es mucho más factible de controlar que la

mortalidad endógena; los países avanzados han disminuido en gran medida la mortalidad exógena y por eso han reducido drásticamente las tasas de mortalidad infantil. La CEPAL (2000) advierte que han ocurrido importantes cambios en el perfil epidemiológico de la población¹⁶, hubo un progresivo desplazamiento de la importancia relativa de las enfermedades contagiosas que tienen profunda incidencia sobre la mortalidad exógena hacia las enfermedades crónicas y degenerativas que afectan generalmente a los adultos¹⁷. Del mismo modo, en la mortalidad infantil ha ocurrido un cambio de la importancia de causas exógenas hacia una prevalencia de causas endógenas, producto también del avance médico y sanitario de la sociedad.

Tradicionalmente se distinguió a los fallecidos menores de un año en fallecidos endógenos (muertos en el primer mes de vida) y fallecidos exógenos (muertos en el período restante hasta el primer año de vida), siendo la tasa de mortalidad exógena más representativa del nivel sanitario que la clásica tasa de mortalidad infantil. Sin embargo hay dos cuestiones que insoslayablemente hay que destacar:

- Las causas exógenas intervienen tanto en la mortalidad neonatal como en la postneonatal. En el primer mes de vida actúan también las enfermedades infectocontagiosas contraídas después del nacimiento o bien las defunciones son producto de accidentes (lesiones traumáticas del niño).
- Asimismo, los avances médicos actuales en su afán de reducir la mortalidad neonatal lo que estarían produciendo en muchos casos sería un desplazamiento de las muertes de carácter endógeno hacia el periodo postneonatal. Guzmán y Orellana (1987) afirman que esto llevaría a que las muertes endógenas no se encuentren ya solamente localizadas al principio de la vida sino cada vez mas diseminadas a lo largo del primer año, contrariando de este modo la baja en la mortalidad postneonatal, antes dependiente casi completamente de la mortalidad exógena. Del mismo modo, el Programa Nacional de Estadísticas de Salud

¹⁶ Cuando hablamos de epidemiología, la entendemos en su acepción mas amplia, es decir como epidemiología sociocultural, la cual integra teorías y métodos desarrollados por las ciencias sociales para dar cuenta de los estado de salud poblacionales, de sus determinantes y de las respuestas sociales a los problemas de salud (Spinelli, op cit).

¹⁷ Este cambio en los causantes de muerte se conoce como teoría de la transición epidemiológica. Esta teoría trata sobre el cambio en los modelos de salud y enfermedad y sobre las interacciones entre esos modelos y sus determinantes demográficos, económicos y sociológicos y sus consecuencias. Se ha demostrado que las enfermedades degenerativas y las originadas por el mismo hombre (accidentes, por ejemplo) desplazan a las pandemias de infección como causas primeras de morbilidad y mortalidad; se sostiene, al mismo tiempo, que los cambios más profundos en los modelos de salud y enfermedad se producen entre los niños y las mujeres jóvenes. (Omram, 1971, citado por Bolsi y Ortiz de D'Arterio, 2001)

plantea que “muchos neonatos de alto riesgo (pretérmino, bajo peso, etc.) aun sobreviviendo al período neonatal, quedan con déficits para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente y fallecen durante el período postneonatal” (PNES, 1996: 23). En este mismo sentido Velázquez (1997: 15) plantea que “el estado de la medicina ha permitido actuar de manera decisiva sobre las afecciones endógenas, reduciendo sensiblemente las defunciones del primer mes, desplazando una parte de ellas a los seis primeros meses”

Como se observó anteriormente, las muertes endógenas presentan una tendencia, cada vez mayor, a estar diseminadas en todo el primer año de vida. Por lo tanto, sería entonces la tasa de mortalidad exógena la que mayor asociación presenta con el fenómeno de la pobreza.

Esta conjetura no está libre de discusiones, sin embargo, es indudable que un indicador como la mortalidad infantil nos acerca al conocimiento de la calidad de vida que manifiesta una sociedad; además nos aproxima, como lo plantean Bolsi y Ortiz de D'Arterio (2001) al grado de transformación económica, social y cultural de la sociedad, explicado también por la teoría de la transición epidemiológica, vinculada esta última con la teoría de la transición demográfica¹⁸.

2.1.1.2 Medición de la mortalidad infantil

Habitualmente los datos básicos para la medición de la mortalidad infantil (defunciones menores a un año y número de nacidos vivos) han sido registrados y suministrados por la oficina de Registro Civil de las Personas. Se supone que estos datos deben ser recolectados en forma ininterrumpida tratando de mantener la buena calidad y una amplia cobertura a nivel nacional. Estos requisitos, sin embargo, muchas veces no se cumplen en la práctica. Esto ocasiona ya un primer problema ante el estudio del fenómeno, debido fundamentalmente a la disponibilidad y la calidad de la información.

Tradicionalmente se ha definido el concepto de tasa como una medida de relación entre dos magnitudes a través del tiempo. La primera (el numerador) se refiere a la frecuencia con que un determinado evento se presenta durante un periodo dado; la segunda

¹⁸ Se entiende la transición demográfica como el proceso mediante el cual la población pasa de una situación de bajo crecimiento originado por elevadas tasas de natalidad y mortalidad, a otra donde también el crecimiento relativo es bajo pero debido a tasas de mortalidad y natalidad bajas. Entre ambas situaciones de bajo crecimiento, las poblaciones pasan por un período de crecimiento alto debido a que generalmente la tasa de mortalidad comienza a descender primero, para hacerlo más tarde la de natalidad. Mientras eso sucede la brecha entre ambas tasas es la causa de un gran crecimiento de la población. (Bolsi, 1993)

(correspondiente al denominador) establece la cantidad de personas que durante ese mismo periodo están o han estado sujetas al riesgo de sufrir el evento en cuestión.

La tasa de mortalidad infantil procura estar incluida dentro de este concepto. No obstante, esta tasa no está exenta de algunas limitaciones que es preciso aclarar. Como resultado de la ausencia de datos sobre la población infantil, desde tiempo atrás se acordó sustituir el denominador de la tasa de mortalidad correspondiente a este grupo de edad por el número de nacidos vivos durante el periodo de interés:

$$MI = \frac{\text{Defunciones menores a un año}}{\text{Nacidos vivos registrados}}$$

Asimismo, es necesario considerar que una parte de los decesos que se producen durante el año t son muertes de niños que nacieron en el año anterior, y por lo tanto no pertenecen al universo de los nacidos vivos utilizados en el cálculo de la tasa para el año t . Del mismo modo, un niño nacido en el año t puede morir en el año siguiente antes de cumplir su primer aniversario. Este problema puede resolverse de diversas formas; la más simple consiste en utilizar el promedio de un periodo de tres años consecutivos, tanto en lo concerniente a las defunciones infantiles como a los nacidos vivos, de este modo el problema estaría corregido.

Con respecto al total de las defunciones infantiles se reconoce que se encuentra incompleto en países con deficientes registros continuos de los eventos vitales; lo cual tendería a subestimar los niveles reales de estas áreas. Otra limitación también surge del hecho de incluir al nacido muerto dentro del universo de las defunciones infantiles.

Debido a las limitaciones mencionadas, González Cervera y Cárdenas Elizalde (1992) plantean que la tradicional tasa de mortalidad infantil no es tal, pues no se relaciona el evento medido con la población en riesgo; y por tal motivo prefieren denominarla razón de mortalidad infantil.

Sin embargo, mas allá de esta cuestión nominal, se propone en este trabajo conocer con profundidad las limitaciones que le son propias a la medición de la mortalidad infantil, y observar en que medida pueden solucionarse con los datos disponibles.

Para obtener estimaciones de la mortalidad infantil existen tres tipos de fuentes de información: los registros civiles, los relevamientos por medio de entrevistas domiciliarias y las encuestas a instituciones de salud.¹⁹

¹⁹ Para una mayor información al respecto véase por ejemplo Sawyer, Diana Oya y Fernández Castilla, Rogelio (1989). Problemas metodológicos de medición e interpretación en los estudios de la mortalidad

- Registros civiles: la mayor ventaja de esta fuente radica en su carácter continuo y teóricamente universal, además de facilitar la obtención de estimaciones de la mortalidad para regiones geográficas desagregadas. Por basarse en los certificados de defunciones, y a pesar de los problemas de subregistro y de los errores de clasificación, es la fuente más confiable para lograr una clasificación por causas de muerte.
- Relevamientos domiciliarios: se consideran aquí todos los procedimientos de recolección de información domiciliarios, incluyendo los censos. Estos permiten profundizar en algunas cuestiones específicas de la mortalidad y recoger amplia información sobre las características de los individuos y de los hogares, lo cual compensa su carácter discontinuo en comparación con los registros civiles.
- Encuesta a instituciones de salud: el uso de legajos o encuestas especiales constituyen también una fuente valiosa para el estudio de la letalidad de ciertas enfermedades o para obtener información para estimar el nivel de la mortalidad infantil (Sawyer y Fernández Castilla, 1989).

2.1.2. Pobreza

La pobreza ha sido asociada frecuentemente con conceptos como nivel de vida, desigualdad, marginalidad, vulnerabilidad, exclusión, etc., las cuales constituyen distintas manifestaciones del fenómeno con distintos alcances que son necesarios diferenciar.

El nivel de vida fue uno de los primeros antecedentes en los estudios de pobreza. Surgió en el seno de Naciones Unidas como un concepto que procuraba detectar las “condiciones reales en que vive un pueblo” (Naciones Unidas, 1961:1). Procuraba delimitar condiciones que pudieran representarse cuantitativamente y que reflejasen objetivos económicos y sociales aceptados por la política internacional. Se definieron entonces componentes del nivel de vida como salud, consumo de alimentos y nutrición, educación, empleo y condiciones de trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, esparcimiento y libertades humanas. Estos componentes marcaron los primeros antecedentes respecto a los actuales estudios sobre pobreza, evidenciando de alguna manera la heterogeneidad de los componentes incluidos.

infantil. En Lattes, Farren y MacDonald (Comps). Salud, enfermedad y muerte de los niños de América Latina. CLACSO.

En cuanto a la desigualdad, si bien el estudio de la pobreza se vincula a este, existen según Gasparini et al. (2000) dos diferencias conceptuales importantes:

- Mientras un estudio de desigualdad evalúa la distribución de los recursos en toda la población, un estudio de pobreza solo estudia el sector más desfavorecido en tal distribución.
- Asimismo, mientras el concepto de desigualdad es relativo, la pobreza tiene a menudo elementos absolutos. Por ejemplo, una duplicación de los ingresos de todos los habitantes de un país no modifica las medidas habituales de desigualdad, pero reduce las medidas usuales de pobreza medidas por el nivel de los ingresos.

El concepto de marginalidad surge en el decenio de 1960 para denotar a los grupos poblacionales que migran del campo y rodean las principales metrópolis latinoamericanas con un cinturón de pobreza. Según Nun (1969), la población marginal pasó a ser caracterizada como carente de infraestructura, de oportunidades educacionales y de empleo, constituyendo un ejército de reserva de mano de obra, funcional para la economía, porque su presión por puestos de trabajo tendería a hacer bajar los salarios de los obreros. Al comienzo se llamó marginales a los asentamientos urbanos periféricos (villas miseria, callampas, favelas, rancheríos, etc.) que proliferaron sobretodo a partir de la segunda posguerra. Estos se caracterizaban por la presencia de viviendas situadas al borde las ciudades y carentes de ciertos requisitos mínimos de habitabilidad. Implicaba así otros dos significados: el de un centro urbano en relación con el cual se caracterizaba lo periférico y respecto de cuyas condiciones habitacionales medias se juzgaban aquellas carencias.

Precisamente este último aspecto fue el que llevó a extender el uso de la noción, al advertirse que albergues no periféricos (conventillos, cités, callejones, vecindades, etc.) padecían deficiencias iguales o peores que las de esos asentamientos. Por lo tanto, se relegó a un segundo plano la localización física de la vivienda y la marginalidad pasó a referirse a los rasgos negativos propios de esta última (Nun, 2001).

La vulnerabilidad se relaciona con dos dimensiones: una externa y objetiva que se refiere a los riesgos externos a los que puede estar expuesta una persona, familia o grupo (mayor inestabilidad de los ingresos familiares, aumento de la precariedad en el mercado de trabajo reflejado en porcentajes crecientes de personas empleadas con contratos no permanentes o sin contratos, etc.); y otra dimensión interna y subjetiva, que

se refiere a la falta de recursos para enfrentar esos riesgos sin sufrir ciertas pérdidas (Arriagada, 2005).

La exclusión social en tanto, se refiere a la falta de lazos que vinculen al individuo con la familia, la comunidad, la sociedad; y a la carencia de derechos básicos de ciudadanía. Tales lazos pueden ser de tipo familiar, institucional o cultural (Arriagada, op cit). Este concepto nace en Europa, donde la realidad social era muy diferente a la latinoamericana. Los excluidos eran allí quienes habían quedado a la vera del camino del progreso general, es decir los inadaptados (Nun, 2001).

Un concepto sobre el que se han venido realizando importantes investigaciones en los últimos años y que trata de dimensionar las carencias de la población es el de la calidad de vida²⁰. Tal concepto procura identificar aspectos objetivos y subjetivos del bienestar de las personas. Sostienen referentes del estudio de la calidad de vida: “la pobreza es una medida de carencia de quienes no llegan a alcanzar un umbral mínimo establecido. La calidad de vida, en cambio, es una medida de logro respecto de un nivel establecido como óptimo teniendo en cuenta dimensiones socioeconómicas y ambientales dependientes de la escala de valores prevaleciente en la sociedad y que varían en función de las expectativas de progreso histórico” (Velázquez, 2001: 15). El concepto de calidad de vida supone, entre otras cosas, llevar una vida larga y saludable; tener educación y disfrutar de un nivel de vida decente; gozar de libertad política y acceder a una serie de derechos inherentes a los individuos; tener acceso a un trabajo digno y bien remunerado y participar en la vida comunitaria. Las dificultades para medir o cuantificar esas variables, han restringido su estudio hacia los aspectos más fácilmente cuantificables –generalmente los materiales- que se relacionan con lo que se denomina “nivel de vida”.

Es decir mientras la pobreza se mide con respecto a un “piso”, la calidad de vida se mide con respecto a un “techo”. Mientras el piso de la pobreza es relativamente fijo, dado que apunta a la satisfacción de necesidades básicas, el techo de la calidad de vida es más variable, ya que la escala de valores, y sobretodo las expectativas cambian (Velázquez, 2001, p. 15). La formulación de un índice para la medición de la calidad de vida de la población es una cuestión que no está resuelta, ya que depende de numerosos factores como: procesos históricos, escala de valores de la sociedad, expectativas,

²⁰ Ver García M. C. y Velázquez G. (1999). “Medición de calidad de vida urbana. Comparaciones entre variables objetivas y de percepción en la ciudad de Tandil”. En V Jornadas de AEPA, Luján, Bs. As. También se puede consultar Halperín L. et al. (1994). Condiciones de vida en la población de Mar del Plata 1992/1994. Mar del Plata, UNMP.

vivencias individuales y colectivas, ingresos, nivel de instrucción, accesibilidad, cuestiones ambientales, entre otros. No obstante, se puede establecer una relación inversamente proporcional considerablemente fuerte entre pobreza y calidad de vida.

En la valoración de la calidad de vida de la población se deben incorporar aspectos o dimensiones tanto del área natural como del medio socioeconómico (aspectos de educación, salud y vivienda). Se considera a tal medición de la calidad de vida, como así también a la medición de la pobreza, como herramientas necesarias para delinear políticas y estrategias (ambientales, económicas y sociales) para un mejoramiento del bienestar general de la población.

De esta manera los conceptos de nivel de vida, marginalidad, exclusión social, desigualdad y calidad de vida son conceptos tangenciales al fenómeno de la pobreza y ponen de manifiesto las múltiples manifestaciones de la pobreza y por consiguiente, lo dificultoso que se torna su conceptualización y más aun su medición.

En efecto, la medición de la pobreza no es una cuestión, en absoluto, separada del concepto de pobreza. Para identificar y medir la pobreza los estudios fijan habitualmente la atención en las privaciones severas de bienes y servicios que una parte variable de la población sufre debido a sus magros ingresos (Ferullo, 2008); no obstante plantea Sen (1997) que confiar exclusivamente en la pobreza en términos de ingreso puede esconder aspectos cruciales de la privación económica. Sen centra su atención en las potencialidades de la gente y en las condiciones que restringen la libertad de tener lo que cada uno considera racionalmente que vale la pena ser y tener. Así, la condición de pobreza de una persona se corresponde con algún grado de privación que le impida el desarrollo pleno de sus capacidades, y en última instancia de su libertad (Ferullo, op cit.)²¹. El enfoque basado en las capacidades humanas planteado por Sen contribuye de manera significativa a “comprender mejor la naturaleza y causa de la pobreza y la privación, trasladando la atención principal de los medios (y de un determinado medio que suele ser objeto de atención exclusiva como la renta) a los fines que los individuos tienen razones para perseguir y por lo tanto, a las libertades necesarias para satisfacer estos fines” (Sen, 2000: 117).

²¹ Plantean igualmente Córdoba Ordóñez y García Alvarado (1991) que la pobreza define una situación carencial en un contexto vital del ser humano y probablemente sea simplista reducir este a su componente económico, pero es indudable que en un sistema como el nuestro, de filosofía utilitarista y práctica consumista, cada situación carencial en el marco vital debe asociarse a una deficiente disponibilidad material que, en consecuencia, debe estar en la base de cualquier definición de pobreza.

El aporte de Sen ha sido fundamental para entender la pobreza como un fenómeno multidimensional en el que deben necesariamente considerarse dimensiones no monetarias. Según el enfoque iniciado por Sen no son los medios (ingresos o gastos) los que cuentan sino los resultados en términos de bienestar y condiciones de vida (mortalidad, analfabetismo, esperanza de vida, etc.) (Herrera, 2002). Sen define por tanto la pobreza como la privación de capacidades, entendidas como habilidades para alcanzar ciertas condiciones de vida, por lo tanto la conexión con la insuficiencia de ingresos es solo instrumental.

No existen marcos conceptuales que expliquen satisfactoriamente el problema de la pobreza en su totalidad (Altimir, 1979)²²; no obstante, en nuestro trabajo concebimos que la pobreza alude siempre a una situación en que se encuentran las familias o un grupo de ellas. Esta situación no es la suma o el agregado mas o menos independiente de dimensiones o aspectos parciales, sino el cuadro situacional estructural en el que se hallan determinadas familias, producto de su particular inserción en la estructura socioproductiva, siendo esta la que determina la posibilidad de no acceder o, de acceder en mayor o menor medida, a determinados bienes y servicios (Moreno, 1995). La pobreza se manifiesta mediante algunas características generales de las familias pobres tales como sus bajos niveles educacionales, insuficiencias nutricionales, y una menor participación relativa en la actividad laboral, lo que se define a su vez por una pertenencia a ocupaciones de la más baja productividad, que generan escasos ingresos y que impiden satisfacer integralmente sus necesidades más esenciales, materiales y no materiales. Así, el concepto de pobreza se encuentra atravesado por tres matices diferentes: la idea de carencia de recursos, bienes y servicios; la idea de insatisfacción de aquellas necesidades que una sociedad o grupo social satisfacen en su globalidad; y la idea de marginalidad o exclusión de aquellos recursos, bienes y servicios que puedan ser compartidos en una sociedad.

Los aspectos materiales de la pobreza han mantenido el protagonismo en los estudios sobre la temática. No obstante, los aspectos no materiales en la conceptualización de la pobreza han tomado un interés particular los últimos años. En este sentido, González (1997: 285) define a la pobreza como un fenómeno multidimensional, que se refiere a la “privación de medios de vida y pérdida de estirpe”. Esta definición tiene la ventaja de

²² La propia falta de precisión teórica del concepto de pobreza impide también considerar a los pobres como un grupo social estricto, y la naturaleza descriptiva del concepto solo permite, en principio, considerarlo como una categoría social clasificatoria que funciona como un agregado estadístico (Moreno, 1995)

no pertenecer a ningún cuerpo teórico en particular y tiene a su alcance la posibilidad de ingresar problemáticamente en los más diversos ordenamientos conceptuales. No obstante las fuentes de información para estudiar los aspectos no materiales de la pobreza, tales como la pérdida de estirpe, son escasos y limitados solamente a encuestas de poblaciones relativamente pequeñas. De este modo, los aspectos materiales en la medición de la pobreza continúan rigiendo actualmente los enfoques y los estudios.

2.1.2.1 Pobreza y progreso

El problema de la erradicación de la pobreza ha tomado en los últimos tiempos un lugar cada vez más importante en las agendas políticas dado los magros resultados que -en afán de su eliminación- se han obtenido. En este sentido, las consecuencias sociales de los programas de ajuste estructural implantados de forma generalizada en los países en desarrollo en las últimas décadas plantearon la necesidad de impulsar nuevamente los estudios sobre la pobreza, produciendo, al decir de Dubois (2007) y de Moreno (1995), un “redescubrimiento” del fenómeno. No obstante, la percepción sobre la pobreza ha sido diferenciada según los análisis que se realizaran en países desarrollados o en países en vías de desarrollo²³. Del mismo modo, en el seno de un país como el nuestro, y en especial en el NGA, donde convergen distintas culturas, el concepto de pobreza -y su contraparte: el progreso- han tenido también una percepción diferenciada²⁴.

En este sentido, Miranda Luizaga y Del Carpio Natcheff (2004) Patzi (2004) y Pari Rodríguez (2004) manifiestan que en las culturas originarias andinas, amazónicas y chaqueñas no existe el concepto de progreso como lo entienden las culturas occidentales, es decir como un mero bienestar económico incluido dentro de un proceso de industrialización, urbanización, burocratización, democratización, ascenso del capitalismo, extensión del individualismo, motivación meritocrática y afirmación de la

²³ En este sentido Domínguez Domínguez y Caravallo (2006) plantean que al estudiar sociedades en vías de desarrollo e en situaciones de miseria se entiende a la pobreza como una situación en la cual no se posee lo suficiente para mantenerse vivo. En tanto, al estudiar el fenómeno en sociedades desarrolladas se entiende la pobreza como una situación en la cual no se tiene lo suficiente para vivir una vida normal de acuerdo con los estándares de vida de la sociedad. Esto tiene profunda relación con el concepto de la pobreza relativa que se analiza más adelante.

²⁴ Para dar cuenta de esto se cita a continuación unas coplas extraídas de Norte Pencoso (1966, Ed. Losada, Bs. As., p.41), un libro de Jorge W. Ábalos, el cual -de de manera clara y precisa- manifiesta a través de coplas extraídas del corazón campesino santiagueño un particular modo de concebir la pobreza -en este caso- relacionada con la felicidad. Las coplas de Ábalos dicen así: “Suspiro, pero no lloro; carezco, pero no busco. Más vale no tener nada, pa’ poder vivir a gusto. / Antes fui flor de sandía, aura soy flor de zapallo. Más vale dichoso en burro que desgraciao a caballo. / Todos dicen que soy pobre, que pobre me ‘i de morir; yo digo: no soy tan pobre, si tengo donde dormir”. Estas refuerzan el condimento cultural en la percepción de la pobreza que se mencionara, lo cual constituye uno de los pilares centrales de esta investigación.

razón y la ciencia. Una analogía al progreso es entendida en estas culturas como la *suma qamaña*, definido como un espacio de bienestar en equilibrio con la naturaleza, donde la gente se encuentra en un estado anímico de pasión en un determinado tiempo, en estado de convivencia, de comodidad, felicidad y satisfacción con el medio social de la naturaleza (Yampara, 2004). Esta convivencia anímica y espiritual de bienestar es la creación material de trabajo y riqueza compartida de la comunidad humana y la naturaleza. Como se observa, la tierra para los pueblos que habitan el territorio andino, amazónico y chaqueño es la condición fundamental de la vida, donde se crea la vida comunitaria, en una relación de armonía y equilibrio entre el medio natural y los seres humanos; en tanto, para la visión occidental, la tierra es algo inerte, sin vida, una mercancía que puede ser explotada, vendida y comprada (Miranda Luizaga y Del Carpio Natcheff, op cit).

2.1.2.2 Enfoques de pobreza.

Dentro de la bibliografía existen dos grandes enfoques sobre la cuestión de la pobreza: una aproximación subjetiva y una objetiva. El enfoque subjetivo define a la pobreza como una sensación individual dependiente de las preferencias y consideraciones de cada individuo y de lo que este juzgue necesario para tener un nivel adecuado de vida. No solo es pobre quien se considera a si mismo como tal sino también quien es considerado también por otros como pobre. Se encuentran así los pobres de espíritu, los pobres de cultura y los pobres materiales (Córdoba Ordóñez y García Alvarado, 1991). Este enfoque se distingue de la aproximación objetiva, la cual tiene como punto de partida la explicitación de criterios únicos que el investigador utiliza para identificar a los pobres (Reyes Romano, 1996).

Dentro del enfoque de pobreza objetiva existen dos aproximaciones conceptuales en relación a esta: relativa y absoluta. La aproximación relativa plantea que las necesidades que se consideran esenciales para vivir una vida digna varían en el tiempo y en el espacio de acuerdo con los valores de las distintas sociedades; según los partidarios de estas líneas las necesidades de la vida no son fijas, continuamente están siendo adaptadas y aumentadas conforme ocurren cambios en la sociedad. (Boltvinik, 1990). De este modo, pueden llegar a ser rotundamente diferentes las características de un hogar pobre en un país desarrollado y en uno subdesarrollado. La noción de pobreza relativa se basa muchas veces en la comparación de ingresos y patrimonio ente los

distintos sectores de la población (Forni, 2002), por lo cual siempre existirá un sector menos favorecido que recibirá el rótulo de pobre.

La aproximación absoluta subraya la imposibilidad de acceder a un nivel de satisfacción necesario para la existencia y reproducción de la sociedad. Destaca asimismo la imposibilidad de alcanzar niveles nutricionales adecuados para lograr un crecimiento psico-físico considerado normal, sin importar diferencias espaciales o temporales. Los seguidores de esta línea manifiestan que hay un núcleo irreducible de privación en la idea de pobreza que se traduce en muertes por hambre, desnutrición y penuria, visibles en un diagnóstico de pobreza sin tener que indagar primero el panorama relativo (Sen, 1978). Una consideración necesaria es la mencionada por Altimir (op cit) en la cual hace referencia a que el concepto de pobreza es esencialmente normativo y relativo, ya que cualquiera que sean las normas que se utilicen para definir las carencias, se relacionan con un contexto específico referido a un determinado estilo de vida.

Señala Sen (1983, citado por Boltvinik, 1990) que no se trata de enfoques excluyentes, sino de algún modo complementarios. Por lo tanto puede considerarse un carácter absoluto de la pobreza en cuanto a los requerimientos mínimos y un carácter relativo en relación no a las necesidades, sino a los satisfactores de esas necesidades y su variación espacio-temporal.

Según las características de las privaciones se ha definido una pobreza estructural diferenciada de una pobreza coyuntural. La primera tiende a corregirse con el crecimiento económico y la evolución de otros parámetros dependientes de este: cultura, educación, etc.; no obstante, se renueva con los inmigrantes procedentes de otras sociedades menos atrasadas. La pobreza coyuntural en cambio es un problema esencialmente económico en el cual los ingresos de los hogares se ven afectados inscribiéndose en el universo de la pobreza. Cuando la crisis económica más se prolonga en el tiempo corre el riesgo de convertir a los pobres coyunturales en pobres estructurales.

2.1.2.3 Pobreza absoluta y miseria

Dentro de la idea de pobreza absoluta subyace la idea de pobreza extrema o miseria, entendida como aquella situación que denota la insatisfacción de necesidades mínimas y vitales para la supervivencia²⁵.

A partir del Diccionario de la Real Academia Española (RAE) 22º Edición²⁶ se exploraron los conceptos de pobreza y miseria. Tal diccionario define a la pobreza como 1. cualidad de pobre; 2. falta, escasez; 3. dejación voluntaria de todo lo que se posee, y de todo lo que el amor propio puede juzgar necesario, de la cual hacen voto público los religiosos en día de su profesión. La miseria es definida en su 2º acepción como estrechez, falta de lo necesario para el sustento o para otra cosa, pobreza extremada. Esta última acepción justifica el uso del término arriba mencionado²⁷.

Con el concepto de miseria ingresamos al campo conceptual sobre la tesis de las necesidades mínimas para la supervivencia, y en este caso son insoslayables los aportes realizados por los trabajos clásicos de Maslow (1954) y su teoría de las necesidades. En efecto, para este autor las necesidades del ser humano están jerarquizadas y escalonadas de forma tal que cuando quedan cubiertas las necesidades de un orden es cuando se empiezan a sentir las necesidades del orden superior. Tal autor identifica cinco niveles de necesidades dentro de la jerarquía:

1. Fisiológicas: constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia. Dentro de estas encontramos la alimentación, agua, mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, entre otras.
2. Seguridad: se relacionan con la tendencia a la conservación frente a situaciones de peligro. Incluye conservación de propiedad, empleo, etc.
3. Sociales: plantea que el hombre por naturaleza tiene la necesidad de relacionarse, de agruparse informalmente, en familia, con amigos, o formalmente en las organizaciones.
4. Estima: en esta altura de la pirámide el individuo necesita algo más que ser miembro de un grupo, se hace necesario recibir reconocimiento de los demás en términos de respeto, status, prestigio, poder, etc.

²⁵ Plantea Boltvinik (1990) que lo necesario para sustentar la vida no es lo superfluo ni lo contingente. Por lo contrario es algo sobre lo cual no podemos ejercer nuestra libertad, puesto que es algo de lo cual nos es imposible sustraernos.

²⁶ En línea: <http://www.rae.es/rae.html> [15 de marzo de 2007].

²⁷ En el estudio de la relación miseria – mortalidad infantil se observó que la primera guarda mayor relación que la pobreza en si misma. En este sentido afirman Hommes y Soto (1999) que la mortalidad infantil es un indicador confiable de la miseria, entendida esta como un resultado de la incapacidad de satisfacer ciertas necesidades básicas (nutrición, vivienda, abrigo) que permiten gozar de un nivel de vida mínimo para la conservación humana.

5. Autorrealización: consiste en desarrollar el máximo potencial de cada uno. Son ejemplos de ella la autonomía, el autocontrol, la independencia.

La pobreza extrema o miseria estaría relacionada con la insatisfacción del primer escalón de la pirámide de Maslow, es decir el referido a la insatisfacción de necesidades vitales. La miseria guardaría relación fundamentalmente con el hambre y la desnutrición, como así también con el acceso al agua potable, a una vivienda que permita mantener la temperatura corporal mínima necesaria para la vida, abrigo, mantenimiento de niveles de higiene óptimos para asegurar el no contagio de enfermedades infecciosas, etc.²⁸. En este sentido, plantean González Romero et al. (1992: 73) que “no es casual que las zonas con mayor número de pobres sean también aquellas en las cuales el consumo de calorías y proteínas es más reducido”. Asimismo, la falta de nutrientes y desnutrición incrementa la frecuencia, gravedad, y la duración de las infecciones, derivando con ello en un aumento de la mortalidad²⁹.

El hambre, entendido como el principal indicador de la miseria es definido por Josué de Castro (1962) como un asunto tan delicado y peligroso por sus implicancias políticas y sociales que permanece aun como uno de los tabúes de nuestra civilización³⁰. Este autor desestima la teoría maltusiana al definir al hambre no como un problema de limitación, sino como un problema de distribución (de Castro, op cit, p. 48), no determinado por factores de orden natural, sino de orden social (de Castro, op cit, p. 146)³¹.

Asimismo, al pretender relacionar miseria con salud infantil, Bronfman (2000) manifiesta que la carencia de alimentos, vestido y servicios indispensables para proteger la salud y atacar la enfermedad es determinante en la posibilidad de ocurrencia de muertes y es factor sinérgico con el modo en que viven los individuos. Del mismo modo, la miseria puede volverse un círculo de transmisión intergeneracional donde la escasa/ausente educación condiciona sobremanera esta posibilidad.

²⁸ En este sentido, se verá más adelante en el estudio de las relaciones entre pobreza y mortalidad infantil la mayor correlación de los fenómenos mientras en estado más miserable se encuentra una población.

²⁹ Cfr Livi Bacci (1990).

³⁰ No obstante, el hambre no es solo el resultado de una insuficiente cantidad de comida, sino también de su baja calidad (Altvater, 2007).

³¹ Malthus en sus estudios clásicos sobre población y recursos afirmaba el ritmo diferencial del crecimiento de ambas dinámicas. Esta situación de desequilibrio requiere la aplicación de *frenos maltusianos*. No obstante, desde la teoría de Boserup, este desequilibrio puede redundar en un desarrollo de nuevas tecnologías, lo cual evita la aplicación de los mencionados *frenos* y mantiene el equilibrio de los recursos ante el aumento poblacional. Las obras clásicas que exponen estas teorías son: *Thomas Malthus. (1798). Ensayo sobre el principio de la población;* y *Ester Boserup (1984). Población y cambio tecnológico. Estudio de las tendencias a largo plazo.*

2.1.2.4 La medición de la pobreza.

Como se mencionara anteriormente, la pobreza constituye un hecho de carácter multifacético con un fuerte acento cultural. Presenta un importante problema para su medición, razón por la cual, es necesario definir el método utilizado para conocer que tipo de pobreza es el que se está detectando.

La medición de la pobreza debe incluir necesariamente en su formulación dos pasos:

1. Un método para incluir a un grupo de personas en la categoría de pobres (identificación), y
2. Un método para integrar las características del conjunto de pobres en una imagen global de la pobreza (agregación), (Sen, 1992).

La identificación consiste en definir un conjunto de necesidades básicas o mínimas y considerar la incapacidad de satisfacer estas necesidades como prueba de pobreza, en cambio la agregación se refiere al modo de representar la pobreza en determinada área geográfica.

Existen distintos métodos de medición de la pobreza, entre los métodos clásicos se destacan el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y el método de la Línea de Pobreza (LP). El primero de estos posee como fuente de información el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, el segundo la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que al ser una encuesta realizada semestralmente solo en los aglomerados urbanos del país, no revela las características de la pobreza en las áreas no metropolitanas. Por tal motivo, entre los métodos clásicos, solo el método NBI reúne los rasgos necesarios para ser relevante en nuestro estudio sobre la pobreza³².

Asimismo, existen nuevas metodologías diseñadas para el análisis de la pobreza. Por un lado se distingue el Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH), el cual es un indicador construido por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), que a partir de datos censales, permite identificar hogares pobres reconociendo y caracterizando la heterogeneidad e intensidad de las situaciones de privación. Por otro lado, el Índice de Pobreza Compuesto (IPC) combina en una suma vectorial tres tipos de carencias: educación, vivienda y trabajo, con las cuales construye dos indicadores de pobreza: incidencia y prevalencia (Madariaga, 2003). Sobre las ventajas y limitaciones de estos métodos se profundizará a continuación.

³² Tal condición se justifica en el hecho de recabar la información necesaria sobre el total de los hogares, y no limitarse solo a una porción de los aglomerados urbanos del país como lo hace la Encuesta Permanente de Hogares.

◦ **El método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).**

En América Latina, el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas ha significado un importante aporte para la identificación de ciertas carencias críticas de la población y la caracterización de la pobreza. El objetivo del método NBI es el de proveer un método directo de “identificación” de los pobres aprovechando el mayor nivel de desagregación geográfica que permite la información censal. Según Kaztman (1996) existen cinco criterios que deben cumplir los indicadores de necesidades básicas insatisfechas. Ellos son:

- Agregación geográfica: busca localizar hogares con carencias y analizarlos con la mayor desagregación geográfica posible (radios y fracciones censales).
- Representatividad: se establece que los indicadores censales deben mostrar una asociación estadística significativa con el nivel de ingreso de los hogares.
- Universalidad: apunta a que el acceso a bienes o servicios que permitan satisfacer las necesidades básicas consideradas se encuentre dentro de las posibilidades de todos los hogares del territorio nacional.
- Estabilidad: deben priorizarse variables que, por su menor sensibilidad a la coyuntura, reflejen características relativamente permanentes de los hogares.
- Simplicidad: se aplica cada vez que se enfrentan dos o más opciones de validez similar para la medición de una carencia crítica con el objeto de seleccionar la variable más simple y fácilmente inteligible.

Teniendo presente estos criterios es necesario seleccionar las variables adecuadas para reflejar las necesidades de la población. Feres y Mancero (2001) definen cuatro pasos en el proceso de selección y construcción del índice:

a). Determinación de las necesidades básicas mínimas susceptibles de estudiarse con la información censal.

Según los autores mencionados el primer paso en la identificación de pobres es determinar el conjunto de necesidades que deben ser satisfechas por un hogar para que su nivel de vida sea considerado digno, de acuerdo a los estándares de la sociedad a la cual pertenece.

En este sentido se pueden distinguir necesidades absolutas y relativas. Las primeras son aquellas cuya satisfacción es indispensable para la existencia humana, de modo independiente a la sociedad en que se desenvuelve la persona (la nutrición por ejemplo).

La segunda hace referencia a muchos bienes de consumo, que si bien no son necesarios para la supervivencia, son esenciales para que las personas puedan integrarse a su medio social.

En Argentina, los Censos de Población, Hogares y Vivienda de los años 1991 y 2001 no cuentan con datos sobre todas las características y privaciones del hogar (salud, vestido, ingresos, etc.). Por esta razón, las necesidades consideradas suelen limitarse a las siguientes cuatro categorías:

- i) Acceso a una vivienda que asegure un estándar mínimo de habitabilidad para el hogar.
- ii) Acceso a servicios básicos que aseguren un nivel sanitario adecuado.
- iii) Acceso a educación básica.
- iv) Capacidad económica para alcanzar niveles mínimos de consumo.

b). Determinación de las variables censales que representan dichas necesidades.

El segundo paso en el proceso de selección de indicadores consiste en determinar cuáles son las necesidades asequibles de ser medidas dentro de cada necesidad básica y que variables censales serán utilizadas para dar cuenta de dichas dimensiones.

En la tabla 2 se pueden observar las necesidades básicas que se consideraron con anterioridad, junto a las dimensiones que abarcan y las variables censales que darán una proporción acerca de la mencionada privación.

Tabla 2: Necesidades básicas, dimensiones y variables censales.

Necesidades Básicas	Dimensiones	Variables censales
Acceso a vivienda	a) Calidad de la vivienda	Materiales de construcción utilizados en el piso, paredes y techo.
	b) Hacinamiento	i) Número de personas en el hogar ii) Número de cuartos de la vivienda
Acceso a servicios sanitarios	a) disponibilidad de agua potable	Fuente de abastecimiento de agua en la vivienda
	b) Tipo de sistema de eliminación de excretas	i) Disponibilidad de servicio sanitario ii) Sistema de eliminación de excretas
Acceso a educación	Asistencia de los niños en edad escolar a un establecimiento educativo	i) Edad de los miembros del hogar
		ii) Asistencia a un establecimiento educativo
Capacidad económica	Probabilidad de insuficiencia de ingresos del hogar	i) Edad de los miembros del hogar
		ii) Último nivel educativo aprobado
		iii) Número de personas en el hogar
		iv) Condición de actividad

Fuente: CEPAL / PNUD (1989).
Tomado de Feres y Mancero, op cit.: 11.

c). Determinación del nivel crítico de satisfacción de cada necesidad.

Es necesario determinar también el umbral a partir del cual un hogar deja de ser carente para pasar a ser no carente. La determinación de los satisfactores mínimos no es una tarea fácil cuando en un mismo país conviven características muy heterogéneas. Por lo tanto, la condición de insatisfacción de una necesidad no representaría el mismo grado de privación para todas las regiones o grupos; de hecho las zonas rurales presentan usualmente condiciones de vida inferiores a las predominantes en áreas urbanas, por ejemplo la disponibilidad de agua es técnicamente más factible en las áreas urbanas.

En Argentina, el INDEC definió los umbrales de cada necesidad en “La Pobreza en Argentina” (1984), y consideró que hay hacinamiento cuando un hogar tiene más de tres personas por cuarto; la vivienda es inadecuada cuando se trata de pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo; las condiciones sanitarias son insuficientes cuando los hogares no tuvieran ningún tipo de retrete (para 1980) o no tuvieran retrete con descarga de agua (para 1991); la asistencia escolar es insatisfecha ante la presencia en el hogar de un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asista a la escuela; y existe incapacidad de subsistencia cuando un hogar tuviera cuatro o más personas por miembro ocupado y además cuyo jefe tuviera baja educación. De este modo un hogar (y todos los miembros que viven en el) es pobre cuando no satisface el umbral mínimo de al menos una de las dimensiones anteriormente reseñadas.

d). Determinación de la representatividad de los indicadores de situaciones de pobreza.

La utilización de información censal impone restricciones al análisis, debido a la ausencia de información sobre necesidades básicas como salud, ingreso, alimentación, transporte, vestido, etc. Por esta razón es necesario que los indicadores seleccionados muestren representatividad con aquellas otras variables que no muestra el censo.

Un aspecto pocas veces tomado en cuenta es que la representatividad de un indicador puede variar a lo largo del tiempo, y algunos indicadores serían necesarios de ser replanteados. Como ejemplo, en las últimas décadas, América Latina ha tenido un importante crecimiento de la escolaridad promedio, con la cual se aumentaron los años mínimos de educación necesarios para el acceso al mercado laboral; por tanto, al utilizar los mismos niveles críticos que hace diez años atrás, su representatividad actual sería considerablemente menor (Kaztman, op cit.).

La principal ventaja del método radica en el elevado nivel de desagregación geográfica que alcanza, lo cual permite la elaboración de los mapas censales de carencias críticas; asimismo, el método permite estudiar la evolución temporal de cada una de las

necesidades básicas insatisfechas por separado y, con cierta cautela, evaluar la efectividad de ciertas políticas orientadas a subsanar esas necesidades insatisfechas.

No obstante, esta metodología posee algunas limitaciones importantes que los avances teóricos y metodológicos pusieron de manifiesto especialmente durante la década del '90. Entre otras se ha señalado que:

- La cantidad de pobres que se identifica depende de la cantidad de indicadores que se utilizan para definir la población con NBI (Gómez et al., 2005).
- El método NBI solo ha identificado grupos poblacionales aquejados de carencias extremas de tipo estructural (Álvarez, 2002).
- No es posible la distinción de grados de satisfacción de necesidades, considerando a la pobreza como un fenómeno único y homogéneo solo susceptible de una clasificación dicotómica: pobre – no pobre (Gómez et al., 2005).
- No es posible el reconocimiento de la población afectada por los procesos de empobrecimiento de los últimos años debido al carácter estructural de las carencias identificadas (Kaztman, 1996), asimismo el indicador de capacidad de subsistencia refleja escasamente la insuficiencia de ingresos (Álvarez, 2002).

Como resultado de estos análisis surgieron propuestas que plantean modificaciones y procuran superar las deficiencias señaladas, entre estos se destacan el Índice de Pobreza Compuesto (IPC) y el Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH) sobre los que se detalla a continuación.

◦ **El Índice de Pobreza Compuesto (IPC).**

El IPC es un indicador construido por Madariaga (2003) sobre la base de la información del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 1991. Procura perfeccionar la formulación de indicadores que miden la pobreza, tratando de superar el problema de “mensurabilidad” que posee el método NBI (Álvarez, 2002). Para esto, trata de dimensionar tres tipos de carencias: vivienda, trabajo y educación. El IPC resultará de la composición de estos tres modelos, siendo equitativo el peso de ponderación de cada modelo sobre el índice final.

En el modelo “características de la vivienda” se incorporaron los elementos constructivos de mayor importancia: piso, techo, paredes, instalación de agua, instalación eléctrica e instalación sanitaria, como así también el cociente

“hacinamiento”. En el modelo “características educativas” se pondera el nivel de instrucción de cada miembro mayor de 14 años, y luego se calcula el promedio del hogar. Finalmente, el modelo “condición ocupacional” pondera la situación ocupacional de cada miembro mayor de 14 años, y luego calcula también el promedio del hogar. Es importante destacar que estos indicadores tienen en cuenta todos los miembros del hogar (en condiciones de trabajar o percibir haberes) y no solo al jefe.

El valor de este índice es calculado para cada hogar, y mediante un umbral de pobreza previamente definido, es posible calcular la proporción de hogares pobres por unidad de superficie.

Para representar los valores obtenidos en un mapa existen dos criterios: la razón de prevalencia y la razón de incidencia. El primero relaciona la cantidad de hogares pobres en una determinada área con el total de hogares de la misma área, es decir, mide la pobreza de esa área de modo independiente al contexto que la rodea. La segunda relaciona la cantidad de hogares pobres de un área con el total de hogares pobres de la región, es decir, calcula el aporte de pobres de cada área sobre el total de pobres de la región.

Una limitación para nuestro trabajo se relaciona con la disponibilidad de la información, ya que los datos requeridos por el IPC solo están disponibles en el año 1991, lo cual impide cualquier tipo de comparación y evolución de la distribución espacial detectada.

- **El Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH).**

El IPMH es un nuevo indicador de la pobreza construido Gómez et al. (2003) que, al igual que el IPC y el método NBI, utiliza datos provenientes del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas; esta condición permite abarcar la totalidad del territorio pudiendo ser aplicado en áreas no cubiertas por otras fuentes.

Este indicador plantea la identificación de hogares pobres a través del reconocimiento de la diferente naturaleza de las situaciones de privación. De este modo procura superar la dicotomía entre pobres y no pobres, ofreciendo un sistema de categorías que permite distinguir entre la pobreza debida a la insuficiencia de recursos corrientes de la pobreza estructural. La incapacidad de los hogares de proveerse los recursos necesarios es lo que distingue los hogares con privación o sin ella.

Para la construcción del IPMH se utilizan dos indicadores obtenidos a partir de información censal. Por una parte, para aproximarse a las carencias estructurales, el INDEC elaboró un indicador de las condiciones habitacionales del hogar (CONDHAB),

el cual combina características de los materiales constructivos y de la infraestructura sanitaria que componen la vivienda. A su vez, el CONDHAB considera dos dimensiones: una referida a la protección o abrigo del medio natural y de factores ambientales adversos, y otra relacionada al equipamiento mínimo para el desarrollo de ciertas funciones biológicas (eliminación de las excretas) en condiciones saludables. Los hogares que no alcanzaran el umbral mínimo para satisfacer los estándares de vida corrientes de nuestra sociedad se identificaron con privación patrimonial. Estos son aquellos hogares que habitan en una vivienda con pisos o techos de materiales inadecuados -piso de tierra y techos de chapa o metal, de fibrocemento o plástico sin cielorraso, chapa de cartón, caña, tabla, paja con barro o paja sola- o que carecen de inodoro con descarga de agua (Gómez et al., 2003).

La dimensión de los recursos corrientes del hogar está constituida por un flujo predominantemente monetario. Empero, la fuente censal en la Argentina no releva ingresos, por lo cual, para dar cuenta de esta dimensión de las privaciones, el IPMH utiliza un indicador que se aproxima al nivel de ingresos del hogar (CAPECO), utilizando para ello la relación existente entre los años de educación formal aprobados por los perceptores de ingresos y la cantidad total de miembros del hogar. Su significado es el de una tasa de dependencia ponderada por los años de educación de los miembros que forman parte de la mano de obra ocupada (o bien que formaron parte de la misma y hoy reciben una pensión o jubilación) (Álvarez, op cit.). Este indicador incorpora el supuesto de que la educación de las personas (específicamente los años de escolaridad aprobados en el sistema formal de enseñanza) es un estimador aproximado de su nivel de ingresos. Finalmente, los hogares con privación de recursos corrientes serán aquellos cuyo valor de CAPECO se encuentre por debajo de un umbral que se establece de acuerdo al valor de la línea de pobreza correspondiente a la onda octubre 2001 de la Encuesta Permanente de Hogares, la cual define un monto necesario para adquirir los bienes y servicios necesarios para la subsistencia.

De esta manera el IPMH define cuatro categorías de hogares:

- Hogares sin privación.
- Hogares con privación de recursos corrientes.
- Hogares con privación patrimonial.
- Hogares con privación convergente (poseen privación de recursos corrientes y privación patrimonial).

Los hogares que presenten al menos una de estas privaciones son considerados pobres. El IPMH presenta diferentes medidas para caracterizar la privación. Para estimar la magnitud de la privación, se puede calcular la incidencia (I) que está constituida por la suma de los hogares con algún tipo de privación, sea de recursos corrientes (RC), privación patrimonial (PP) o privación convergente (PC) sobre el total de hogares (N).

$$I = \frac{PR + PP + PC}{N} * 100$$

Adicionalmente se puede calcular una medida de intensidad de la privación. La razón de intensidad (RI) muestra la relación entre hogares con privación convergente sobre el total de hogares pobres.

$$RI = \frac{PC}{PR + PP + PC}$$

Al igual que el IPC, el uso de este indicador en nuestro trabajo estaría limitado respecto a la disponibilidad de la información, ya que las fuentes de información necesarias solo están disponibles en el año 2001.

◦ **La Tasa de Miseria de los Hogares.**

En un intento de identificar la extrema pobreza del NGA se elaboró la tasa de miseria de los hogares (TMH), la cual, usando como fuente de información la base censal, puede ser aplicada en los años 1991 y 2001, superando con ello las limitaciones de las metodologías reseñadas anteriormente y procurando también salvar las restricciones detectadas en el método NBI. Una virtud extra de este indicador radicaría en el elevado nivel de desagregación geográfica que permite tal fuente de información.

Las variables a utilizar por esta tasa fueron definidas siguiendo las condiciones planteadas por Kaztman (1996)³³. Las dimensiones consideradas dentro de la identificación de la miseria son³⁴:

- Vivienda: respecto a la vivienda se puso especial énfasis en la calidad del piso, identificando las viviendas con piso de tierra, el cual de alguna manera evidencia el grado de capitalización que poseen las mismas. Asimismo, constituye también

³³ Como se mencionara arriba, tales condiciones son agregación geográfica, representatividad, universalidad, estabilidad y simplicidad.

³⁴ El déficit de consumo alimentario, ya sea por escasez o mala calidad, es quizás el indicador más representativo de la miseria. No obstante, la fuente de información censal no posee información al respecto, por lo cual la selección de las variables incluidas en la tasa de miseria procuraron identificar las carencias extremas usando la fuente censal y aprovechando las ventajas que de ello se deriva.

una condición importante respecto a higiene, contaminación, transmisión de vectores infecciosos y salud.

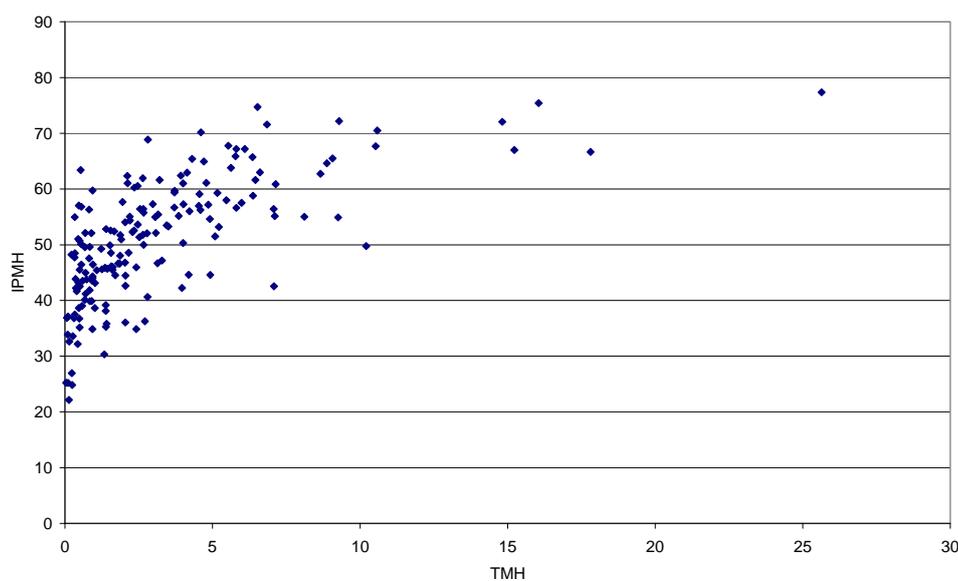
- Agua: el acceso y la calidad del agua constituye un indicador que denota las características de un bien cuya necesidad es prioritaria para la vida. Sostiene Calamante (2007: 83) “el desarrollo infantil está vinculado con las condiciones en que se encuentran actualmente los servicios de agua potable y saneamiento”, haciendo así referencia al impacto en la salud infantil de la precaria calidad del agua. Asimismo, un hecho tan simple como la mejora en el abastecimiento de agua y la evacuación de las aguas residuales en los últimos años del siglo XIX fue en gran medida responsable de la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas y entéricas (McKeown, 1990). En este trabajo se consideró que el servicio de agua manifiesta una situación de miseria cuando el hogar se provee de agua para consumo fuera del terreno de residencia.
- Combustible usado para cocinar: la cédula censal ofrece dos grandes categorías ante la respuesta a esta variable, se distingue entre uso de gas para cocinar (en red, tubo o garrafa) y el uso de leña o carbón. La utilización de este último como principal combustible para cocinar también nos aproxima a la escasa capitalización del hogar en cuanto a bienes y servicios estructurales se refiera. Asimismo pone de manifiesto, ante su escasez, la imposibilidad para cocer los alimentos.
- Educación: la mayoría de los índices de pobreza tienen una componente educativa en su definición. Se consideró manifestación de miseria la presencia en el hogar de al menos un integrante mayor de 12 años (una de las edades límite de la educación obligatoria) que sea analfabeto (que no sepa leer ni escribir).

La presencia de estas cuatro características en el seno del hogar fue una condición excluyente para considerar al hogar en situación de miseria. Es decir, mientras con el método NBI la presencia de una necesidad insatisfecha definía al hogar como pobre, en el caso de la miseria las cuatro características formuladas deben estar cumplidas como un requisito necesario para la identificación de la miseria. Esta característica sumada a la rigurosidad de las variables mencionadas define el grado de *extremidad* de la pobreza considerada. En este sentido, usando los datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001, se detectó cuantos hogares en cada departamento

reunían estas cuatro características y fueron relacionadas con el total de hogares de cada departamento.

Se constató que la TMH y el IPMH tienen una asociación marcada, con un coeficiente de correlación de 0.66. La dispersión que presentan ambas metodologías en 2001 en el NGA puede observarse en la figura 1.

Figura 1. Norte Grande Argentino. Dispersión departamental según IPMH y TMH.2001.



Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.
Elaboración propia.

Asimismo, se comprobó la coherencia de la tasa, definiendo niveles de miseria³⁵ y relacionándolos con variables no incluidas en la formulación de la tasa, tales como residencia de la población (urbana, rural concentrada y rural dispersa); pertenencia a algún pueblo aborigen; características de la deposición de excretas; tenencia de cocina y heladera; paredes predominantes de adobe; techos de chapa de cartón, tabla, chapa o paja; y agua para beber y cocinar procedente de río, canal, arroyo o lluvia. Los resultados son coherentes con la formulación de la tasa, existiendo un aumento de la variable considerada ante un aumento en el nivel de miseria (tabla 3). Asimismo presenta coherencia también la distribución de los hogares según valores de la TMH (figura 2), donde se observa que la mayor parte de los hogares del NGA no forma parte del universo de la miseria, mientras los que si forman parte de ella presentan una tendencia descendente a medida que se intensifican las carencias.

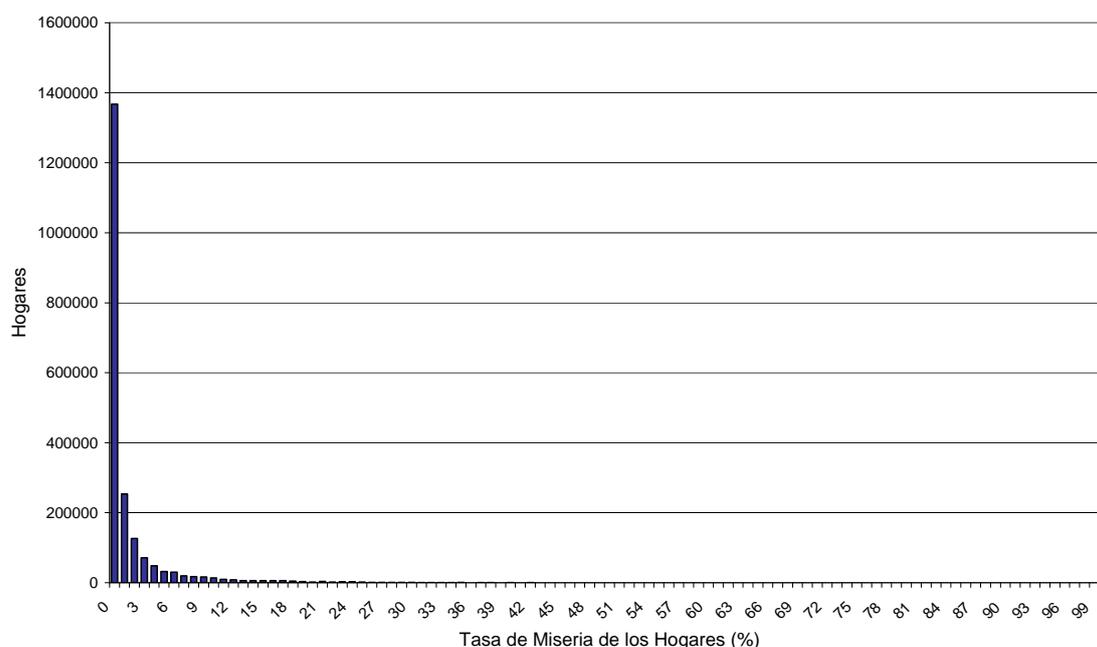
³⁵ La definición de tales niveles tomó como referencia la distribución por cuarteles de la tasa, conteniendo cada nivel el 25% de los departamentos.

Tabla 3. Niveles de TMH y variables censales no consideradas en la tasa. Valores porcentuales. 2001.

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Población en localidades urbanas	89,0	68,0	65,0	47,5
Población rural concentrada.	2,4	8,7	7,3	11,9
Población rural dispersa.	8,6	23,2	27,6	40,5
Hogares aborígenes	1,9	3,2	3,4	8,2
Hogares con inodoro sin descarga o sin inodoro	26,0	43,3	52,6	71,7
Hogares sin heladera	15,1	27,2	33,7	49,7
Hogares sin cocina	6,2	9,0	12,0	20,2
Hogares con paredes de adobe	1,7	8,2	7,9	15,5
Hogares con techos de chapa de cartón o caña, tabla o paja	4,6	10,4	12,1	23,2
Hogares con agua para beber y cocinar procedente de río, canal, arroyo o lluvia.	1,6	4,6	10,7	22,3

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.
Elaboración propia.

Figura 2. Norte Grande Argentino. Tasa de Miseria de los hogares según cantidad de hogares. 2001.



Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.
Elaboración propia.

Pobreza y mortalidad infantil. Evidencias que justifican su asociación.

Una primera pregunta al pretender estudiar esta relación sería el por qué la elección de una variable sociodemográfica como lo es la mortalidad infantil y no otra para analizar la evolución, en este caso, de la pobreza³⁶; la respuesta se puede hallar en el hecho de

³⁶ Si bien existen otros indicadores sociodemográficos correlacionados con la pobreza, la atención en este trabajo se centrará en la mortalidad infantil. Schkolnik plantea que la fecundidad, al igual que los niveles

que las altas tasas de mortalidad infantil están determinadas por factores que tienen una reconocida incidencia también en la pobreza, aunque esta relación es más fuerte, como pudo observarse, con la pobreza estructural que con la pobreza coyuntural. No se pretende aquí el estudio de las causas de fenómenos distintos como la pobreza y la mortalidad infantil, sino simplemente estudiar las relaciones existentes entre ambos fenómenos de modo de justificar la utilidad de alguna manifestación de la mortalidad infantil para caracterizar la evolución en la distribución espacial de la pobreza en periodos en los cuales no fue relevada.

Seleccionada así una medida de mortalidad, la pregunta sería por qué centrarse, en este caso, en la mortalidad infantil? A las muertes de los menores de un año se les suele dar una importancia especial respecto a las muertes acaecidas en los restantes grupos etarios. Livi-Bacci (1993) justifica el estudio particular de la mortalidad infantil debido a que en los regímenes de alta mortalidad las defunciones infantiles constituyen una parte importante del total de defunciones; el riesgo de muerte es máximo justo después del nacimiento, decreciendo con los meses; la componente educativa condiciona de manera importante la sobrevivencia infantil; y en la mayoría de los países, el nivel de la mortalidad infantil constituye un indicador significativo de las condiciones sociales y ambientales.

Al pretender relacionar entonces pobreza con mortalidad infantil es crucial responder a la pregunta sobre ¿cuál de las aproximaciones al estudio de la pobreza tiene mayor asociación a la mortalidad infantil?, y la bibliografía sugiere que sería la pobreza estructural la que presenta mayor correlación. En efecto, en Argentina, durante los noventa, son las personas con necesidades básicas insatisfechas las que disminuyeron su peso relativo siguiendo el nivel general de descenso de la mortalidad infantil mientras los *nuevos pobres* -asociados con la pobreza coyuntural- crecieron a ritmo vertiginoso durante la década³⁷. La pobreza, entendida desde su concepto estructural, es uno de los principales factores condicionantes de la sobrevivencia infantil y afecta la posibilidad de los

de mortalidad infantil, son indicadores de inequidad en las condiciones de vida: “las mujeres con elevado número de hijos son las más pobres, las menos instruidas y las que viven en zonas rurales, estas mujeres también inician su vida conyugal a una edad más temprana, regulan menos su fecundidad, se someten con menor frecuencia a atención médica prenatal o del parto, y tienen embarazos menos espaciados que se concentran con mayor frecuencia en las edades del ciclo reproductivo que presentan mayores riesgos para la salud” (Schkolnik, 1998). Asimismo, los niveles de fecundidad y de mortalidad infantil tienen factores determinantes comunes, tales como el grado de urbanización de un país, el nivel de instrucción de las mujeres, y su grado de participación en la fuerza de trabajo (Taucher, 1989)

³⁷ Cfr. Minujín (1997) y Minujín y Kessler (1995).

individuos de crecer y desarrollarse al máximo de sus potencialidades³⁸. La pobreza se manifiesta a través de la presencia de personas analfabetas, de hogares con ingresos insuficientes, de viviendas inadecuadas con deficientes condiciones sanitarias, de personas con mala alimentación y/o desnutridas, en hogares con población marginada de los servicios asistenciales y hospitalarios, etc. A partir de estas premisas fue posible la elaboración de un esquema que expone las relaciones entre ambos fenómenos, particularizando sobre los principales nexos existentes.

2.2.1 Pobreza y mortalidad infantil. Un esquema teórico que aproxima al estudio de sus relaciones.

Las relaciones entre la pobreza y la mortalidad infantil conforman un apartado específico de las conexiones -más amplias- entre la dinámica de la población y la pobreza; dicha amplitud se caracteriza además, como señala Rodríguez Vignoli (2007), por una complejidad extrema a tal punto que los consensos clásicos están siendo actualmente revisados a la luz de nuevas constataciones empíricas.

En tal contexto, es sabido que las tasas de mortalidad infantil están condicionadas por factores que también tienen reconocida incidencia en la pobreza; esta relación es más significativa -como se mencionara- en situaciones de pobreza estructural. En efecto, las asociaciones entre ellos se entrecruzan en las condiciones de vida del hogar ya que son claramente dependientes³⁹. La tasa de mortalidad infantil, entonces, se articula funcionalmente con las condiciones de vida de una población⁴⁰.

En la figura 3 se intenta particularizar y precisar las circunstancias que inciden en las relaciones entre ambos hechos. La articulación entre los caracteres de la *ingeniería social* y del *territorio* se propone aquí como el principal sustento del sistema que tiene en las *enfermedades de la pobreza* la expresión central, constituyéndose, en efecto, como el enlace entre la pobreza y la salud de los niños; tales enfermedades (de mayor incidencia en el período postneonatal) reconocen distintos niveles de condicionantes e

³⁸ En este sentido, los mayores esfuerzos de los Estados y las Agencias de Cooperación Internacional están orientados a reducir la mortalidad infantil y prevenir las consecuencias más inmediatas de la situación de pobreza, relegando a un segundo plano todo lo referente al desarrollo infantil (Díaz, 2007).

³⁹ Se ha señalado que “son los pobres los que están más expuestos a los riesgos de salud que entraña el medio ambiente y el contagio, resultante de viviendas inadecuadas y hacinadas, carentes de servicios sanitarios o de agua no contaminada, a menudo ubicadas en zonas insalubres, tanto urbanas como rurales” (Naciones Unidas, 2003).

⁴⁰ En este sentido sostienen Hommes y Soto (1999: 192) que “la mortalidad infantil es considerada como un indicador de privación y como una de las medidas más reveladoras del alcance de una sociedad para satisfacer las necesidades de su gente” y concluyen en su trabajo que “la mortalidad infantil es una buena *proxy* (sic) de la pobreza” (Hommes y Soto, op cit.: 206).

implican *estrategias de supervivencia* que adoptan las sociedades ante este problema. El ciclo no necesariamente se cierra con la muerte de los niños: las secuelas de la sobrevivida infantil tienen también su importancia en este sistema.

Una noción elemental de esta articulación sería, entonces, la relacionada con los procesos de territorialización, esto es, la manera en que las sociedades construyen su territorio. El otro concepto, el de la ingeniería social, fue acuñado por Popper (1957) y readaptado por Bolsi y Ortiz (2001) para dar cuenta de los aspectos del proceso político/social que en conjunto tendieron a la mejora en la calidad de vida de las familias⁴¹.

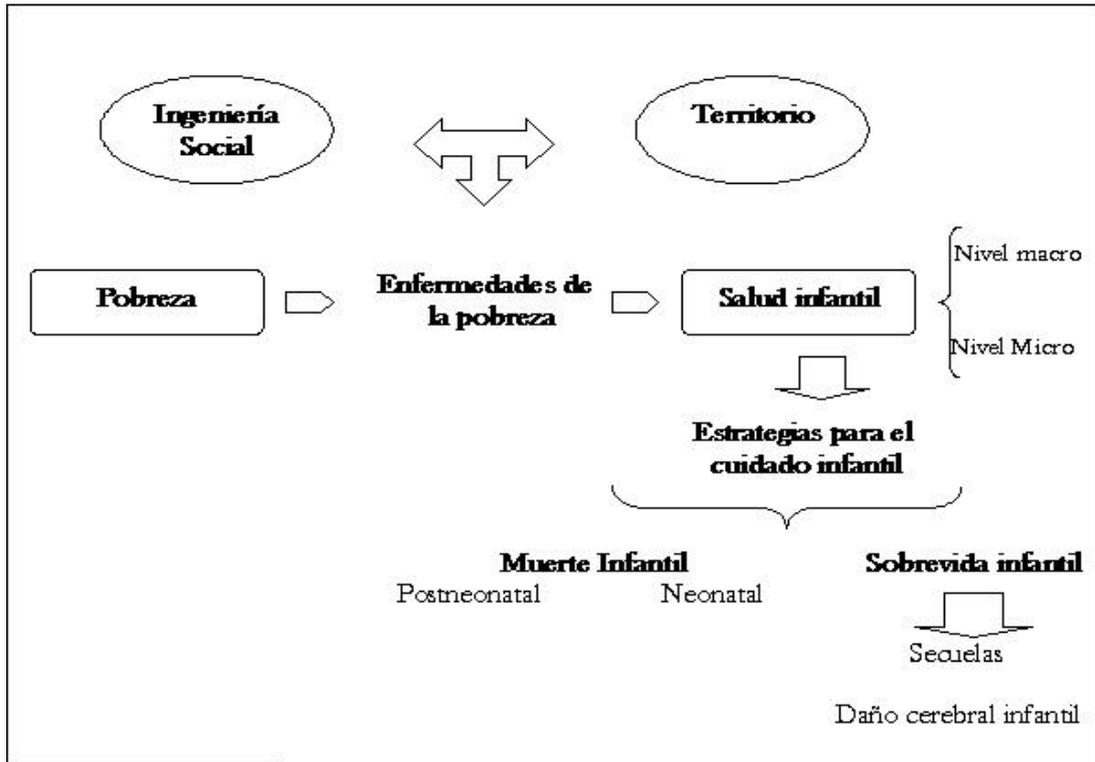
“Enfermedades de la pobreza” es una noción acuñada por McKeown (1988) que describe las dolencias que han predominado durante la mayor parte de la existencia de la humanidad. Se distinguen de otras asociadas con la riqueza relativa que produjo la industrialización. La pobreza, precisó, no es causa directa de muerte, sino la principal razón por la cual existen condiciones (de distintos niveles) que desembocan en la enfermedad. Entre este grupo de enfermedades, los padecimientos de origen infeccioso, las enfermedades respiratorias agudas y la diarrea infantil adquieren el mayor protagonismo⁴². En este sentido, Lesevic et al. (1989) proponen un esquema conceptual que detecta las variables asociadas a cada una de dichas enfermedades (figuras 4 y 5).

⁴¹ Plantean que la ingeniería social se manifiesta en obras públicas asociadas con la salud, la educación, las comunicaciones y los servicios - especialmente electricidad, agua y gas- los cuales generan las condiciones necesarias para generar el descenso de la mortalidad. En este sentido, también Spinelli et al., (2000) destacan la eficacia del saber y la tecnología médica sobre la salud, complementada ésta con la influencia del desarrollo social y la mejora en las condiciones de vida. Entre los impactos sociales positivos de la ingeniería social Spinelli et al., (op cit.) destacan los programas de inmunización, de rehidratación oral, de control del embarazo y del parto, de control del recién nacido, los programas contra la enfermedad diarreica aguda y las enfermedades respiratorias agudas, la educación para la salud, la transferencia de conocimientos hacia la comunidad, la lactancia materna, el estímulo para la participación popular, etc.

La ingeniería social se materializa de alguna manera a través de la política social. Cada modelo de acumulación tuvo su propia lógica respecto a la cuestión social; el Estado de Bienestar por ejemplo llevó adelante una fuerte inversión pública en infraestructura social (educación, salud, capacitación de la fuerza de trabajo, etc.); programas de construcción de viviendas; aumento del consumo colectivo de los trabajadores y del consumo individual a través de políticas de empleos, salarios y precios; entre otros. En este período la política social fue encarada como una dimensión de la inversión y no del gasto (Vilas, 1997). Siguiendo al mismo autor, la política social del modelo neoliberal es encarada como un conjunto restrictivo de medidas orientadas a compensar los efectos negativos del ajuste estructural; su funcionalidad es considerada transitoria, ya que la reactivación de la economía generaría los equilibrios básicos, quedando a lo sumo una pequeña proporción necesitada de atención pública. En estas condiciones el aspecto social es considerado ante todo un gasto (Ceja Mena, 2006). El concepto de desarrollo social se diluye y gana terreno el de compensación social (Vilas, op cit).

⁴² Además de éstas, el estado nutricional se manifiesta en las enfermedades mediante ciertas patologías características, tales como el sarampión, tuberculosis, tos ferina, parásitos intestinales, cólera, lepra y herpes (Rotberg y Rabb, 1990). De la misma manera Mujica y Mesa (2006) definen el mal de chagas como una enfermedad característica de los sectores más pobres.

Figura 3. Esquema de aproximación a las relaciones entre pobreza y mortalidad infantil



Elaboración propia.

Figura 4. Esquema asociado a la incidencia de la enfermedad diarreica aguda en la población infantil.

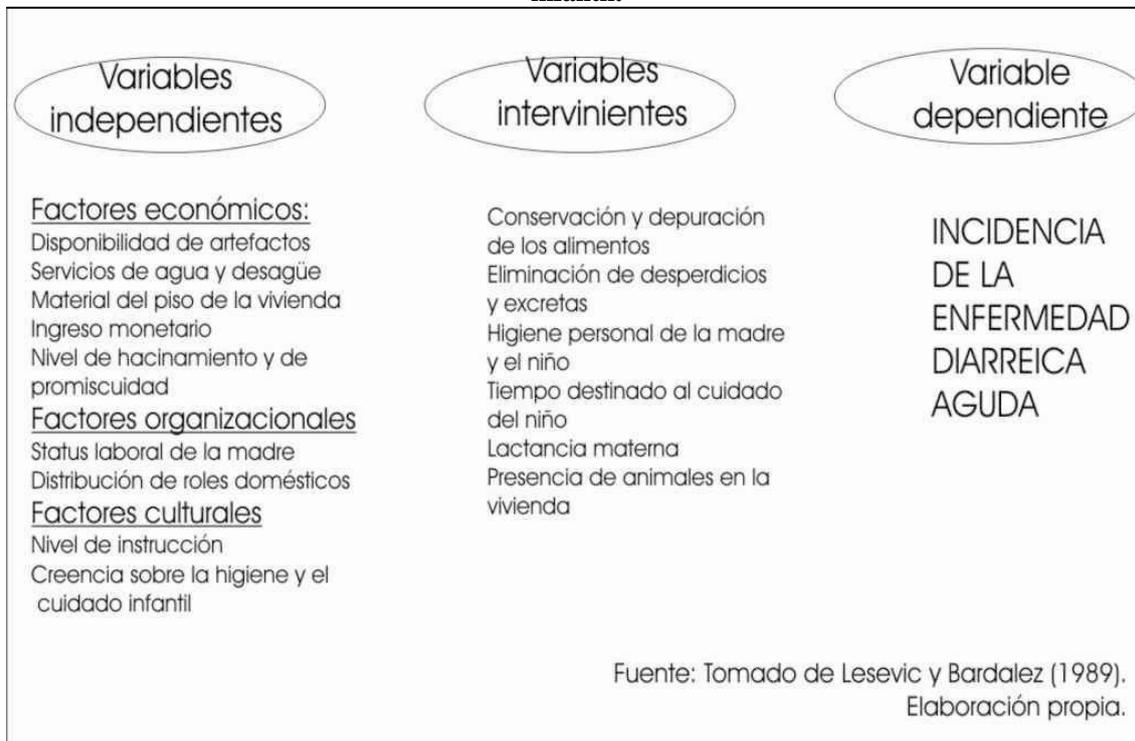
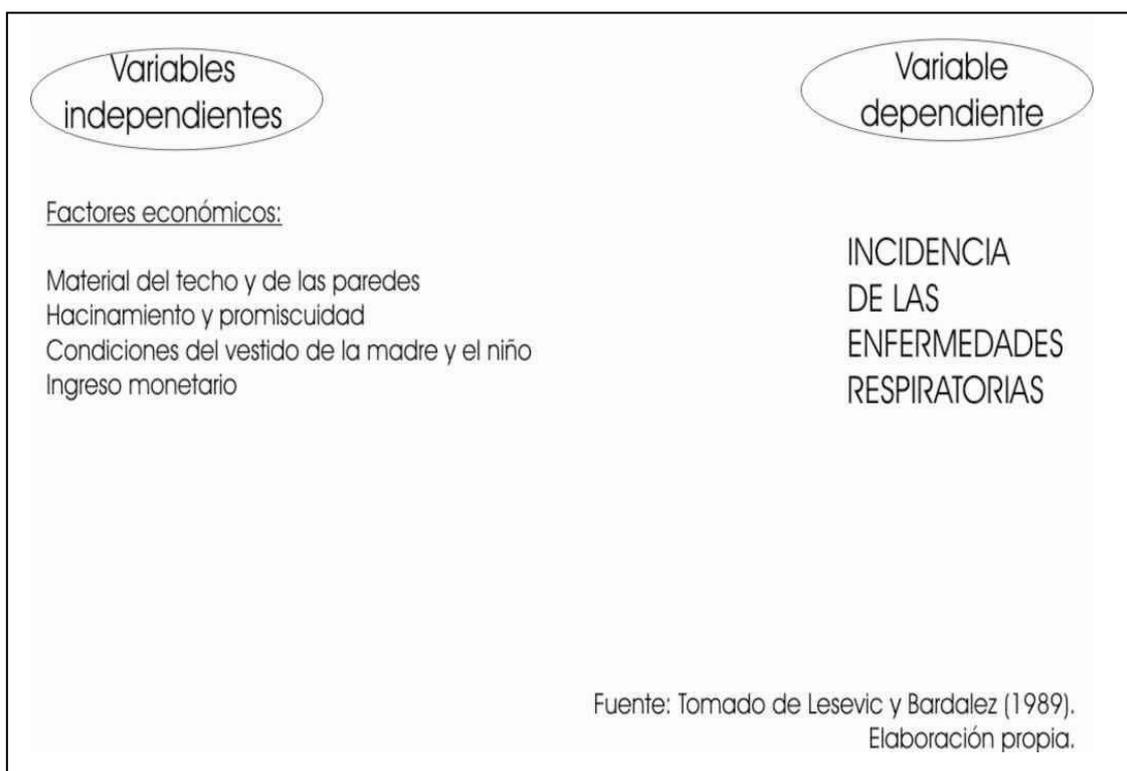


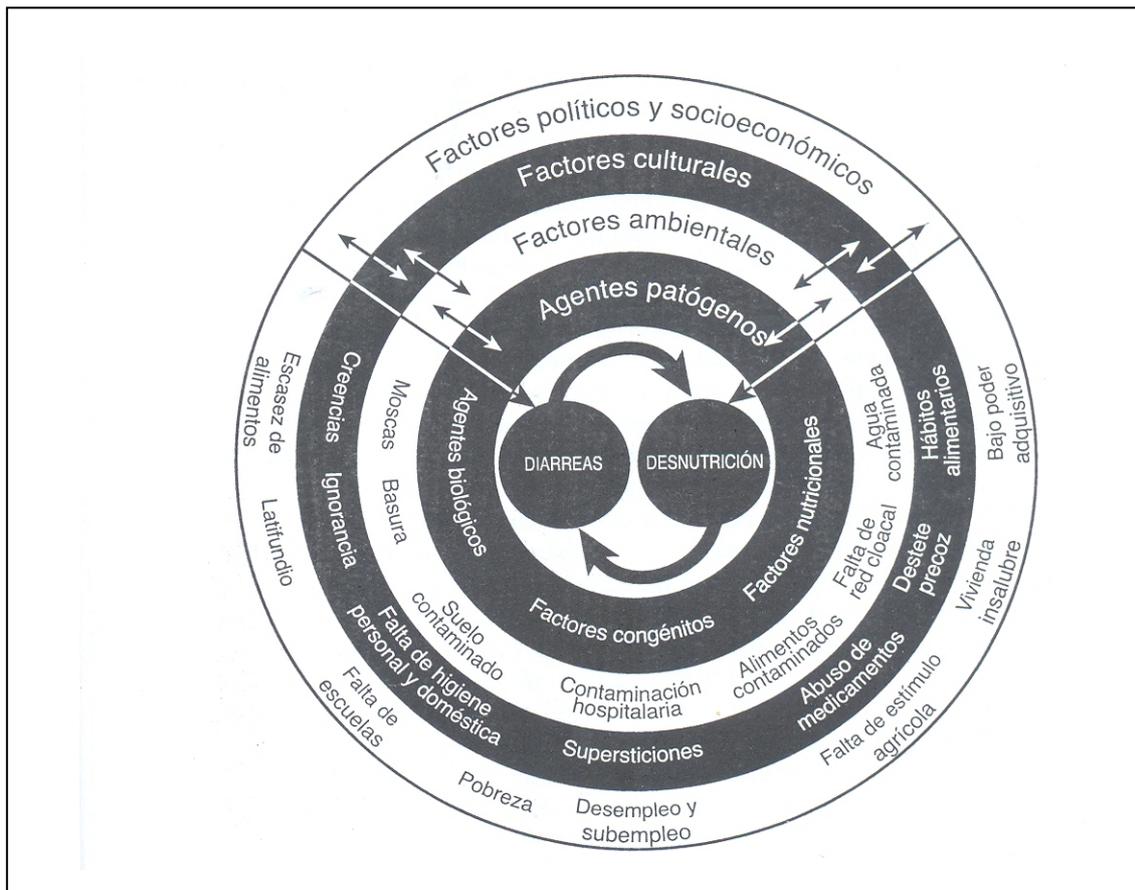
Figura 5. Esquema asociado a la incidencia de las enfermedades respiratorias.



Estos esquemas ayudan a comprender la incidencia de determinadas condiciones habitacionales, educacionales, económicas y culturales (todas asociadas a la pobreza), como variables que intervienen en la aparición y desarrollo de estas enfermedades⁴³. Del mismo modo, la asociación entre diarrea infantil y desnutrición es importante, al respecto Behar (1975, citado por Almeida Filho et al., 2008) señala el hecho de que las infecciones entéricas constituyen factores precipitantes y agravantes de la desnutrición, y ésta, a su vez, influye en la patogenia de procesos diarreicos. La figura 6 ilustra la interacción sinérgica entre síndrome diarreico y desnutrición. Se observa que dentro de un mismo nivel, socioeconómico, cultural o ambiental, los factores son estructurados y actúan sinérgicamente en la producción tanto de diarrea como de desnutrición.

⁴³ Las variables más asociadas con la aparición de las enfermedades de la pobreza son malas condiciones de la vivienda, estado nutricional deficiente, falta general de higiene, carencia de servicios médicos y limitados o nula utilización de los mismos (Bronfman, 2000)

Figura 6. Sinergismo multifactorial en la determinación de las enfermedades diarreicas.



Fuente: Almeida Filho et al., 2008.

En este sentido las áreas más densamente pobladas se han convertido en una de las mayores amenazas para la salud, destacándose en ellas el predominio de enfermedades infecciosas y gastrointestinales, infecciosas en las vías respiratorias y carencias nutricionales (OMS, 1989).

El concepto de enfermedades de la pobreza se convierte, según se ha dicho, en un instrumento central para interpretar la articulación entre mortalidad infantil y pobreza. Resultaría obvio, en este caso, que cuanto mas extrema se torne la condición de pobreza mayor importancia cobra la mortalidad infantil⁴⁴.

Respecto al riesgo de enfermar y morir durante el primer año de vida se han definido (siguiendo los lineamientos de Spinelli et al., 2000), dos grandes niveles de condicionantes:

- Nivel macro-institucional: La estructura socioeconómica de un país o de una región (aquí proponemos el concepto más amplio de territorialización)

⁴⁴ El déficit acentuado de consumo alimentario -como característica de la miseria- tiene profundas consecuencias tanto en el desarrollo físico como emocional y psicológico del niño.

condiciona la aparición de enfermedades y su evolución, uno de cuyos cursos probables es la muerte. Ante esta situación son los niños los más vulnerables a las enfermedades infectocontagiosas, y una política de atención destinada al cuidado infantil disminuye el riesgo de enfermar. En la estructura socioeconómica se distinguen:

- *Factores ecológicos*: guardan conexión con la producción de alimentos, deficiencias alimenticias, existencia de vectores de enfermedades transmisibles, etc.
 - *Factores político-económicos*: tienen relación con la accesibilidad a los servicios públicos, organización de la producción, patrones de distribución de los ingresos y beneficios sociales, distribución y costo relativo de servicios, etc.
 - *Factores del sistema de salud*: son formas de organización, gestión, políticas y eficiencia del sistema formal de salud, etc.
- Nivel micro-institucional: los determinantes de la estructura socioeconómica son mediados al nivel del hogar donde el proceso de crecimiento y desarrollo del niño es extremadamente dependiente del contexto familiar. Este contexto puede subdividirse en dos grandes categorías: condicionantes socioeconómicos y condicionantes intermedios.
 - A.** Condicionantes socioeconómicos: operan al nivel de la familia o de sus miembros tomados individualmente. Tienen relevancia con las capacidades de sus miembros de producir los bienes necesarios para el desarrollo del grupo. Esta capacidad está estrechamente relacionada con la ocupación de los padres y los ingresos que de ella se derivan, pero también tiene relación con el nivel de instrucción alcanzado por los padres. El ingreso, y su forma de utilización, adquiere un papel decisivo en la determinación de las condiciones materiales de vida. Entre dichas condiciones tiene especial importancia la calidad de la vivienda, que incluye características como la provisión de agua y eliminación de excretas, disponibilidad de energía, de insumos para la higiene personal y de la vivienda; como así también los medios para obtener atención preventiva y curativa del niño y el acceso a la información.
 - B.** Condicionantes intermedios: Son variables por medio de las cuales los condicionantes socioeconómicos influyen en el proceso de salud-

enfermedad del niño. Mosley y Chen (1984.) pusieron énfasis también en estos factores como condicionantes de la mortalidad infantil. Se distinguen:

- *Factores maternos*: edad de la madre (es mayor el riesgo de muerte infantil en madres menores a 19 años y mayores a 34 años), condiciones de paridez, intervalo intergenésico (el riesgo de muerte infantil aumenta a medida que disminuye dicho intervalo).
- *Contaminación ambiental*: favorece la diseminación de agentes infecciosos y la incidencia de enfermedades infectocontagiosas mediante agentes que se desplazan por el aire, agua, comida, suelo, piel y algunos vectores.
- *Dieta*: guarda relación con la deficiencia nutricional, por aporte insuficiente de nutrientes al niño y a la madre durante el embarazo y la lactancia, incluye calorías, proteínas, vitaminas y minerales.
- *Accidentes*: se refieren a algunas lesiones traumáticas del niño.

Las estrategias de supervivencia, a su vez, se entienden como conductas y habilidades de las familias para enfrentar las condiciones macro y micro institucionales⁴⁵. Si bien tales estrategias (específicamente las relacionadas con el cuidado de los niños) no inciden directamente en la ocurrencia de muertes infantiles, evitan que muchas circunstancias (y aún enfermedades) tengan desenlaces fatales.

Aún cuando el sistema aquí esbozado no concluya necesariamente con la muerte de niños, las secuelas que suelen dejar en ellos pueden tener consecuencias serias como limitaciones en sus aspectos físicos, psíquicos, cognitivos y afectivos, secuelas que a su vez incidirían sobre los niveles de pobreza y de mortalidad infantil⁴⁶.

⁴⁵ En el seno de las familias surgen habilidades que permiten satisfacer las necesidades de manutención y reproducción de los miembros con los recursos disponibles. Implican decisiones que afectan directa o indirectamente la sobrevivencia de los niños, y si bien no actúan independientemente de los macro o micro condicionantes ni tampoco están desligados de ellos, constituyen una instancia mediadora en el proceso de salud y enfermedad. Tienden a asegurar la reproducción biológica de la familia, preservar la vida y efectuar todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la obtención de los medios de subsistencia y para la socialización de la progenitura (Torrado, 1986). Una de estas estrategias corresponde a la inclusión de la familia en una red social estructurada y continua. Bronfman (2000) destaca el papel de estas redes, sobretudo en familias pobres, ya que considera que ellas son frecuentemente la única posibilidad de ayuda con que pueden contar y el único soporte para aligerar las pesadas cargas de la vida cotidiana.

⁴⁶ Existen evidencias incontrovertibles sobre el deterioro de la función cognitiva en niños que han padecido una situación de extrema pobreza, en especial ante la falta de dos nutrientes elementales como hierro y yodo. Respecto a la carencia de yodo afirman O'Donnell y Porto (2007) que su deficiencia afecta el crecimiento somático y la función intelectual, asimismo puede producir desde idiocia profunda (cretinismo) hasta mínimas secuelas que a veces solo se manifiestan como una pérdida de la agudeza

Finalmente, se hace necesario recordar que las enfermedades de la pobreza tienen un impacto más acusado, debido a la mayor incidencia de los condicionantes exógenos, en el periodo postneonatal⁴⁷.

Cabe advertir, no obstante lo señalado, que la distancia entre los modelos y la información que requieren suele ser muy grande. Es por ello que en esta investigación muchas de las variables mencionados arriba (por ejemplo estrategias de supervivencia, acceso a redes sociales, etc.) no pueden ser utilizados a partir de la información registrada, especialmente en un universo de unos siete millones de personas.

auditiva. Respecto a la carencia de hierro O'Donnell y Porto (op cit.) afirman que la anemia, que ocurre como deficiencia de hierro, tiene como causa principal en nuestro país la escasa o mala calidad de la dieta alimentaria. Estos severos condicionantes pueden generar en el niño lo que O'Donnell y Porto (2007, op cit.: 108) denominan el *daño social del desarrollo cerebral*, lo cual tiene consecuencias importantes en el cerebro adulto en sus habilidades, en su perfil emocional y en su comportamiento social. Por lo tanto, las alteraciones producidas en la niñez según sean su naturaleza, intensidad y duración pueden llegar a ser de difícil recuperación. De la misma manera, también Hommes y Soto (1999) afirman que el nivel nutricional y de salud del niño condiciona significativamente los posteriores niveles de inteligencia, salud y nutrición del adulto, incidiendo por tanto en su productividad, así como en su ingreso y en su nivel de vida.

⁴⁷ Los factores exógenos están vinculados con la calidad de la vivienda, el ambiente, las condiciones sociales, el nivel educativo alcanzado, las características de la alimentación, etc.

CAPÍTULO III

FUENTES Y MÉTODOS.

En este trabajo se abordó el estudio de la mortalidad infantil y la pobreza en el territorio del Norte Grande Argentino procurando encontrar una manifestación de la mortalidad infantil que ofrezca una elevada correlación con la pobreza. Se trató de observar de qué manera la pobreza, medida por distintas metodologías en los años 1991 y 2001, y la mortalidad infantil, registrada durante los trienios 1992-1994 y 2000-2002 según lugar de residencia de la madre, se encuentran vinculadas. Para ello se correlacionaron los valores departamentales de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal con el porcentaje de hogares pobres de cada departamento según los distintos métodos de medición del fenómeno. Previamente a esto será necesario caracterizar las fuentes de información utilizadas señalando las ventajas y limitaciones de las mismas.

3.1 Fuentes de información

Para la realización de esta investigación se utilizaron como fuentes de información el Censo Nacional de Población y Vivienda 1991, el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001, y las estadísticas vitales de la República Argentina (con información sobre nacidos vivos y muertes infantiles) correspondientes al período intercensal 1991-2001⁴⁸. La unidad de análisis político administrativa con la que se trabajó fue el departamento; si bien los datos censales tienen un elevado nivel de desagregación geográfica (radios y fracciones censales), los datos concernientes a estadísticas vitales están registrados a nivel departamental.

La información provista por el Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES) corresponde a los hechos vitales de la República Argentina⁴⁹. La mencionada fuente posee información referente al número de muertes por jurisdicción de residencia de la

⁴⁸ Dicho sistema, por delegación del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, forma parte del Sistema de Estadísticas de Salud conocido como Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES). Este programa trabaja con definiciones y procedimientos recomendados por la Oficina de Estadísticas de Población de Naciones Unidas, lo que finalmente resulta en información homogénea y comparable.

⁴⁹ Se definen como hechos vitales a aquellos acontecimientos relacionados con el comienzo y el fin de la vida del individuo y con los cambios de su estado civil que pueden ocurrirle durante su existencia y comprenden los nacimientos vivos, las defunciones, las defunciones fetales (mortinatos), los matrimonios, los divorcios, las adopciones, etc. (Marconi et al., 2007).

madre (provincia y departamento), nacidos vivos⁵⁰, peso al nacer⁵¹, nivel de instrucción materno⁵², edad del fallecido⁵³, edad de la madre⁵⁴ y causa de muerte⁵⁵.

Tanto en el cálculo de la tasa de mortalidad infantil como en la elaboración de la cartografía derivada de las bases calculadas, la información fue procesada agrupando los años en trienios. Así quedaron definidos un primer periodo que va de 1992 a 1994, un segundo periodo que alcanza desde 1995 a 1997 y por último un tercer periodo que incluye los años 1998, 1999 y 2000. De esta manera se procuró suavizar las oscilaciones anuales propias de la tasa, obteniendo una visión de conjunto que describe las tendencias y no resalta los momentos coyunturales.

Respecto a la fuente censal no existen mayores problemas respecto a su calidad, disposición y confiabilidad; no obstante, las estadísticas vitales presentan errores de cobertura y contenido que necesitan ser evaluados. En efecto, cada vez que las estadísticas vitales son abordadas en reuniones internacionales resalta un común denominador: la evaluación de su calidad y el consenso acerca de la necesidad de acelerar su mejoramiento. La cobertura de los hechos vitales tiene en América Latina grandes diferencias que varían de país a país. Argentina se caracterizó en el contexto latinoamericano por un buen sistema de registro de datos, aunque existen singulares distancias en el seno de las provincias. Estos errores pueden no afectar significativamente la medición del nivel del fenómeno, pero si plantean algunas limitaciones relativas al análisis de sus características⁵⁶.

Si bien el registro de nacimientos y defunciones es obligatorio, no existen los incentivos correctos ni los controles correspondientes por parte de las autoridades a fin de dar lugar a la mayor cobertura posible. En nuestro país, las oficinas encargadas del registro de los hechos vitales pertenecen a la jurisdicción provincial, de ello se deriva la diferente

⁵⁰ Se define como nacido vivo a la expulsión o extracción completa del individuo del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de la separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006).

⁵¹ El peso al nacer se expresa en gramos. El límite inferior es 350 g. y el superior 7500 g. Se considera "no bien especificado" cuando es inferior a 350 o mayor a 7500 g.

⁵² Se consideran los niveles de educación del sistema tradicional. Se distinguen los intervalos: analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, terciario/universitario incompleto, terciario/universitario completo e ignorado o no bien especificado.

⁵³ Permite distinguir tres categorías: de 0 a 6 días, de 7 a 27 días y de 28 a 365 días.

⁵⁴ Se expresa en años. El límite inferior es 8 y el superior 55.

⁵⁵ Se entiende como causa de defunción a todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron ciertas lesiones. Esta definición no incluye síntomas ni modos de morir tales como paro cardíaco o insuficiencia respiratoria, cuando son el resultado final de un proceso de enfermedad.

⁵⁶ Cfr. Díaz Muñoz, 1995.

calidad y las limitaciones de los datos según la provincia de la que se trate. Entre estos problemas pueden mencionarse los registros asistemáticos, la ausencia de soporte magnético, bases de datos sin formalización institucional (falta de reconocimiento formal de la institución), suposiciones e incoherencias entre bases de datos semejantes, entre otros problemas (Alazraqui, 2005).

Dos serios problemas que afectan la calidad de los hechos vitales son los referidos al registro del área geográfica y la edad del fallecido. En este sentido, las estadísticas de defunciones infantiles poseen errores de integralidad superiores a los de mayores de un año. Asimismo hay motivos para pensar que la integralidad es más alta en las muertes neonatales, lo cual se explicaría, aparte de su confusión con los mortinatos, por las prácticas seguidas en las regiones rurales apartadas, donde muchos niños de corta edad no son inhumados en cementerios públicos y, por consiguiente, no se cumple con el requisito del registro (Velázquez, 1997).

Respecto a la calidad del registro de las defunciones infantiles según el área geográfica, se observó que, en algunas provincias, si bien en la última década se han implementado programas de mejoramiento del registro de los hechos vitales, aún son elevados los casos en los que se ignora el número de muertes infantiles, la edad del fallecido, el nivel de instrucción materno, la edad de la madre, el peso del niño o incluso el lugar de residencia de la madre. Estas restricciones limitan seriamente la comparación del fenómeno entre jurisdicciones.

En el caso de las defunciones, un dato considerado de preocupación general es el registro de la causa básica de muerte. Este es un dato de suma importancia dado que constituye la principal fuente para obtener información sobre la morbilidad/mortalidad de la población y las características de su perfil epidemiológico, como así también el grado de avance en su transición epidemiológica. A su vez, es un dato esencial para la formulación de programas y políticas de salud. En este sentido Córdoba et al. (1989) presentan tres grandes limitaciones del registro de la causa de muerte:

- La capacitación en el registro, pasando desde la información relevada por personal médico en algún hospital al registro realizado por personal sin ningún tipo de entrenamiento médico.
- La distinta naturaleza de los padecimientos que conducen a la defunción; esto está relacionado con las diferentes etiologías, tiempos de evolución, grados de letalidad, etc., lo cual puede de alguna manera encubrir la causa básica de la defunción.

- El variado mosaico de contextos en el que transcurre la vida y la muerte de una población, lo cual conduce a considerar los contextos socioculturales en los que estos ocurren; de esto se deduce la posibilidad de defunciones o nacimientos no registrados o mal registrados.

El porcentaje de causas de muerte mal definidas de alguna manera, como plantean Chackiel (1987) y Jaspers-Faijer et al. (1994), precisa la magnitud del subregistro, ya que existe una relación directa entre subregistro y causas mal definidas.

Otra limitación de las estadísticas de causas de muerte se refiere al cambio en la metodología aplicada en el país para codificar las muertes. Hubo una modificación a partir del año 1997⁵⁷, lo cual implicó la homologación de los grupos de causas para poder analizar la evolución durante la década. En este sentido fue necesario agrupar las causas de muerte codificadas en ambas clasificaciones en 17 grupos etiológicos. La tabla 4 exhibe los grupos constituidos y las causas incluidas dentro de cada clasificación.

Tabla 4. Homologación de causas de muerte en grupos según Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 9° Revisión y CIE 10° Revisión.

Grupo de causas	Códigos según CIE 9	Códigos según CIE 10
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1-139	A00-B99
Tumores	140-239	C00-D48
Enfermedades de las glándulas endócrinas, de la sangre, órganos hematopoyéticos y trastornos de la inmunidad.	240-289 (excepto 260-269 y 280-285).	D56-E90 (excepto D59, D61-D64, E40-E64).
Deficiencias de la nutrición y anemias.	260-269 y 280-285	D50-D55, D59, D61-D64, E40-E64
Enfermedades mentales	290-319	F00-F99
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	320-389	G00-H95
Enfermedades del aparato circulatorio.	390-459	I00-I99
Enfermedades del aparato respiratorio.	460-519	J00-J99.
Enfermedades del aparato digestivo.	520-579	K00-K93
Enfermedades del aparato genito-urinario	580-629	N00-N99
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.	630-676	O00-O99
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	680-709	L00-L99

⁵⁷ Hasta el año 1996 se utilizó en el país la Clasificación Internacional de Enfermedades 9° Revisión (CIE 9), la cual incluía 999 causas de muerte definidas. A partir de 1997 se empieza a utilizar en el país la CIE 10, con un sistema más complejo de definición de la causa de muerte, que incluye 2037 causas de defunción.

Enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conjuntivo.	710-739	M00-M99.
Anomalías congénitas	740-759	Q00-Q99
Ciertas condiciones originadas en el periodo perinatal.	760-779	P00-P96
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.	780-799	R00-R99
Lesiones, traumatismos, envenenamientos y causas externas de morbilidad y mortalidad.	800-999	S00-Z99

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades 9° y 10° Revisión.
Elaboración propia.

A pesar de todas las limitaciones reseñadas, Chackiel (op cit.) define a la Argentina dentro de los países latinoamericanos con buena información sobre mortalidad por causas, aunque, como se mencionara anteriormente, esta condición disminuye en el seno de determinadas provincias del territorio.

La provincia de Santiago del Estero es la que mayores problemas presenta en este sentido. De hecho, no dispone de los datos de nacidos vivos según lugar de residencia de la madre para el período 1992-1994. Asimismo, en esta provincia no operó la mejora arriba señalada respecto al registro de los hechos vitales, puesto que estudios realizados en los años 2000, 2002, 2003 y 2004 por la Dirección General de Planificación, Evaluación de Proyectos y de Estadísticas y Censos de Santiago del Estero (responsable del subsistema provincial de estadísticas vitales) y por profesionales de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) pusieron en evidencia que la magnitud de la omisión sigue siendo muy importante y condiciona la validez de los indicadores de mortalidad infantil (Vega et al., 2006). Por tales motivos resultan inverosímiles los niveles y las oscilaciones de los registros de mortalidad infantil en algunos departamentos de la provincia y en la provincia misma.

Para evaluar el grado de fiabilidad de la información con la que se trabajó se elaboró la tabla 5, la cual puso de manifiesto el porcentaje de información ignorada o desconocida en cada provincia según distintas variables de las bases de mortalidad infantil.

Tabla 5. Provincias del NGA. Porcentaje de defunciones infantiles según características ignoradas o mal definidas. 1992-2000.

	Depto de residencia materno ignorado	Sexo ignorado	Tramo de edad ignorado	Peso ignorado	Edad de la madre ignorada.	Máximo nivel de educativo materno ignorado	Causas de muerte mal definidas o desconocidas
Catamarca	4,73	0,00	1,06	5,91	9,99	16,31	7,27
Corrientes	0,61	0,02	0,53	10,21	5,26	37,61	6,88

Chaco	0,82	0,19	0,12	24,47	29,89	46,66	7,68
Formosa	13,25	0,00	0,06	26,09	20,24	30,68	5,22
Jujuy	1,25	0,00	1,85	13,09	10,54	16,99	18,93
Misiones	1,56	0,50	1,43	28,39	29,13	42,52	6,69
Salta	2,67	0,38	1,02	5,11	5,65	13,05	5,74
Santiago del Estero	5,81	0,45	2,99	56,58	14,10	52,06	17,60
Tucumán	0,97	0,03	0,22	17,83	19,83	60,60	4,98
NGA	2,78	0,19	0,89	20,35	17,26	37,76	8,21

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas Vitales.
Elaboración propia.

De lo observado en la tabla se deduce: en el NGA existe una calidad confiable en los datos de defunciones infantiles respecto a características como el departamento de residencia materno, el sexo del fallecido y el tramo de edad del fallecimiento. En tales variables el porcentaje de desconocimiento y/o casos ignorados es mínimo, siendo inferior al 5%. En el interior de las provincias tal relación se mantiene, salvo en el caso de Formosa y Santiago del Estero, donde se ignora el departamento de residencia materno en un 13.2 y 5.8% de las defunciones infantiles respectivamente.

En un segundo nivel de calidad de la información se encuentra el registro de la causa de muerte, el cual en el NGA tiene un 8.2% de muertes infantiles de causa desconocida o mal definida. Esta magnitud lleva a tomar con cautela los análisis epidemiológicos que se realicen. No obstante, en la provincia de Tucumán el porcentaje de causas desconocidas o mal definidas es inferior al 5%, lo cual avala la buena calidad de los datos registrados por esta provincia. Sin embargo, mas allá de esta virtud, el resto de las provincias posee una calidad variable de tal información, siendo el caso más deficiente el correspondiente a las provincias de Jujuy y Santiago del Estero, donde tales registros alcanzan el 18.9 y 17.6% respectivamente.

Por último, la calidad de los datos es deficiente en variables como el peso del fallecido y la edad y nivel de instrucción materno. En efecto, la región del NGA posee datos ignorados en tales variables superiores al 15%, alcanzando en el caso del nivel de instrucción materno el 37.7% de casos ignorados. La provincia que se encuentra en una situación más ventajosa respecto al registro de estas variables es Salta, la cual es la única que posee registros ignorados en estas tres variables inferiores al 15%.

Por estos motivos se deduce que la información de defunciones infantiles según departamento de residencia materno, sexo del fallecido y tramo de edad del fallecimiento posee un grado de fiabilidad aceptable. En un escalón siguiente se encuentra la calidad de la información respecto a la causa de muerte, la cual requiere de

cautela en los análisis que se realicen poniendo énfasis en la calidad del dato considerando la diferente característica según la provincia de la que se trate. Por último, se desestima el uso de variables tales como peso de nacimiento, máximo nivel de educación materna alcanzado y edad de la madre debido al alto porcentaje de desconocimiento que revelan en el NGA en el periodo considerado.

Respecto a las características que adquiere la tabla de nacimientos es necesario recordar que el dato más importante en nuestra investigación fue el del total de nacidos vivos según lugar de residencia de la madre a nivel departamental. No obstante, se evaluó también algunas características que poseen las tablas de nacimientos trabajadas. En este sentido se evaluó la calidad de la información de los nacimientos según departamento de residencia de la madre, peso al nacer, edad de la madre, y máximo nivel de instrucción alcanzado por la madre. Los resultados sobre el porcentaje de desconocimiento y/o casos ignorados se evidencian en la tabla siguiente:

Tabla 6. Provincias del NGA. Porcentaje de nacimientos según características ignoradas o mal definidas. 1992-2000.

Provincia	Departamento de residencia ignorado	Peso al nacer ignorado	Edad de la madre ignorada	Nivel de instrucción materna ignorado
Catamarca	0,3	7,1	0,1	2,6
Corrientes	0,3	14,2	0,3	2,2
Chaco	0,1	10,3	0,7	5,8
Formosa	0,2	12,0	0,5	18,3
Jujuy	0,6	2,7	0,3	1,4
Misiones	0,1	4,8	0,6	6,3
Salta	0,3	7,3	0,6	13,5
Santiago del Estero	0,6	11,0	1,8	6,0
Tucumán	0,2	4,0	0,4	3,8
NGA	0.3	7.9	0.6	6.7

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas Vitales.
Elaboración propia.

Se observa que en variables como departamento de residencia y edad de la madre el grado de desconocimiento es mínimo, en todos los casos inferior al 1% (con excepción de Santiago del Estero en la variable edad de la madre, cuyo nivel de desconocimiento alcanza el 1.8%). No obstante, la calidad del dato disminuye notablemente en las variables peso al nacer y nivel de instrucción de la madre. En este sentido, las provincias con mayor porcentaje de desconocimiento respecto al peso nacer son Corrientes (14.2%) y Santiago del Estero (11%). Por último, respecto a la variable nivel de instrucción materno las provincias más críticas en cuanto a calidad de la información

son Formosa y Salta. En la primera se desconoce el dato en el 18.3% de los nacimientos, en tanto en Salta se lo desconoce en el 13.3% de los nacimientos.

Ante el panorama presentado hasta aquí hay diferentes opiniones respecto al uso de estadísticas vitales limitadas. Por un lado están aquellos que dudan de la posibilidad de hacer análisis cuando la calidad es deficiente; por otro lado, están los que piensan que siempre es posible hacer correcciones a los datos, independientemente de su calidad. En esta controversia, creemos correcto considerar que ninguna información es absolutamente despreciable, pero se debe tener conciencia de la limitación de los datos y de cuanto se puede esperar de ellos, tomándolos, en algunos casos puntuales como Santiago del Estero, con suma cautela.

3.2 Relaciones pobreza – mortalidad infantil.

Para profundizar en las relaciones existentes entre la mortalidad infantil y la pobreza se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson en los departamentos del NGA. La correlación expresa el grado y sentido de la variación concomitante de dos o más series de datos. El coeficiente de correlación aplicado se define a partir de puntuaciones diferenciales y típicas (Fernández Díaz et al., 1991). El mismo varía desde un valor igual a -1 (asociación perfecta negativa) hasta un valor máximo de 1 (asociación perfecta positiva) (García Ferrando, 1985). La fórmula para el cálculo del coeficiente de correlación es la siguiente:

$$r_{xy} = \frac{\sum X \cdot Y}{N \cdot S_x \cdot S_y}$$

Donde:

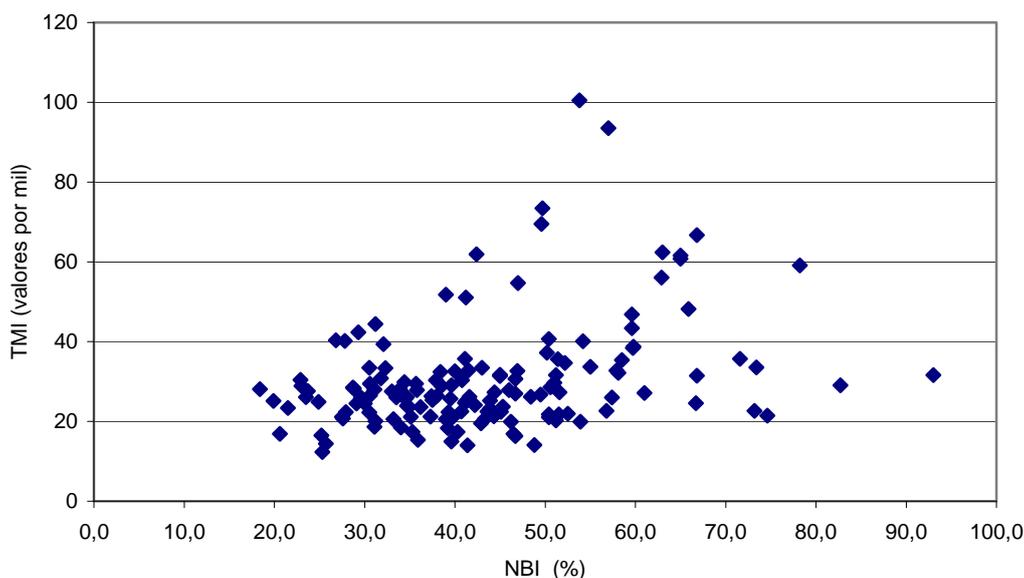
r = coeficiente de correlación, X = variable 1, Y = variable 2, N = Número de datos, S_x = Desvío estándar de X, y S_y = Desvío estándar de Y.

Los resultados en los cálculos fueron diferenciados según el método de medición de la pobreza, el componente de mortalidad utilizado y el período analizado⁵⁸. Asimismo, para cada coeficiente calculado se elaboró el gráfico de dispersión correspondiente. De esta manera, a la expresión numérica de la correlación, se le complementa la expresión gráfica.

⁵⁸ Es necesario recordar que los registros de pobreza pertenecen a los años 1991 y 2001. En tanto los períodos considerados para el cálculo de la mortalidad infantil corresponden al trienio 1992-1994 y 2000-2002. Dadas las características de la calidad del registro de la mortalidad infantil reseñadas anteriormente se trabajó principalmente con el tramo de edad del fallecido, esto es la manifestación neonatal y postneonatal de la mortalidad infantil.

En primera instancia se correlacionó el método NBI con la tasa de mortalidad infantil (TMI)⁵⁹. El resultado obtenido fue débil, obteniéndose 0.35 de correlación para principios de la década y 0.26 a fines de la misma (figuras 7 y 8). El mismo indicador de pobreza fue correlacionado también con la mortalidad neonatal (TMN), allí el resultado fue 0.07 y -0.04 respectivamente (figuras 9 y 10), lo cual pone de manifiesto la ausencia de correlación con esta manifestación de la mortalidad infantil.

Figura 7.
Correlación entre tasa de mortalidad infantil y porcentaje de hogares con NBI. Nivel departamental. 1991.

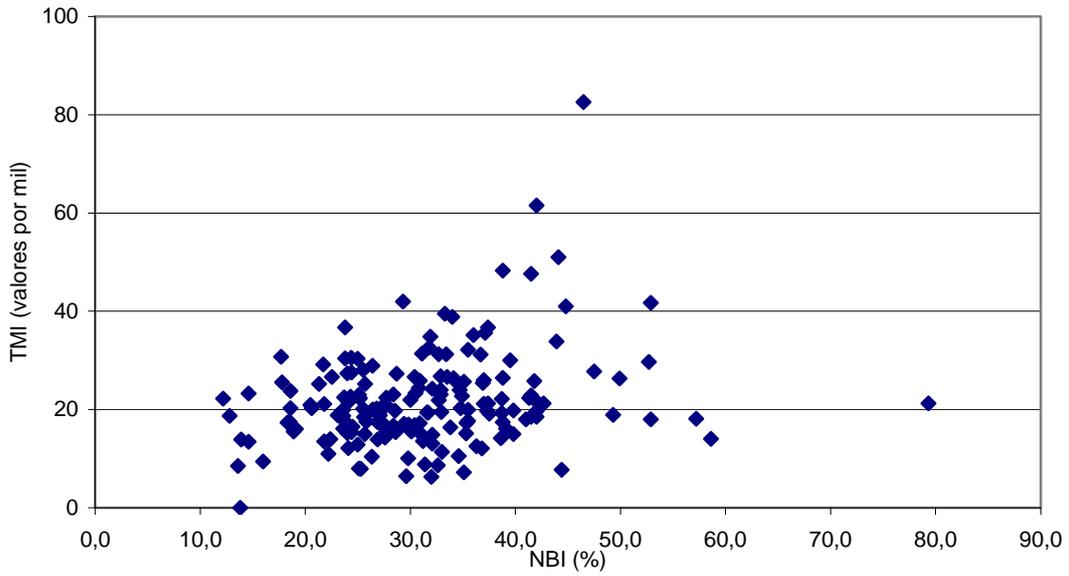


$$r_{xy} = 0.35$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

⁵⁹ En todas las correlaciones realizadas a principios de la década no fueron considerados los datos concernientes a mortalidad infantil de los departamentos de la provincia de Santiago del Estero, debido a la ausencia de información sobre nacimientos y los elevados problemas de calidad y cobertura de las muertes infantiles.

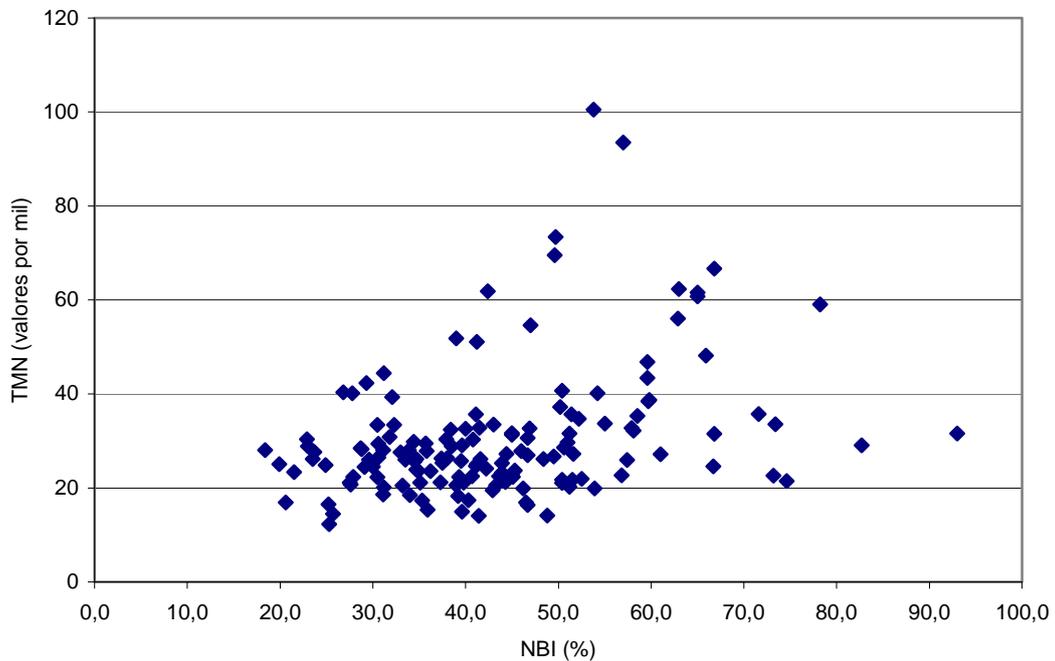
Figura 8.
Correlación entre tasa de mortalidad infantil y porcentaje de hogares con NBI. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = 0.26$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

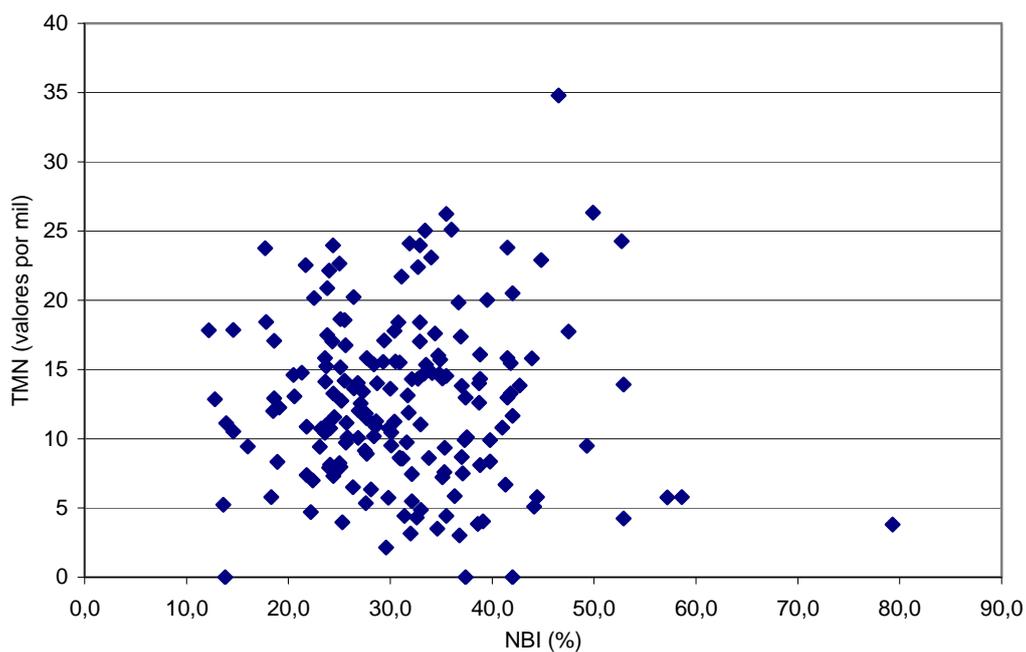
Figura 9.
Correlación entre tasa de mortalidad neonatal y porcentaje de hogares con NBI. Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = 0.07$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Figura 10.
Correlación entre tasa de mortalidad neonatal y porcentaje de hogares con NBI. Nivel departamental. 2001.

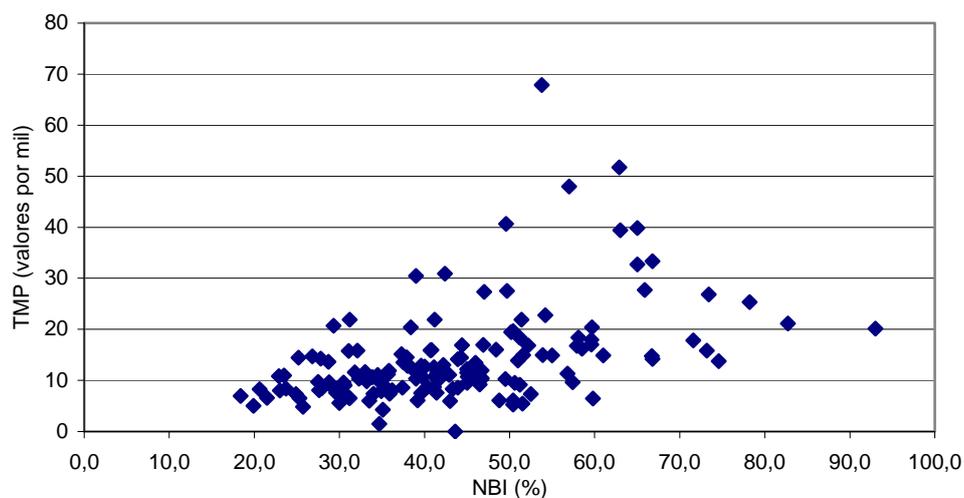


$$r_{xy} = -0.04$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Los resultados mejoraron cuando al porcentaje de hogares con NBI fue correlacionado con la mortalidad postneonatal (TMP), que como se mencionó anteriormente, está más asociada a etiologías de muerte exógenas. A principios de la década se obtuvo una correlación igual a 0.47 y a fines de la misma fue apenas menor, alcanzando un valor igual a 0.38 (figuras 11 y 12).

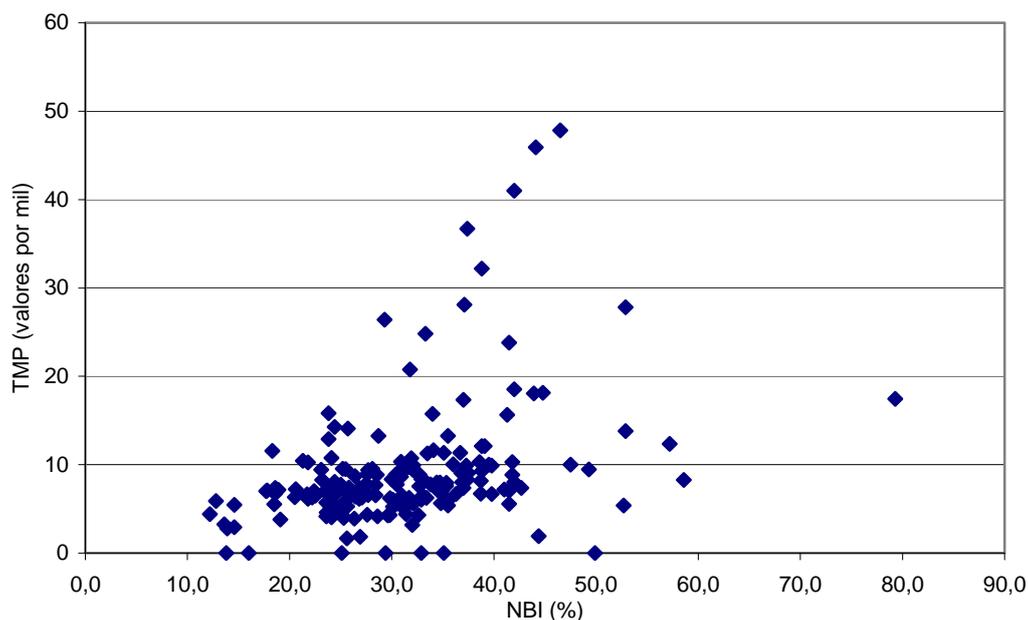
Figura 11.
Correlación entre tasa de mortalidad postneonatal y porcentaje de hogares con NBI. Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = 0.47$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

Figura 12.
Correlación entre tasa de mortalidad postneonatal y porcentaje de hogares con NBI. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = 0.38$$

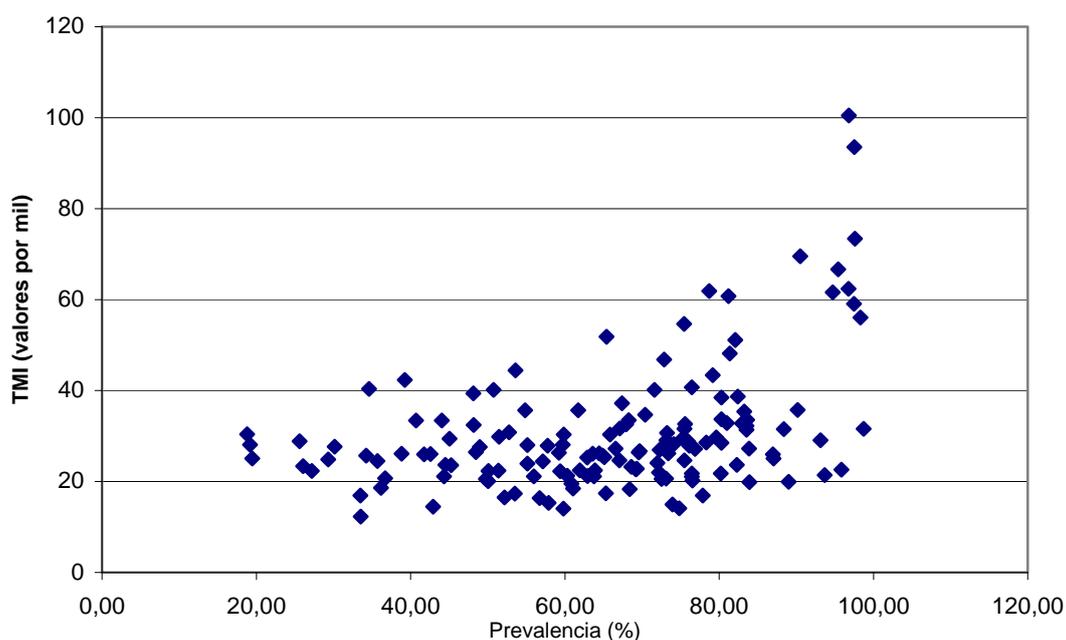
Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

Se correlacionaron, además, los valores de mortalidad infantil con otros índices de pobreza como el IPC y el IPMH. En el primer caso se obtuvo una correlación de 0.43 entre la prevalencia del IPC y la TMI (figura 13). Con el mismo indicador de pobreza y TMN el resultado fue 0.14 de correlación (figura 14). En tanto, este valor ascendió, al

igual que en las correlaciones anteriores, cuando fue relacionado con la TMP, en este caso, el resultado obtenido fue 0.52 (figura 15).

Una medida complementaria del IPC lo constituye la incidencia. El valor registrado por este índice fue de igual modo correlacionado con las tres manifestaciones de la mortalidad infantil. En todos los casos la correlación fue negativa, lo que indicaría que áreas con gran aporte de pobres a la región no guardan una relación directa con las áreas donde es más elevado el valor de la tasa de mortalidad infantil. Esto pone de manifiesto la contribución en el total de hogares pobres de la región que realizan los departamentos donde se localizan las capitales provinciales y las principales ciudades, las cuales contarían con la infraestructura necesaria para mantener niveles menores de mortalidad infantil respecto al contexto regional. En este sentido, con la TMI se obtuvo una correlación de -0.18 (figura 16), con la TMN -0.05 (figura 17) y con la TMP -0.24 (figura 18).

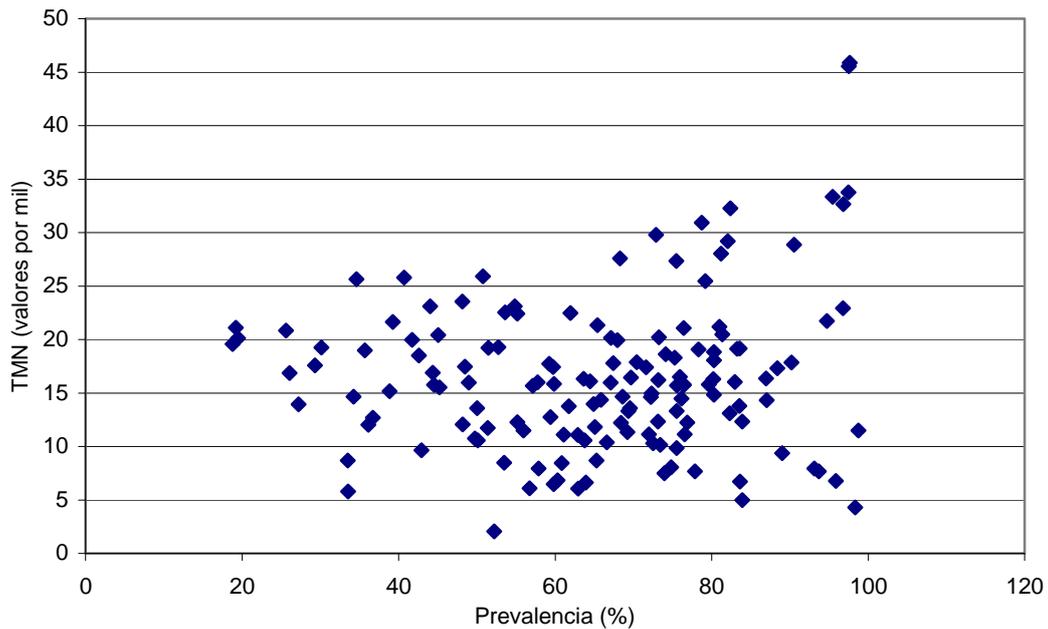
Figura 13.
Correlación entre tasa de mortalidad infantil y prevalencia del IPC. Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = 0.43$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

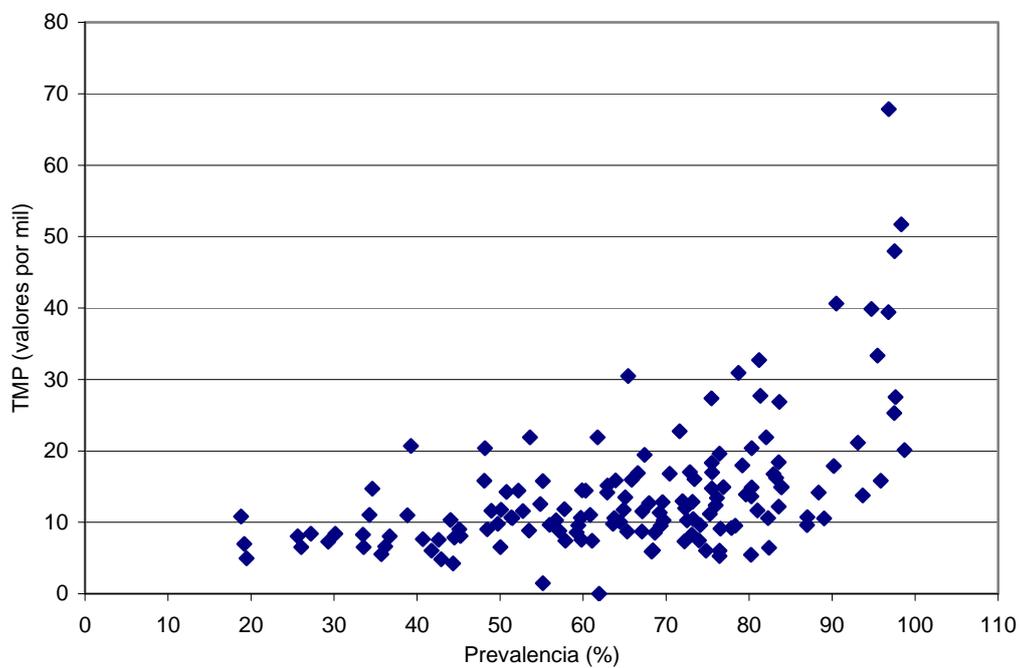
Figura 14.
Correlación entre tasa de mortalidad neonatal y prevalencia del IPC. Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = 0.14$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Figura 15.
Correlación entre tasa de mortalidad postneonatal y prevalencia del IPC. Nivel departamental. 1991.

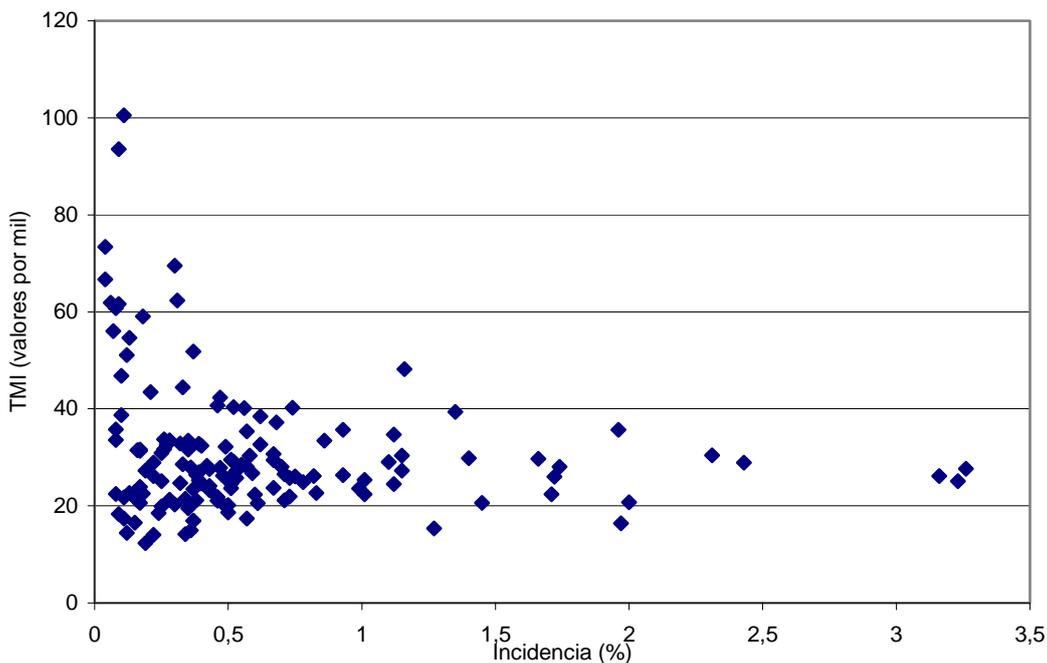


$$r_{xy} = 0.52$$

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia

Figura 16.

Correlación entre tasa de mortalidad infantil e incidencia del IPC. Nivel departamental. 1991.

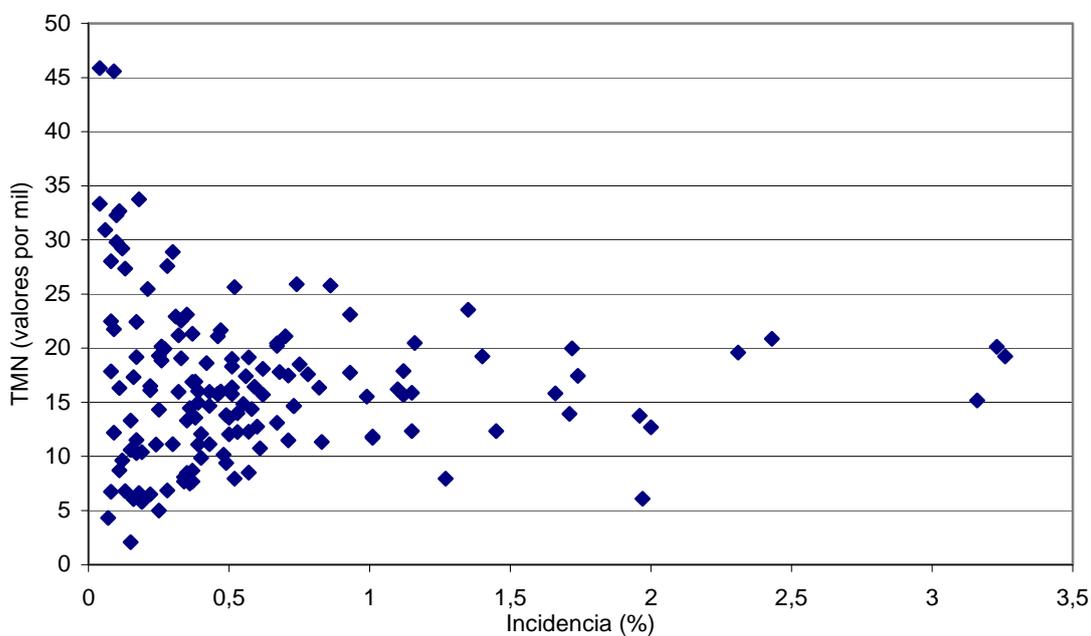


$$r_{xy} = -0.18$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Figura 17.

Correlación entre tasa de mortalidad neonatal e incidencia del IPC. Nivel departamental. 1991.

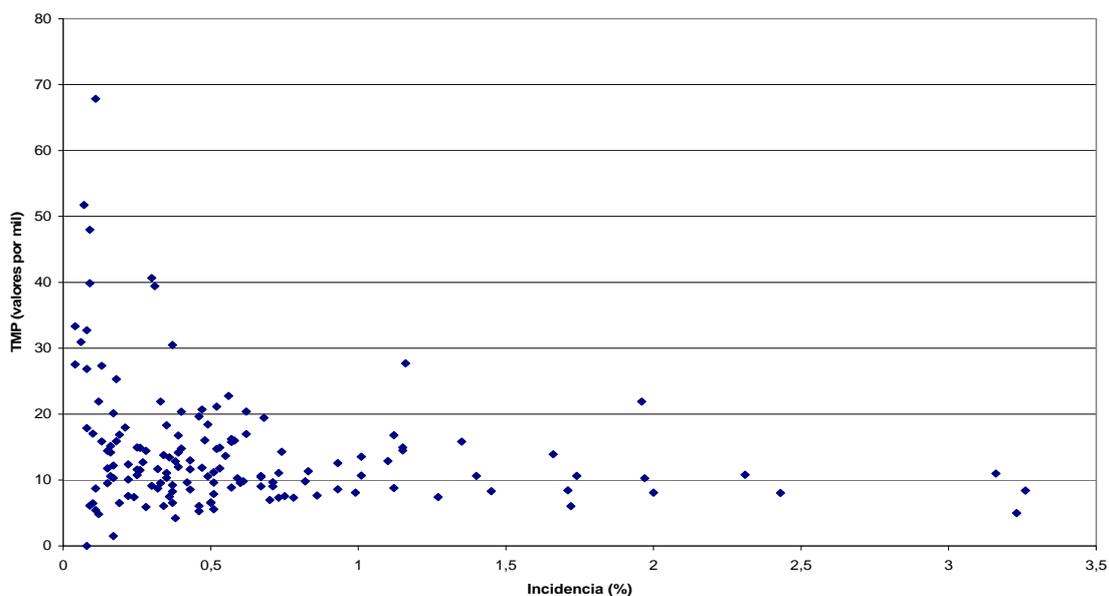


$$r_{xy} = -0.05$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Figura 18.

Correlación entre tasa de mortalidad postneonatal e incidencia del IPC. Nivel departamental. 1991.



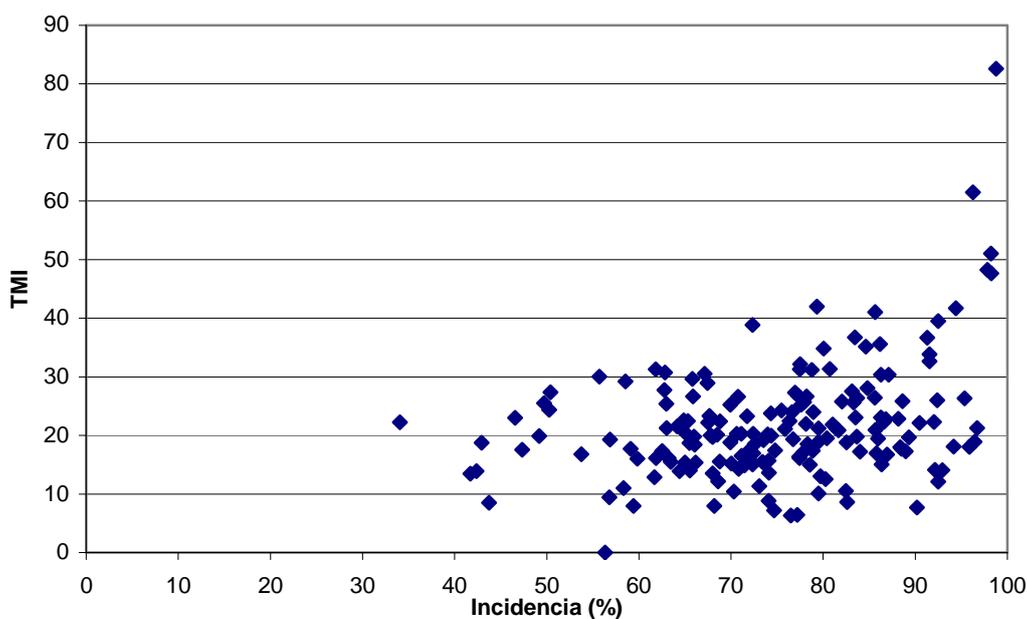
$$r_{xy} = -0.24$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Como se mencionó, la correlación se realizó también con los indicadores del IPMH, en este caso incidencia e intensidad. Entre TMI e incidencia de IPMH se obtuvo una correlación igual a 0.34 (figura 19), con la TMN el resultado fue -0.05 (figura 20), en tanto con la TMP fue igual a 0.50 (figura 21).

Figura 19.

Correlación entre tasa de mortalidad infantil e incidencia del IPMH. Nivel departamental. 2001.

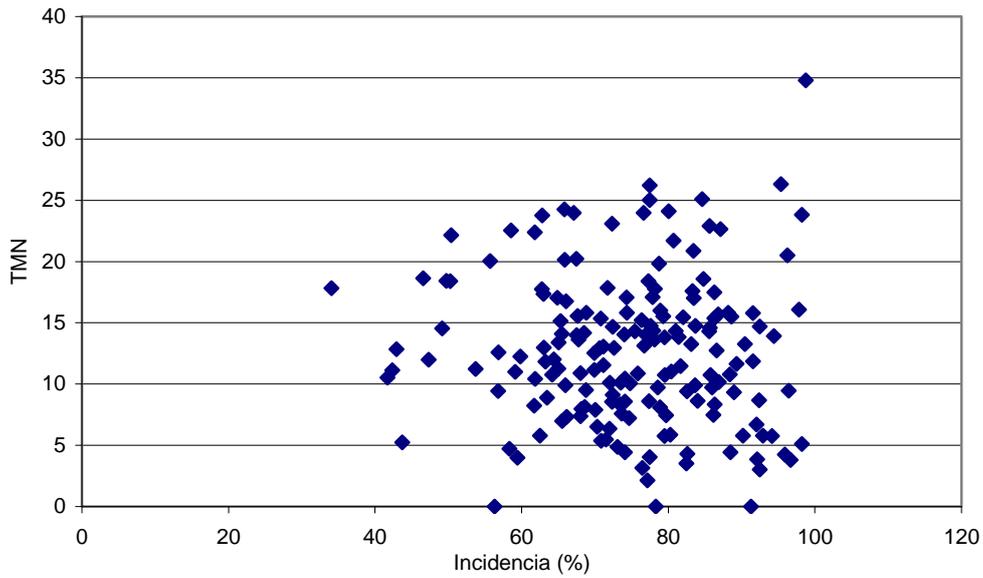


$$r_{xy} = 0.34$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Figura 20.

Correlación entre tasa de mortalidad neonatal e incidencia del IPMH. Nivel departamental. 2001.

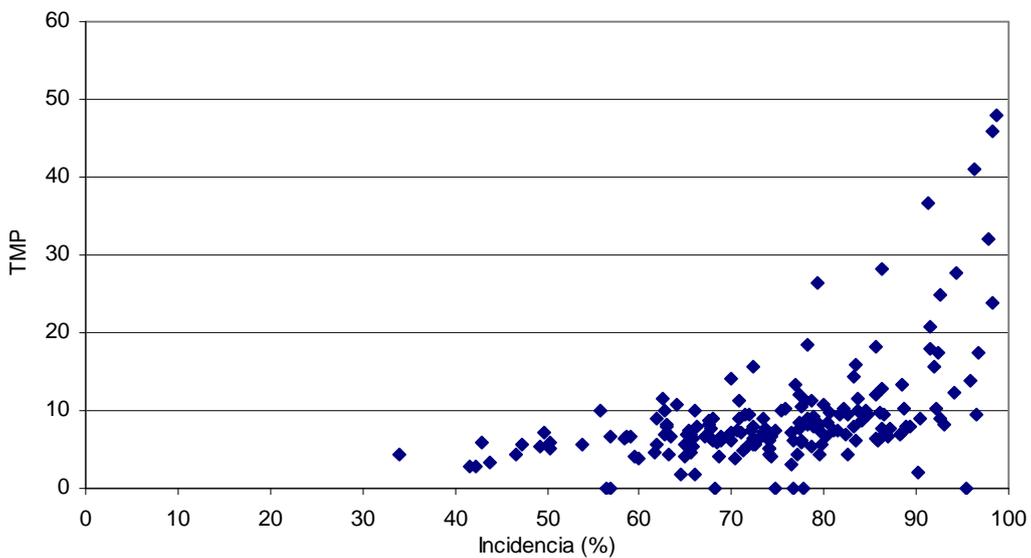


$$r_{xy} = -0.05$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Figura 21.

Correlación entre tasa de mortalidad postneonatal e incidencia del IPMH. Nivel departamental. 2001.



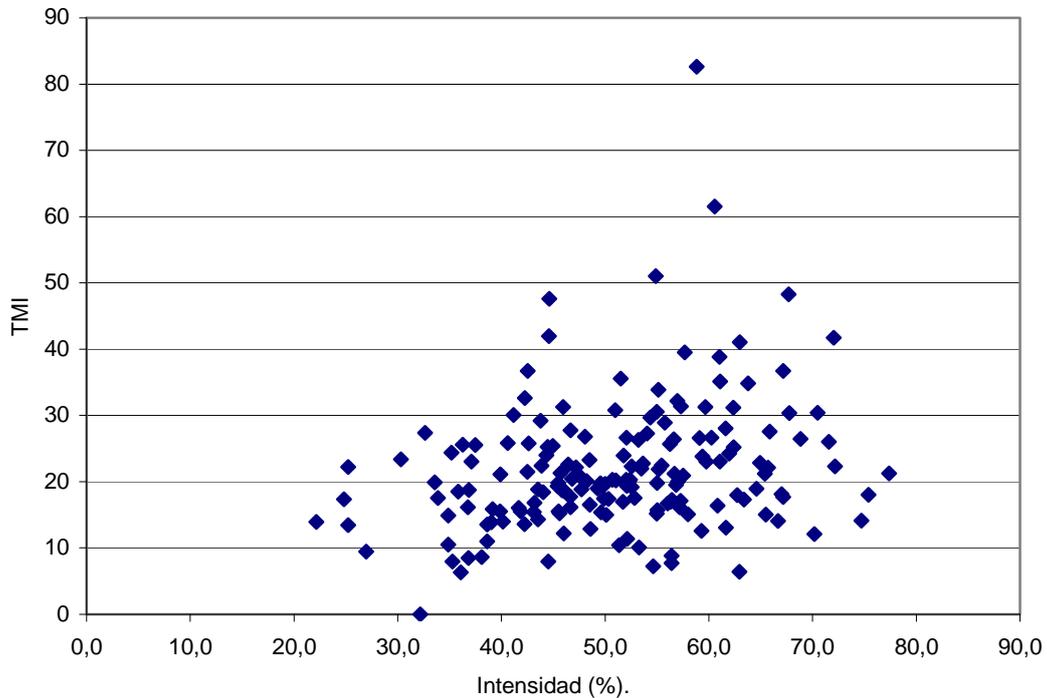
$$r_{xy} = 0.50$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

También fue correlacionado el indicador de intensidad del IPMH, siendo los resultados obtenidos menores al indicador de incidencia. Con respecto a la TMI el resultado fue de 0.26 de correlación (figura 22), con la TMN se obtuvo 0.09 (figura 23) y con la TMP

fue apenas superior a la registrada con la TMI, dicho valor alcanzó el 0.28 de correlación (figura 24).

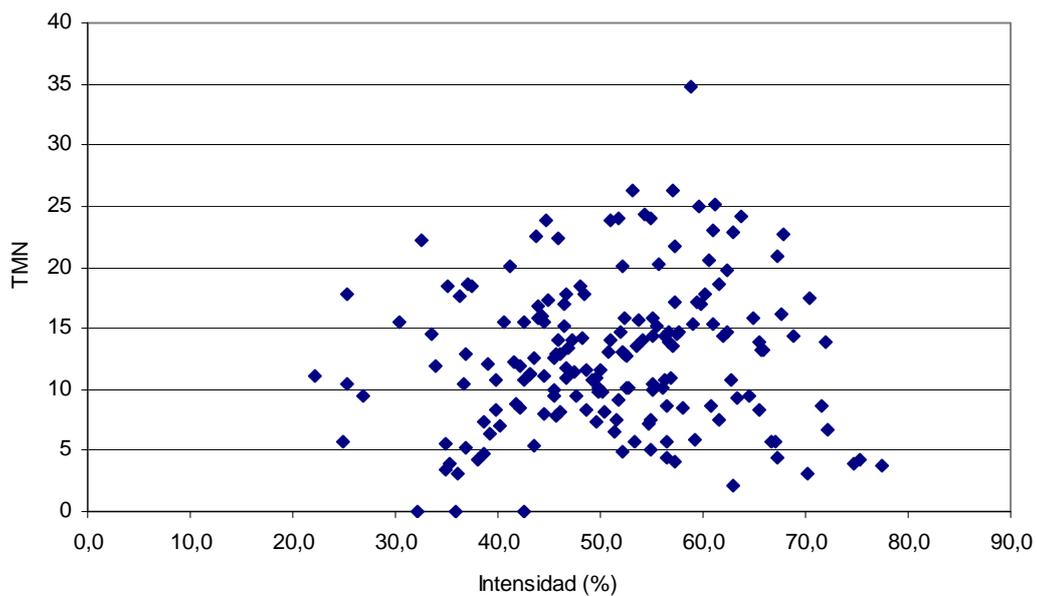
Figura 22.
Correlación entre tasa de mortalidad infantil e intensidad del IPMH. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = 0.26$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

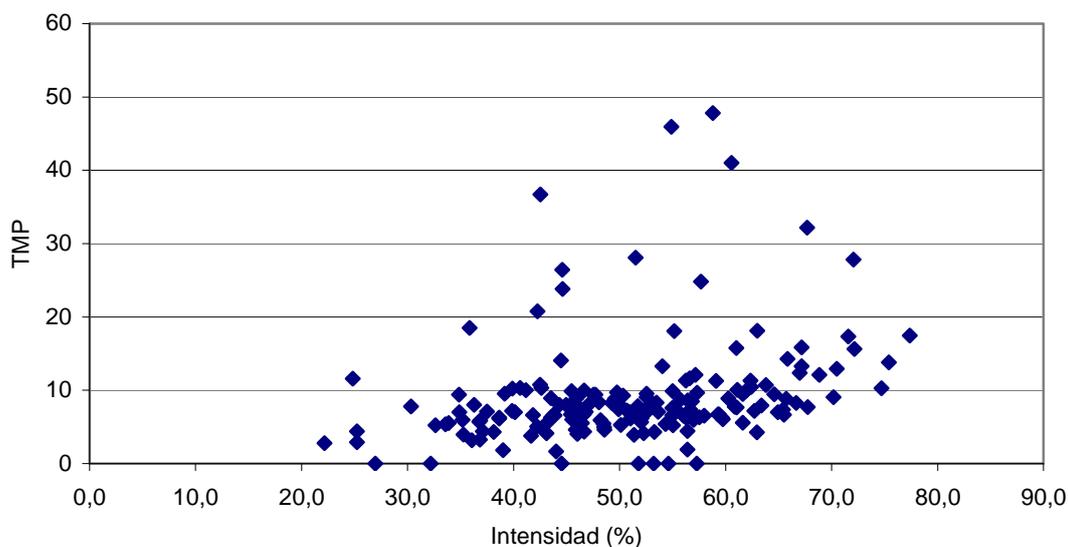
Figura 23.
Correlación entre tasa de mortalidad neonatal e intensidad del IPMH. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = 0.09$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Figura 24.
Correlación entre tasa de mortalidad postneonatal e intensidad del IPMH. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = 0.28$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

La tabla 7 resume los coeficientes de correlación logrados entre los distintos métodos de medición de la pobreza y las distintas manifestaciones de la mortalidad infantil. Se observa que las tasas de mortalidad postneonatal (TMP) son las que presentan mayores correlaciones con los distintos métodos de pobreza analizados. Por lo tanto, en este proyecto se profundizará en el estudio de la mortalidad postneonatal como aquella manifestación de la mortalidad infantil con mayor asociación con la pobreza.

Tabla 7. Coeficientes de correlación entre pobreza y mortalidad infantil a nivel departamental en el NGA. 1991 y 2001.

Indicador de Pobreza	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad Neonatal	Tasa de Mortalidad Postneonatal
NBI (1991)	0.35	0.07	0.47
NBI (2001)	0.26	-0.04	0.38
Prevalencia de IPC (1991)	0.43	0.14	0.52
Incidencia de IPC (1991)	-0.18	-0.05	-0.24
Incidencia de IPMH (2001)	0.34	-0.05	0.50
Intensidad de IPMH (2001)	0.26	0.09	0.28

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

No obstante -teniendo presente las limitaciones de las fuentes de información ya reseñadas con anterioridad- se buscó mayor asociación con otras manifestaciones de la

mortalidad infantil. De esta manera se procedió al cálculo de una tasa de mortalidad infantil según educación crítica de la madre y según causas de muerte exógenas⁶⁰.

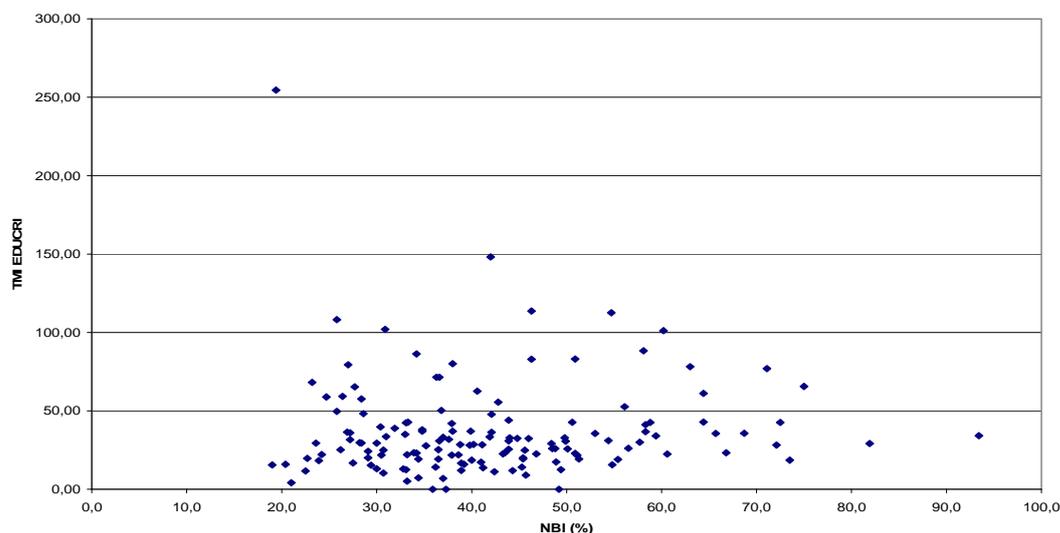
Para la primera se relacionó la cantidad de defunciones infantiles en cada departamento provenientes de madres analfabetas o con educación primaria incompleta, relacionadas con el total de nacimientos provenientes de madres con iguales características, expresado cada mil nacimientos. Esta tasa fue denominada TMI EDUCRI. Se agruparon los años en los trienios 1992/94 y 1998/00 y se la correlacionó con los métodos de medición de la pobreza mencionados. Los resultados de la correlación se expresan en la tabla 8 y en las figuras 25, 26, 27, 28, 29 y 30. Puede observarse la nula asociación tanto en 1991 como en 2001, conjeturándose una marcada distorsión del registro de la información educativa de los hechos vitales.

Tabla 8. Correlación departamental según TMI EDUCRI y distintas metodologías de medición de la pobreza. 1991 y 2001.

	1991	2001
NBI	0.01	-0.04
Prevalencia del IPC	0.02	-
Incidencia del IPC	-0.15	-
Incidencia del IPMH	-	-0.05
Intensidad del IPMH	-	-0.16

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Figura 25.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil según educación crítica de la madre y el porcentaje de hogares con NBI. Nivel departamental. 1991.

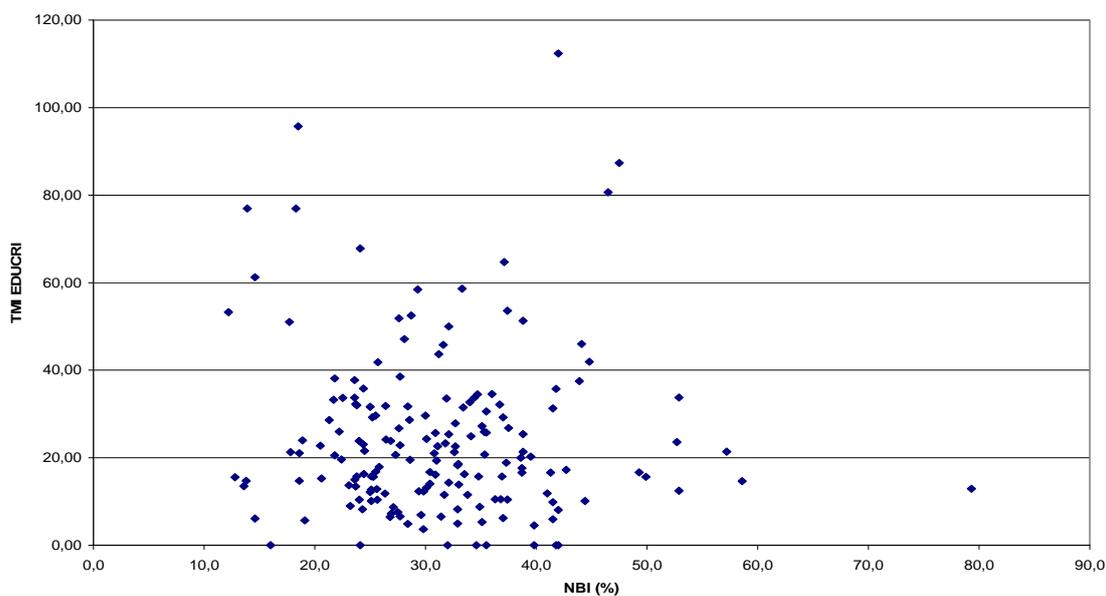


$$r_{xy} = 0.01$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

⁶⁰ En el capítulo II pudo observarse la interrelación existente entre bajo nivel educativo, pobreza y enfermedades de la pobreza como condicionantes de la muerte infantil. Tales aspectos educativos y epidemiológicos se consideraron para ser correlacionados también.

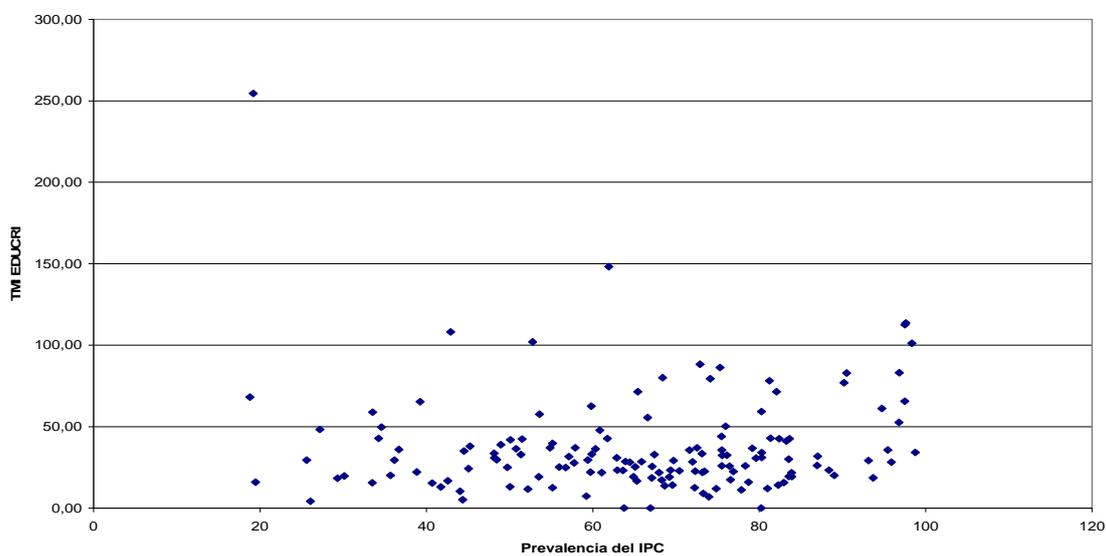
Figura 26.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil según educación crítica de la madre y el porcentaje de hogares con NBI. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = -0.04$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

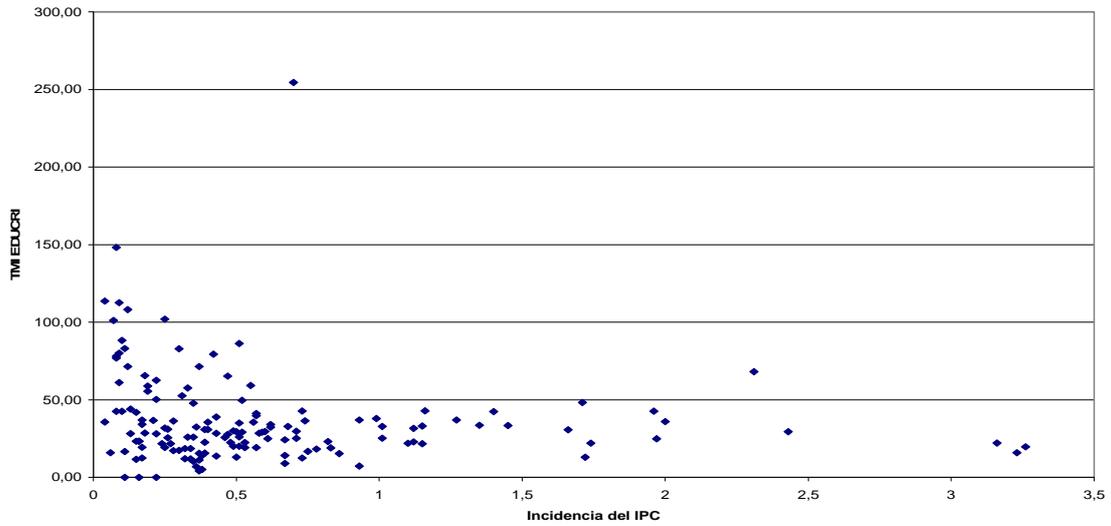
Figura 27.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil según educación crítica de la madre y la prevalencia del IPC. Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = 0.02$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

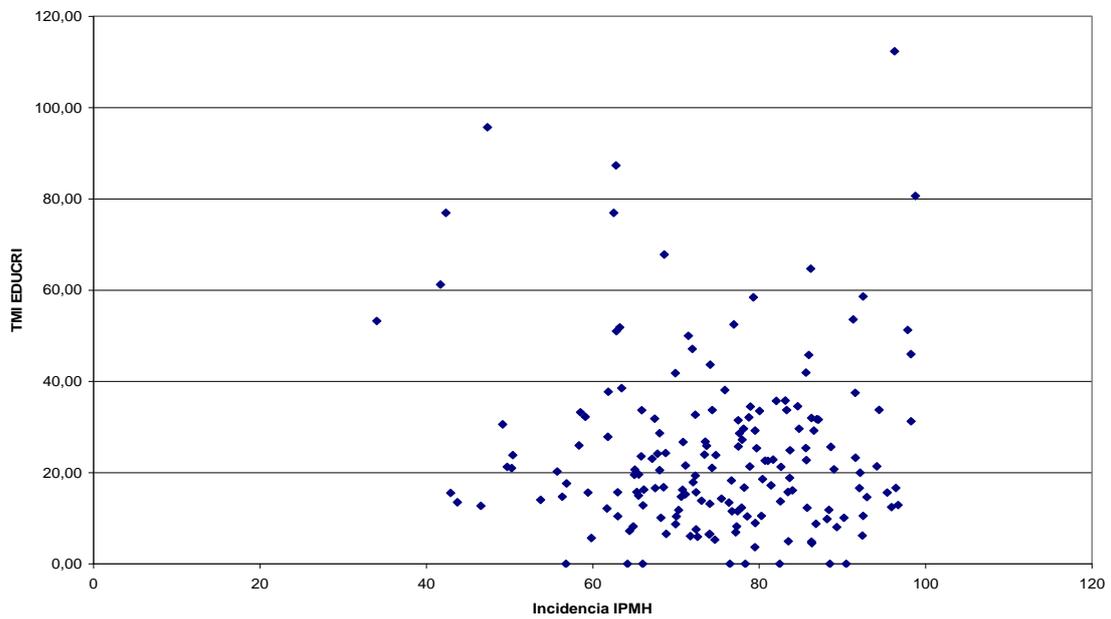
Figura 28.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil según educación crítica de la madre y la incidencia del IPC. Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = -0.15$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

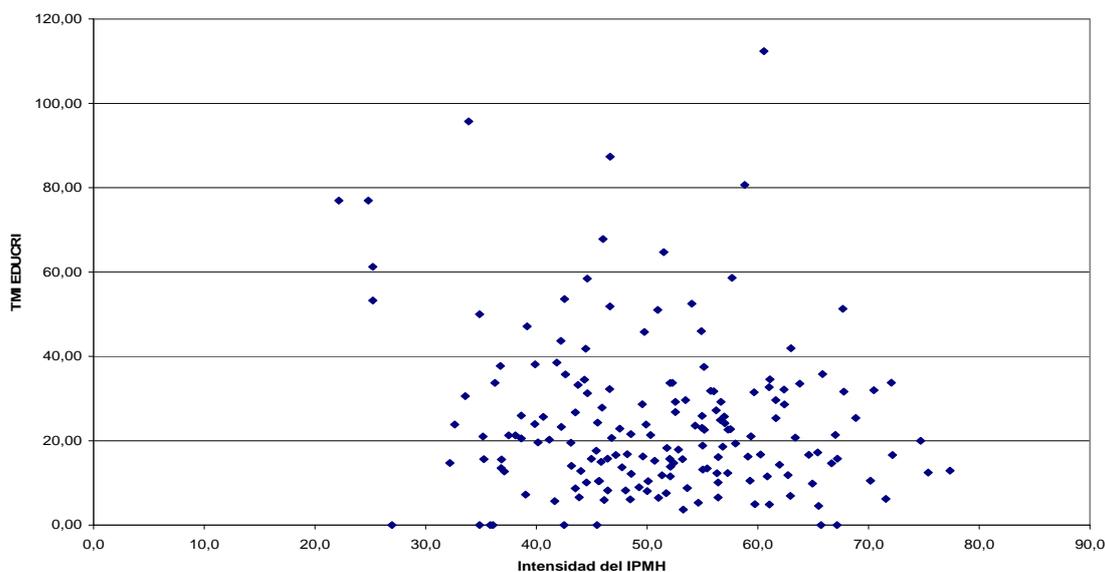
Figura 29.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil según educación crítica de la madre y la incidencia del IPMH. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = -0.05$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

Figura 30.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil según educación crítica de la madre y la intensidad del IPMH. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = -0.16$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

Igualmente se aplicó el coeficiente de correlación entre las distintas metodologías de medición de la pobreza y la tasa de mortalidad infantil según causas exógenas (TMI EXO)⁶¹. Los resultados de la correlación se observan en la tabla 9 y en las figuras 31, 32, 33, 34, 35 y 36. A diferencia del análisis anterior, se detecta un sustancial aumento del valor de la correlación, en especial con la incidencia del IPMH, valor que asciende al 0.49.

Tabla 9. Correlación departamental según TMI EXO y distintas metodologías de medición de la pobreza. 1991 y 2001.

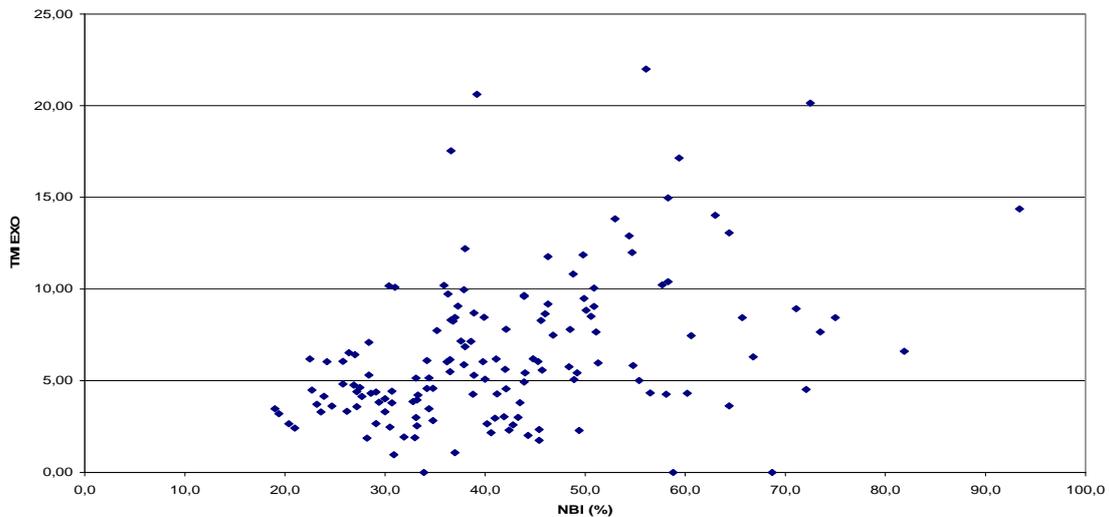
	1991	2001
NBI	0.41	0.36
Prevalencia del IPC	0.40	-
Incidencia del IPC	-0.14	-
Incidencia del IPMH	-	0.49
Intensidad del IPMH	-	0.32

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

⁶¹ Las causas exógenas agrupan según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, a las enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias de la nutrición y anemias, enfermedades del aparato respiratorio, y algunas causas externas tales como el frío excesivo, inhalaciones o ingestiones que causan asfixias u ahogamiento, y hambre, sed, exposición a la intemperie o negligencia. Las causas exógenas se relacionaron con el total de nacidos vivos de cada departamento para los periodos 1992/94 y 1998/00 y se expresan cada mil nacidos vivos.

Como se observa, la limitada calidad del registro del nivel de instrucción invalida el intento de mejorar el coeficiente obtenido. No obstante, la tasa de mortalidad infantil según causas exógenas mostró una asociación marcada, sin llegar a superar la registrada por la TMP, motivo por el cual no se descarta su uso en los análisis. De esta manera, queda claro que, con la calidad de la fuente de información, la tasa de mortalidad postneonatal resulta la manifestación de la mortalidad infantil mas asociada a la pobreza.

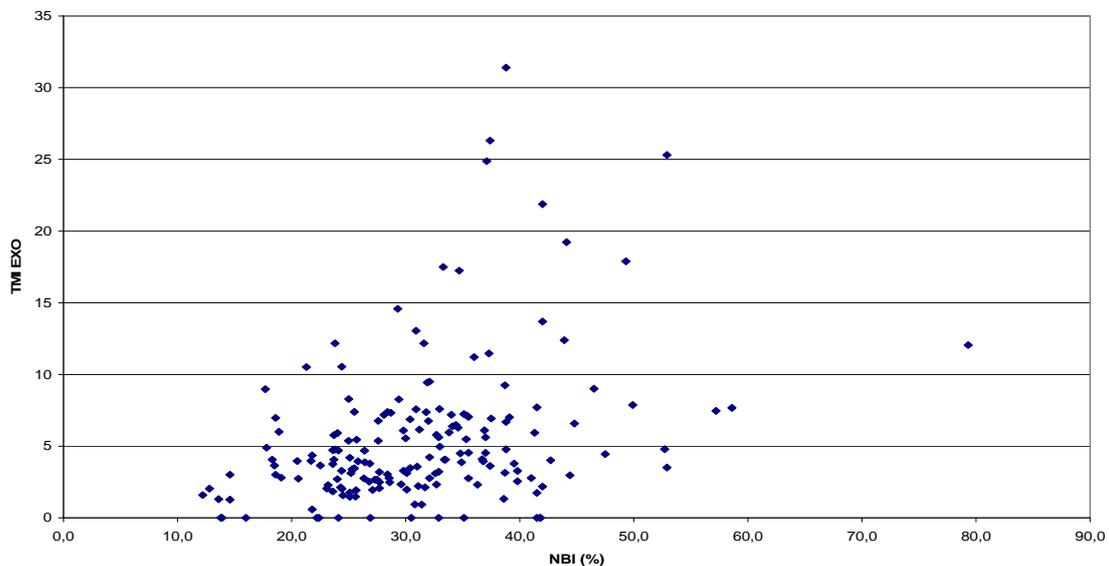
Figura 31.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil Exógena y el porcentaje de hogares con NBI.
Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = 0.41$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

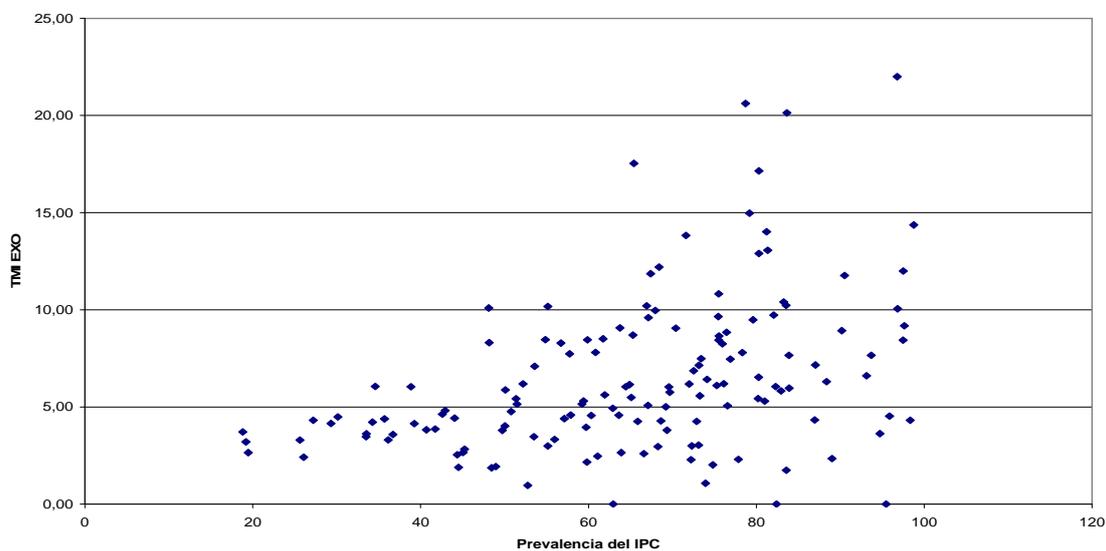
Figura 32.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil Exógena y el porcentaje de hogares con NBI.
Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = 0.36$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

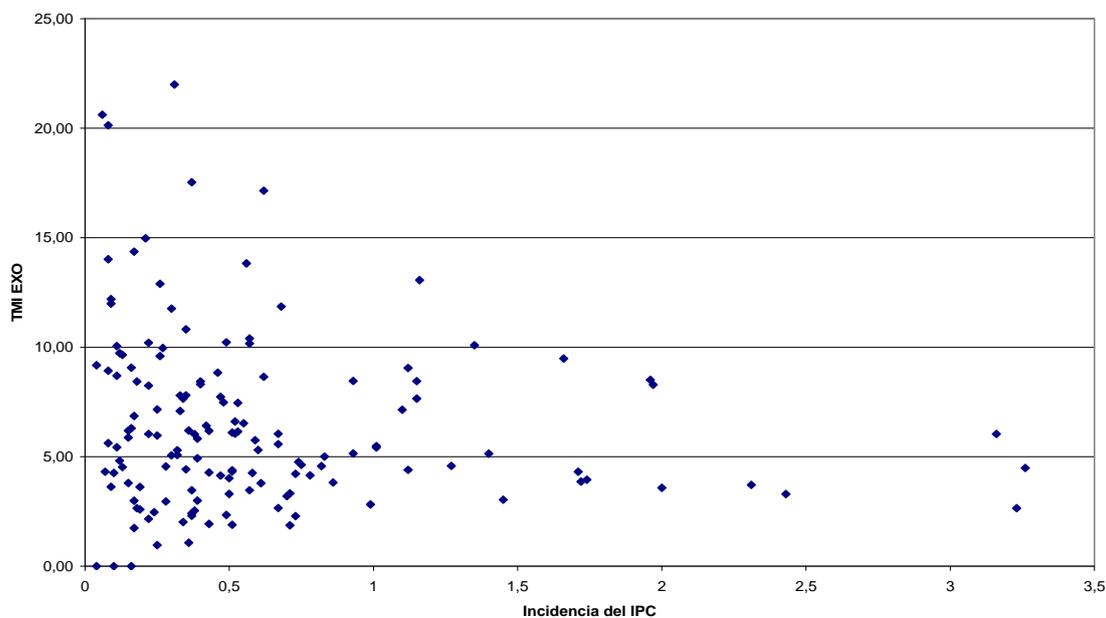
Figura 33.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil Exógena y la prevalencia del IPC. Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = 0.40$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

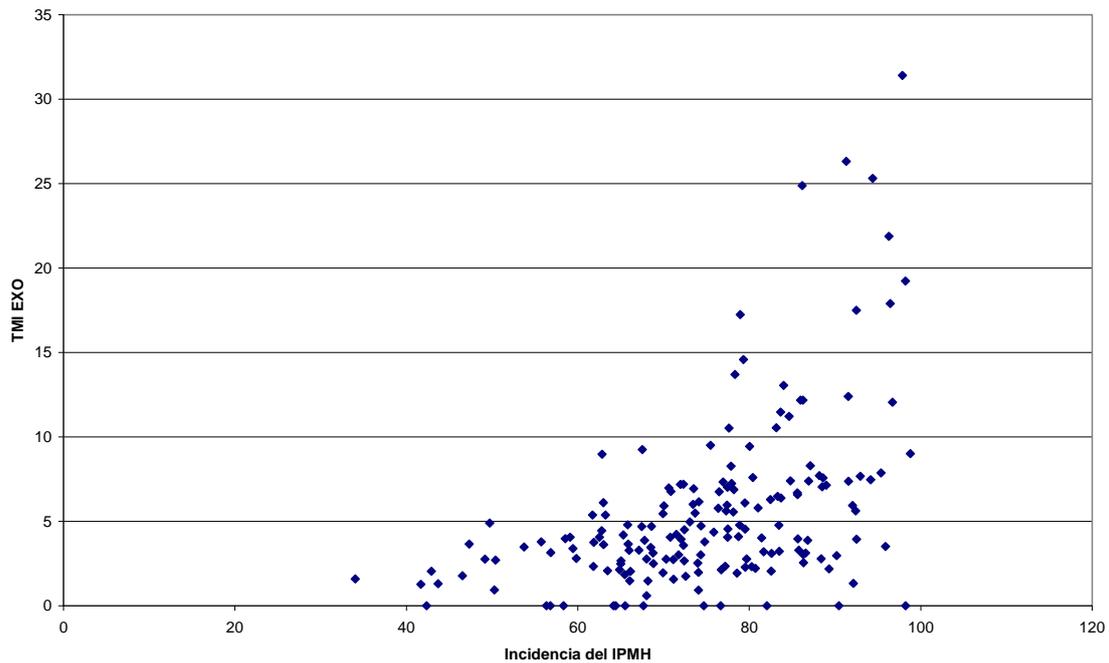
Figura 34.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil Exógena y la incidencia del IPC. Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = -0.14$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

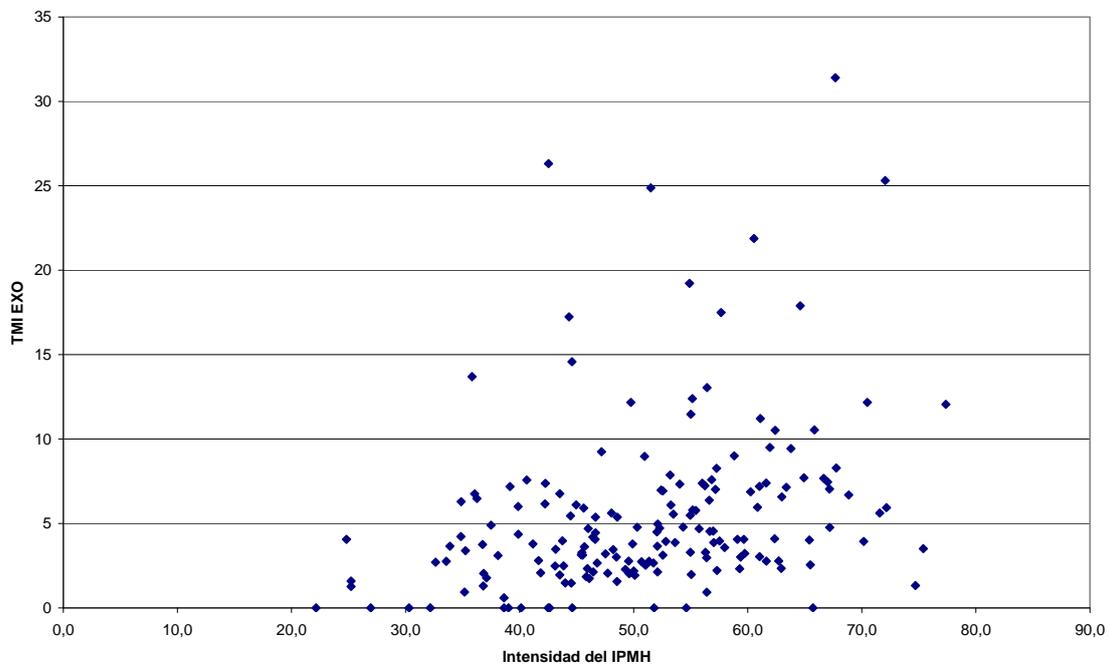
Figura 35.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil Exógena y la incidencia del IPMH. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = 0.49$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

Figura 36.
Correlación entre la Tasa de Mortalidad Infantil Exógena y la intensidad del IPMH. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = 0.32$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia.

Se observa que, en cuanto a los métodos de medición de la pobreza, el que ofrece mayor correlación con la TMP es la prevalencia del IPC, con una correlación de 0.52. Sin embargo, el cálculo de este indicador no puede ser procesado con la información censal del año 2001, y a los fines comparativos de este estudio, no es pertinente utilizar una metodología de medición de la pobreza al principio de la década y otra al final. La misma situación se repite con la incidencia del IPMH, el cual obtuvo correlación de 0.50. Sin embargo, en este caso la disponibilidad de información es inversa al anterior, puesto que tal índice es imposible de ser aplicado con las características del relevamiento censal de 1991.

Por lo tanto, el método de medición de la pobreza, hasta aquí visto, que ofrece un mayor coeficiente de correlación y, al mismo tiempo, es factible de ser usado en ambas fechas censales, es el método NBI, el cual obtuvo una correlación aceptable con la TMP, igual a 0.47 a principios y 0.38 al final del periodo.

3.2.1. La exclusión de Santiago del Estero.

Conociendo las serias limitaciones de las estadísticas vitales en la provincia de Santiago del Estero, se procuró realizar el cálculo de los coeficientes de correlación para el año 2001 sin incluir los departamentos de Santiago del Estero. En este sentido se correlacionó la tasa de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal con el porcentaje de hogares con NBI y la incidencia e intensidad del IPMH. Los resultados pueden observarse en la tabla 10.

Tabla 10. Coeficientes de correlación entre pobreza y mortalidad infantil a nivel departamental en el NGA. (Exceptuando la provincia de Santiago del Estero). 2001.

	TMI	TMN	TMP
NBI	0.34	-0.02	0.48
Incidencia IPMH	0.41	-0.01	0.56
Intensidad IPMH	0.37	0.24	0.30

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Con la exclusión de los departamentos santiagueños se observa en todos los casos referentes a TMI y especialmente TMP un aumento considerable del coeficiente de correlación. Esto, por un lado, fortalece lo mencionado arriba respecto a la defectuosa calidad de los datos de esta provincia, lo cual obliga a tener suma cautela con el uso de esta información; y por otro quita el “disfraz” de los datos vitales santiagueños para reafirmar la relación pobreza – mortalidad infantil.

3.2.2. Rumbo a la máxima correlación.

Con los resultados vistos hasta aquí se pudo observar una situación en la cual la tasa de mortalidad postneonatal es la manifestación de la mortalidad infantil mas asociada a la pobreza. Asimismo, se puso de manifiesto que -en los casos en que se dispone de mediciones de la pobreza en ambas fechas censales- la correlación aumenta hacia el año 1991, cuando los niveles de pobreza eran aun mayores⁶².

No obstante al ingresar al campo de la miseria pudo detectarse un aumento de la correlación. La tabla 11 resume los coeficientes de correlación logrados entre miseria y mortalidad infantil en ambas fechas censales. Asimismo las figuras 37, 38, 39, 40, 41 y 42 exhiben la dispersión correspondiente. En la mencionada tabla se observa también el aumento del coeficiente en el año 2001 al excluir los departamentos de Santiago del Estero, evidenciando el mismo fenómeno que se observara con anterioridad, producto de la deficiente calidad de los hechos vitales en esta provincia.

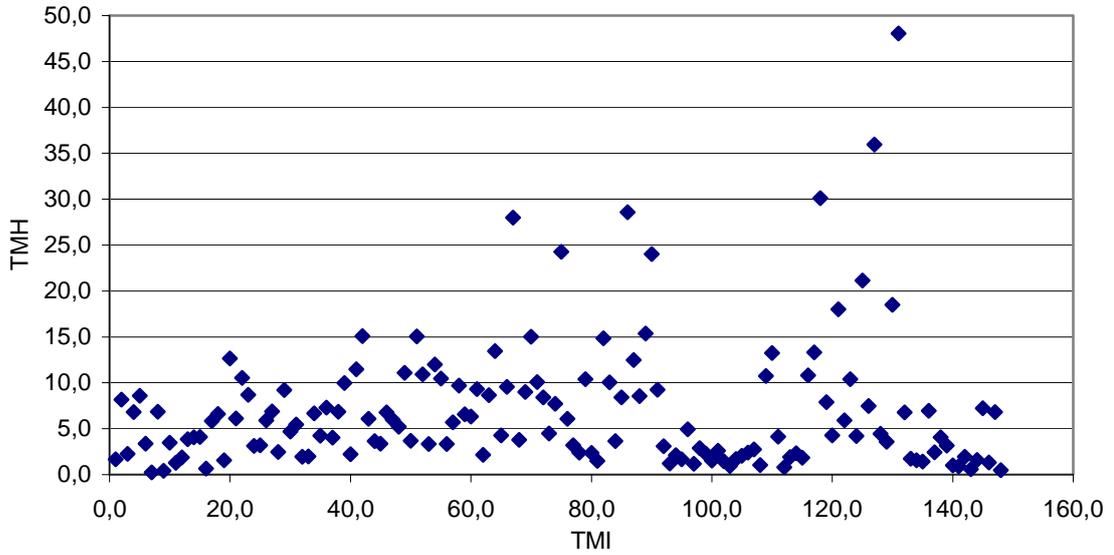
Tabla 11. Coeficientes de correlación entre miseria y mortalidad infantil a nivel departamental en el NGA. 1991 y 2001.

	Tasa de Miseria de los Hogares 1991	Tasa de Miseria de los Hogares 2001	Tasa de Miseria de los Hogares 2001 sin Santiago
TMI	0.48	0.21	0.30
TMN	0.14	-0.12	-0.05
TMP	0.60	0.39	0.44

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

⁶² Se ha podido observar en los coeficientes de correlación calculados entre la TMI, TMP y las distintas metodologías de medición de la pobreza, el sutil aumento de la correlación en el año 1991 respecto a 2001. Esto permite inferir el aumento de la asociación entre los fenómenos de la pobreza y la mortalidad infantil ante los mayores niveles de la TMI.

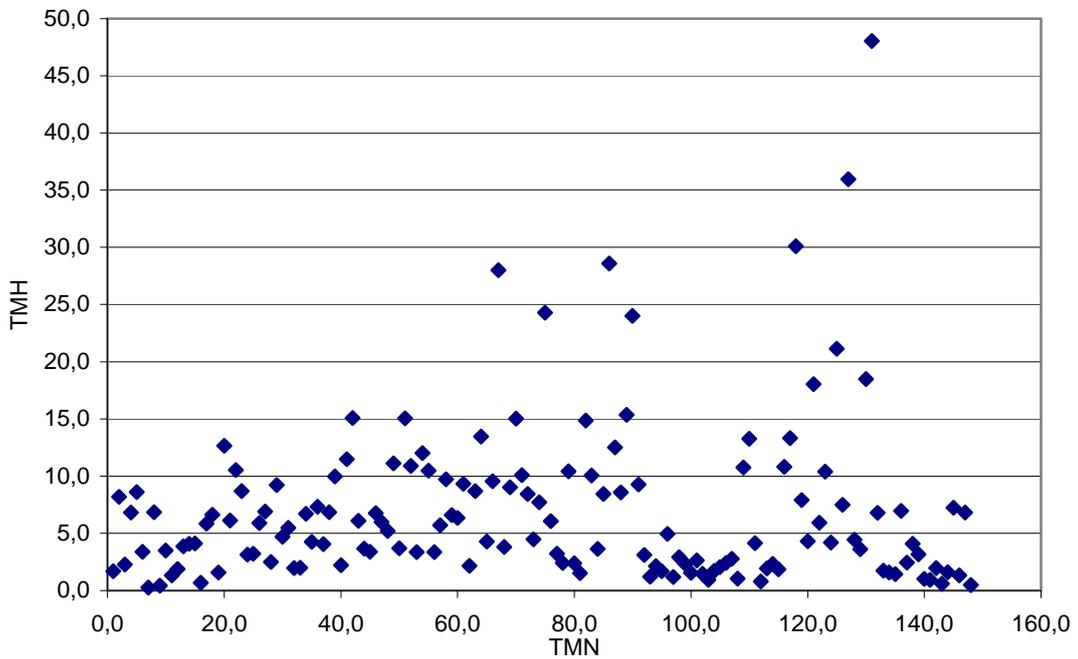
Figura 37.
Correlación entre la tasa de miseria de los hogares y la tasa de mortalidad infantil. Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = 0.48$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

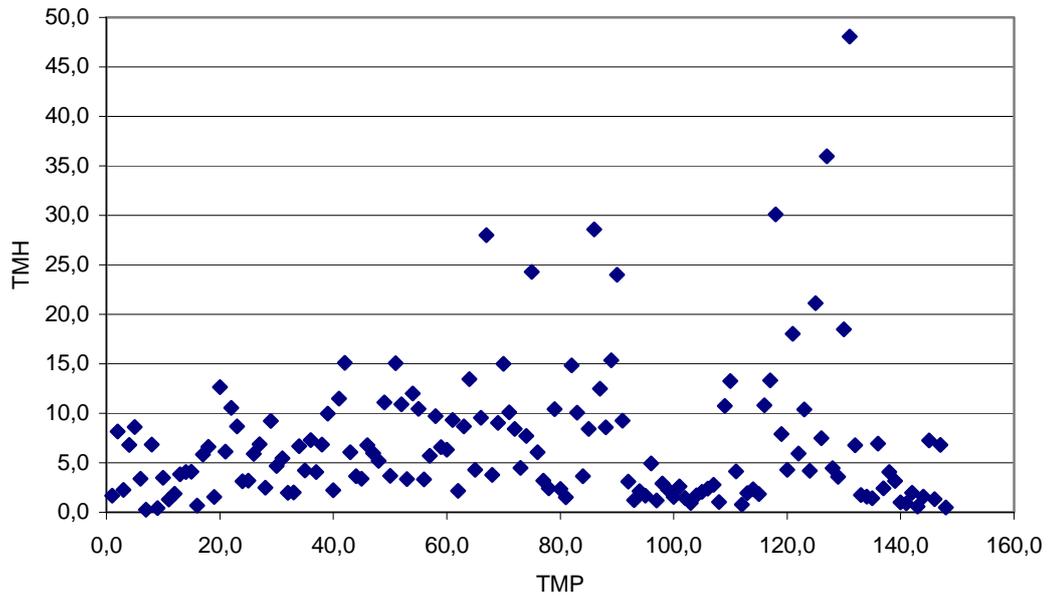
Figura 38.
Correlación entre la tasa de miseria de los hogares y la tasa de mortalidad neonatal. Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = 0.14$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
 Elaboración propia

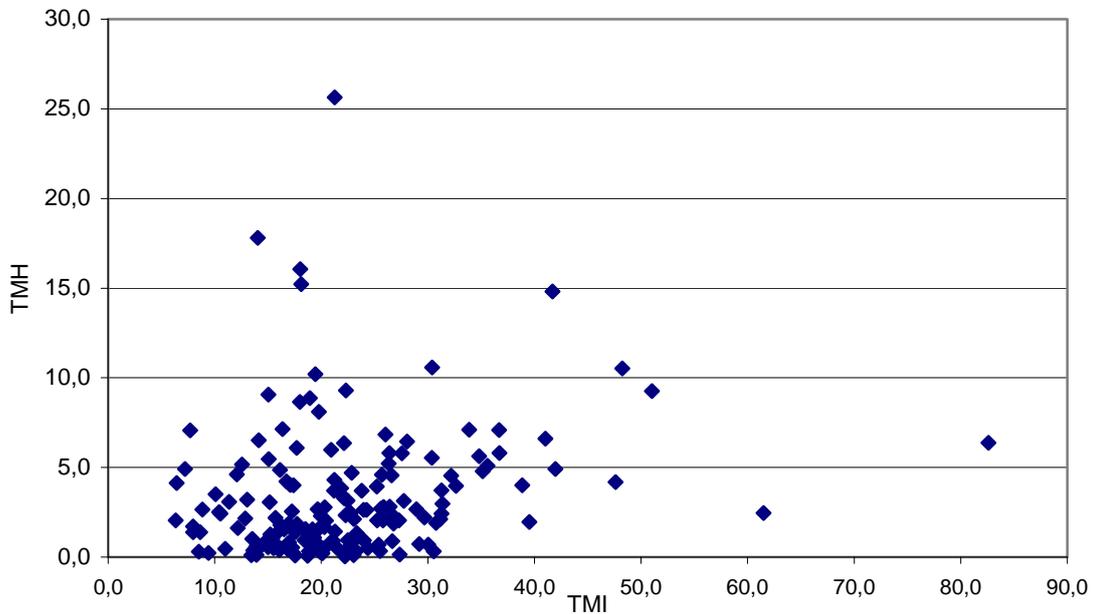
Figura 39.
Correlación entre la tasa de miseria de los hogares y la tasa de mortalidad postneonatal. Nivel departamental. 1991.



$$r_{xy} = 0.60$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

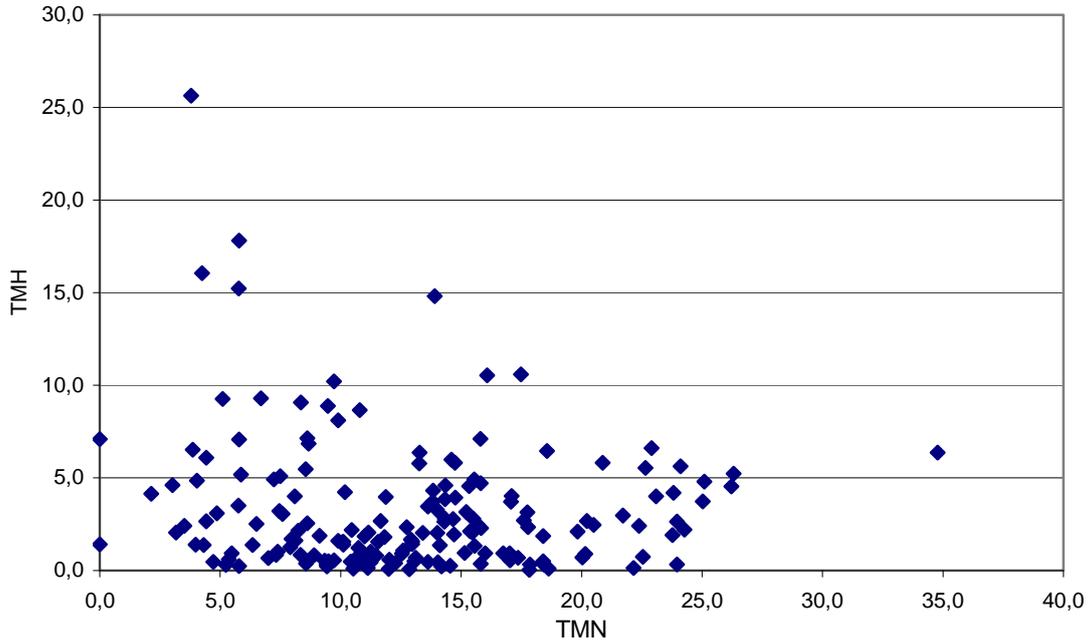
Figura 40.
Correlación entre la tasa de miseria de los hogares y la tasa de mortalidad infantil. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = 0.21$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

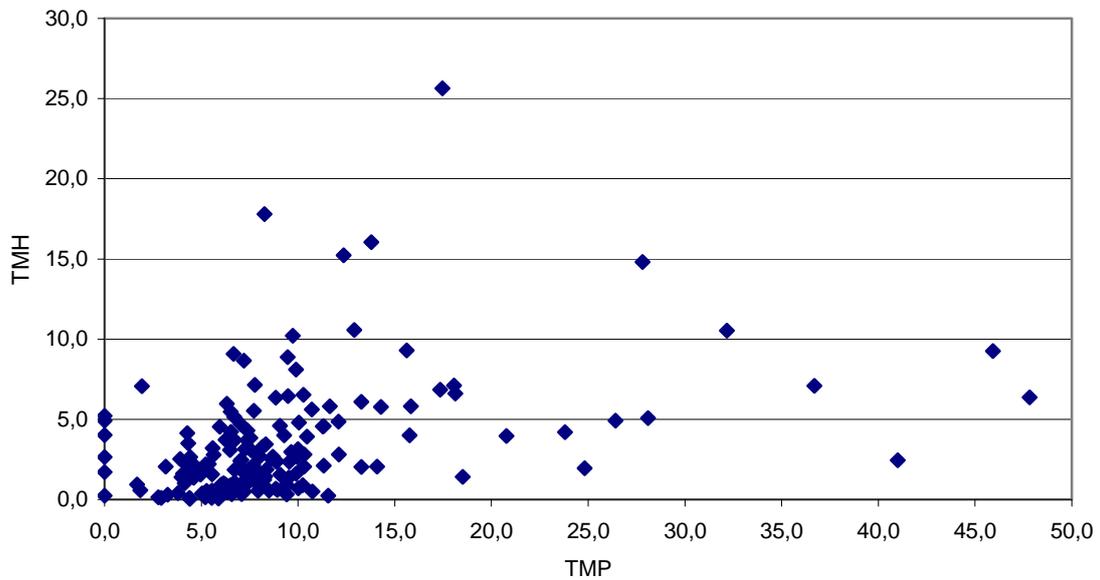
Figura 41.
Correlación entre la tasa de miseria de los hogares y la tasa de mortalidad neonatal. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = -0.12$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Figura 42.
Correlación entre la tasa de miseria de los hogares y la tasa de mortalidad postneonatal. Nivel departamental. 2001.



$$r_{xy} = 0.39$$

Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda.
Elaboración propia

Se observa la mayor correlación lograda en el análisis, es decir la calculada entre la TMP y la TMH en el año 1991, igual a 0.60 de correlación. En 2001 la correlación lograda entre TMP y miseria no es mayor que la prevalencia del IPMH, no obstante, el IPMH -como se mencionara- no puede ser procesado para 1991, por lo cual la mayor ventaja que posee la tasa de miseria es su elevada correlación (aunque no sea la más elevada en 2001) y la posibilidad de ser aplicado, en función de las variables que lo integran, tanto en 1991 como en 2001, superando ampliamente al método NBI.

Por estos motivos y luego de aplicados los coeficientes de correlación correspondientes, creemos correcto haber encontrado en la tasa de mortalidad postneonatal un indicador proxy de la distribución espacial de la pobreza, el cual puede ser utilizado a los fines de esta investigación.

CAPÍTULO IV

EL TERRITORIO DEL NORTE GRANDE ARGENTINO Y LOS CAMBIOS EN LA DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA POBREZA DURANTE LOS '90.

“En aquel imperio, el arte de la cartografía logró tal perfección que el mapa de una sola provincia ocupaba toda una ciudad, y el mapa del imperio toda una provincia. Con el tiempo, esos mapas desmesurados no satisficieron y los colegios de cartógrafos levantaron un mapa del imperio que tenía el tamaño del imperio y coincidía puntualmente con el. Menos adictos al estudio de la cartografía, las generaciones siguientes entendieron que ese dilatado mapa era inútil y no sin piedad lo entregaron a las inclemencias del sol y de los inviernos...”
Jorge Luis Borges, Del rigor de la ciencia.

1. Introducción

En este capítulo -mediante la construcción de una herramienta de clasificación tipológica según las variaciones detectadas en la pobreza- se identificó el comportamiento principal del fenómeno en los departamentos del NGA. Esto permitió responder a los interrogantes principales que orientaron este capítulo, referidos a las áreas de crecimiento y decrecimiento de la pobreza como también al número de hogares que involucró tal variación. Para llevar a cabo esto, la elaboración de la cartografía referida a las distribuciones espaciales y las variaciones de tales distribuciones fue la principal herramienta utilizada para el estudio. El análisis de estas variaciones estuvo enmarcado en un contexto de concentración de la miseria en el NGA y de permanente sobremortalidad infantil.

Posteriormente se estudió el perfil epidemiológico infantil en áreas de crecimiento/decrecimiento de la pobreza, indagando principalmente la influencia de las enfermedades de la pobreza en las áreas que mostraran mayores modificaciones.

Por último, se consideró pertinente la elaboración de un anexo cartográfico donde se exhiben los mapas elaborados.

2. Limitaciones metodológicas.

Distintos problemas metodológicos se presentaron durante el desarrollo de este capítulo. Sobre tales problemas y la propuesta de solución se detalla a continuación:

Periodización

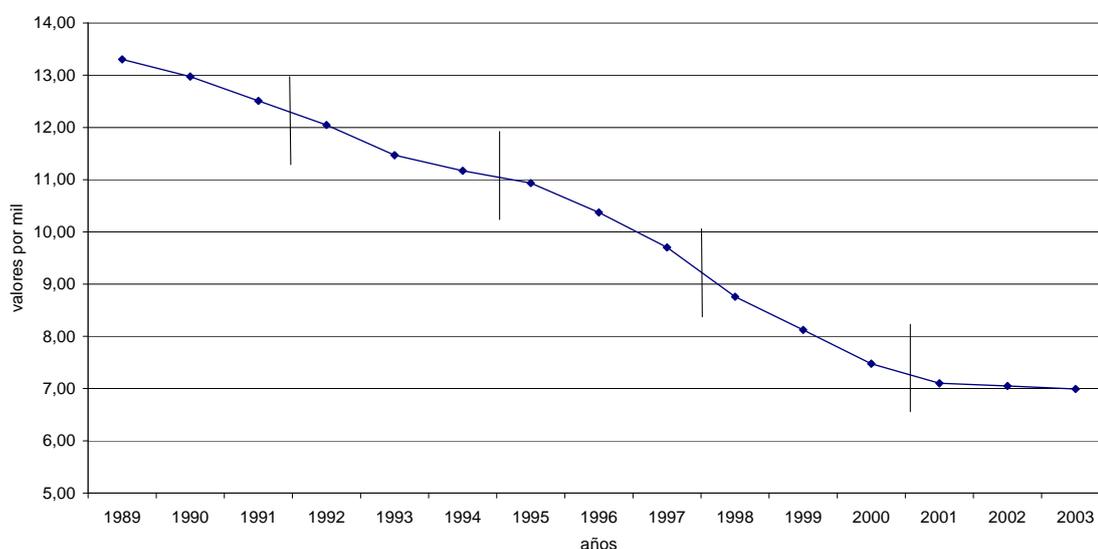
El lapso de estudio corresponde a la década del '90, definida por tener como principio y final la realización del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Con el

propósito de cumplir los objetivos señalados en el plan de trabajo, fue preciso agrupar los años del intercenso de modo tal que la unidad espacial con la que se trabajara -es decir el departamento- no quedara sujeto a las variaciones extremas de la tasa producto de la aleatoriedad estadística propia de áreas con baja cantidad de nacimientos y defunciones. Se agruparon los años en tres trienios: 1992/94, 1995/97 y 1998/00, puesto que de esta manera se cumplían cuatro requisitos fundamentales:

- i. Disminución de la probabilidad de aleatoriedad estadística.
- ii. Periodos iguales en cuanto a la cantidad de años.
- iii. Disminución del error de registro.
- iv. Secuencia lógica con la evolución de la TMP del NGA, la cual podría ser dividida según su comportamiento en cinco grandes momentos, los cuales coinciden con los periodos planteados (figura 43).

Posteriormente se añadieron al periodo de estudio los trienios anteriores y posteriores a la década, de esta manera se realizaron cinco mapas de pobreza usando como fuente de información las estadísticas vitales. Tales lapsos son: 1989/91, 1992/94, 1995/97, 1998/00 y 2001/03.

Figura 43. Evolución de la tasa de mortalidad postneonatal en el NGA. 1989-2003.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Límites y escalas

Una vez definidos los periodos fue necesario definir el número de clases o categorías que se utilizarían en cada mapa y los límites de las mismas. En un principio se utilizó la

metodología de los cortes naturales⁶³. Sin embargo, teniendo en cuenta el matiz comparativo que tiene este trabajo, al utilizar esta metodología era necesario que las escalas sean idénticas en los cinco trienios considerados; es decir, en un contexto de disminución constante de la TMP (figura 47) el uso de este criterio sería inadecuado dados los objetivos de la investigación. Una forma de solucionar este problema fue considerando el valor medio de cada distribución en cada lapso y las desviaciones estándar respecto al promedio considerado. Esto nos puso en evidencia lo que se planteaba mas arriba: una disminución constante de la TMP regional pero a un ritmo diferente al operado por el país y, al mismo tiempo, desigual dentro del territorio⁶⁴.

Identificación de las variaciones

Por otro lado, al realizar los mapas “pasaje” -los cuales sintetizaban las áreas de avance y de retroceso de la pobreza- se identificaba un aumento de la pobreza solo ante la evidencia de avance en la categoría que integraba. Es decir, si un departamento mantenía una TMP estable, en un contexto de disminución generalizada podría ocasionarle ingresar en la categoría avance de la pobreza dado su desempeño regular en el mencionado contexto de disminución.

Aleatoriedad estadística

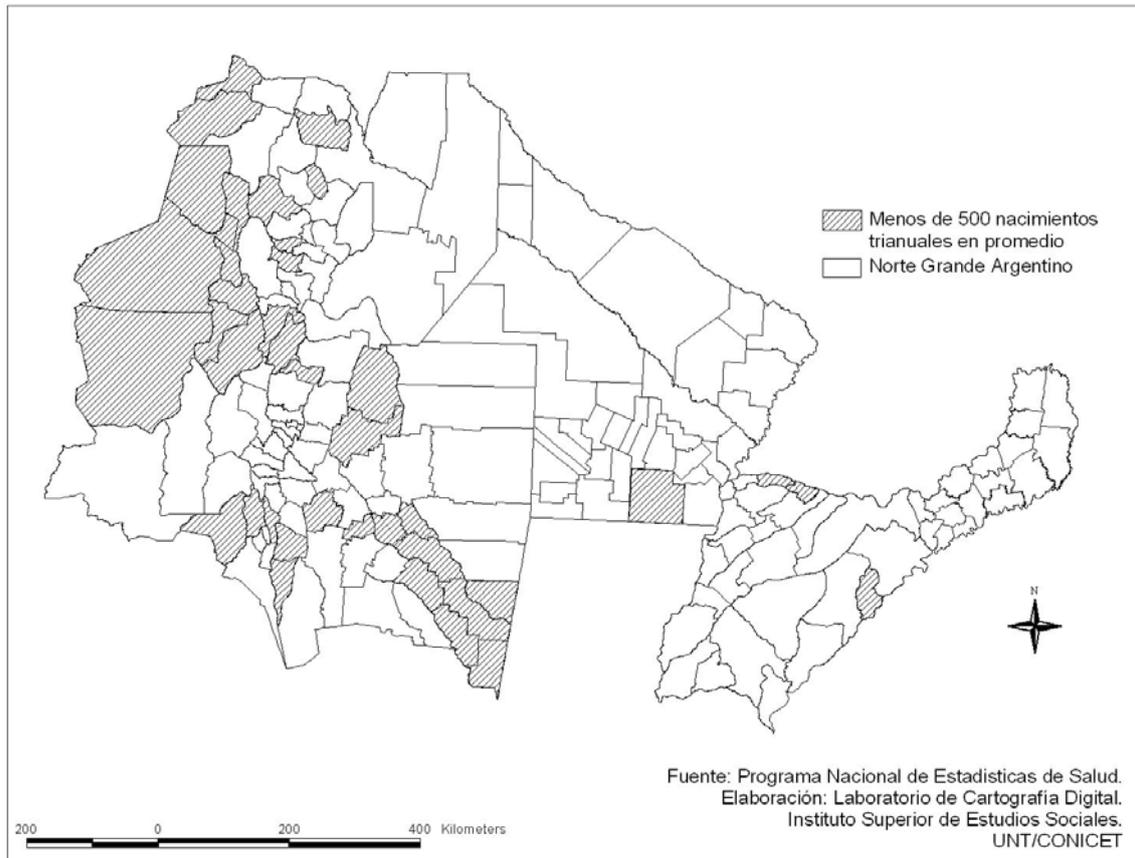
La baja cantidad de hechos vitales distorsionó en numerosos casos los análisis. El mapa 2 exhibe los departamentos que tuvieron en promedio menos de 500 nacimientos en el trienio, umbral este que define el mayor riesgo de aleatoriedad estadística⁶⁵.

⁶³ Los cortes naturales son el método de clasificación por defecto en ArcView. Este método identifica cortes bruscos del valor importantes en la secuencia de distribución de los datos. Los valores hallados ofician de límites entre las clases definidas en la representación cartográfica.

⁶⁴ Asimismo la cantidad de clases definidas en cada distribución debía ser igual dados los fines comparativos. De este modo se definieron seis categorías con límites fijados por el promedio y las desviaciones estándar típicas de cada distribución.

⁶⁵ Cfr. Velázquez *et al.* (2006).

Mapa 2. Norte Grande Argentino. Departamentos con menos de 500 nacimientos trianuales en promedio. 1989/2003.



Tipología

Por último, la elaboración de la tipología departamental según la variación de la pobreza implicó la definición y cálculo de dos componentes principales:

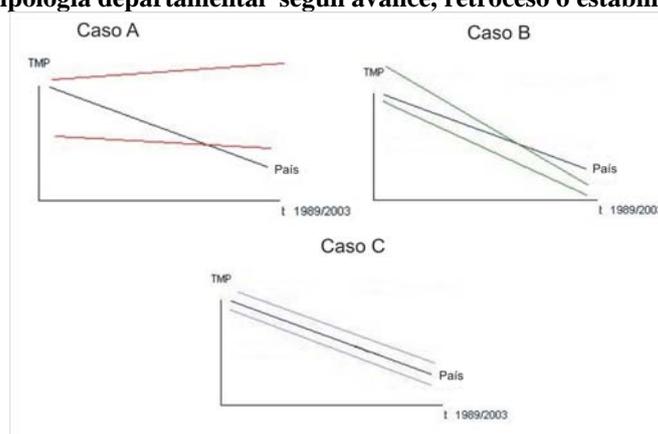
- *Nivel de pobreza*: se definió un nivel de pobreza para cada departamento, el cual resultó de promediar el valor inicial (V_i) y el valor final (V_f) de TMP en cada jurisdicción⁶⁶.
- *Pendiente*: definida como la diferencia entre la brecha inicial (B_i) y la brecha final (B_f) de cada departamentos respecto a la TMP nacional; de esta manera la B_i es igual a la diferencia entre el valor inicial de cada departamento y el promedio nacional; al igual que la brecha final, resultado de la diferencia entre el valor final de cada jurisdicción y el promedio nacional.

⁶⁶ Considerando la existencia de cinco lapsos, en la definición del nivel de pobreza se consideró un valor inicial -promedio de las TMP de los lapsos 89/91, 92/94 y 95/97- y un valor final -promedio de las TMP de los lapsos 95/97, 98/00 y 01/03. De esta manera se disminuyó la oscilación estadística en departamentos con escaso número de hechos vitales y se atenuó la mala calidad de la información en departamentos santiagueños principalmente. Los lapsos con TMP igual a cero y sin información no fueron considerados en el análisis.

La *pendiente* permite identificar tres grande tipos departamentales y el *nivel de pobreza* dos subtipos dentro de cada tipo. Teniendo presente estas componentes las situaciones posibles en la tipología son las siguientes (figura 48):

- A. *Departamentos que aumentaron su pobreza*: esta categoría incluye a todas las jurisdicciones que poseen *pendientes* negativas; es decir, la distancia que poseen en su TMP respecto a la TMP nacional es mayor sobre finales del periodo que a inicios del mismo. Dentro de estos a su vez pueden distinguirse -considerando el nivel de pobreza- departamentos que teniendo V_i por debajo del promedio nacional, pasaron a localizarse por encima del mismo sobre finales; y departamentos que siempre estuvieron sobre el promedio nacional, siendo la brecha con el mismo mayor en la última etapa (figura 44).
- B. *Departamentos que disminuyeron su pobreza*: por el contrario, esta categoría incluye departamentos con *pendientes* positivas. Del mismo modo pueden diferenciarse situaciones de cambio de un nivel bajo a uno mas bajo aun, o de niveles superiores al promedio a otros por debajo del mismo.
- C. *Departamentos estables en su pobreza*: incluye a las jurisdicciones que mostraron un comportamiento paralelo con respecto a la TMP nacional. Se distingue al interior de este grupo jurisdicciones por encima y por debajo de la tasa nacional.

Figura 44. Tipología departamental según avance, retroceso o estabilidad en la pobreza.



Elaboración propia

El resultado final permitió detectar que la mayor parte del territorio del NGA no operó cambios sustanciales en cuanto a sus niveles de pobreza siendo la brecha respecto al país una constante en su comportamiento.

Finalmente se presenta la cartografía elaborada referida a la distribución espacial de la pobreza en los trienios 1989/91, 1992/94, 1995/97, 1998/00 y 2001/03. Junto a ella se exhiben los mapas “pasajes” que sintetizan las variaciones espaciales entre cada trienio, identificando las principales áreas de avance como de retroceso de la pobreza.

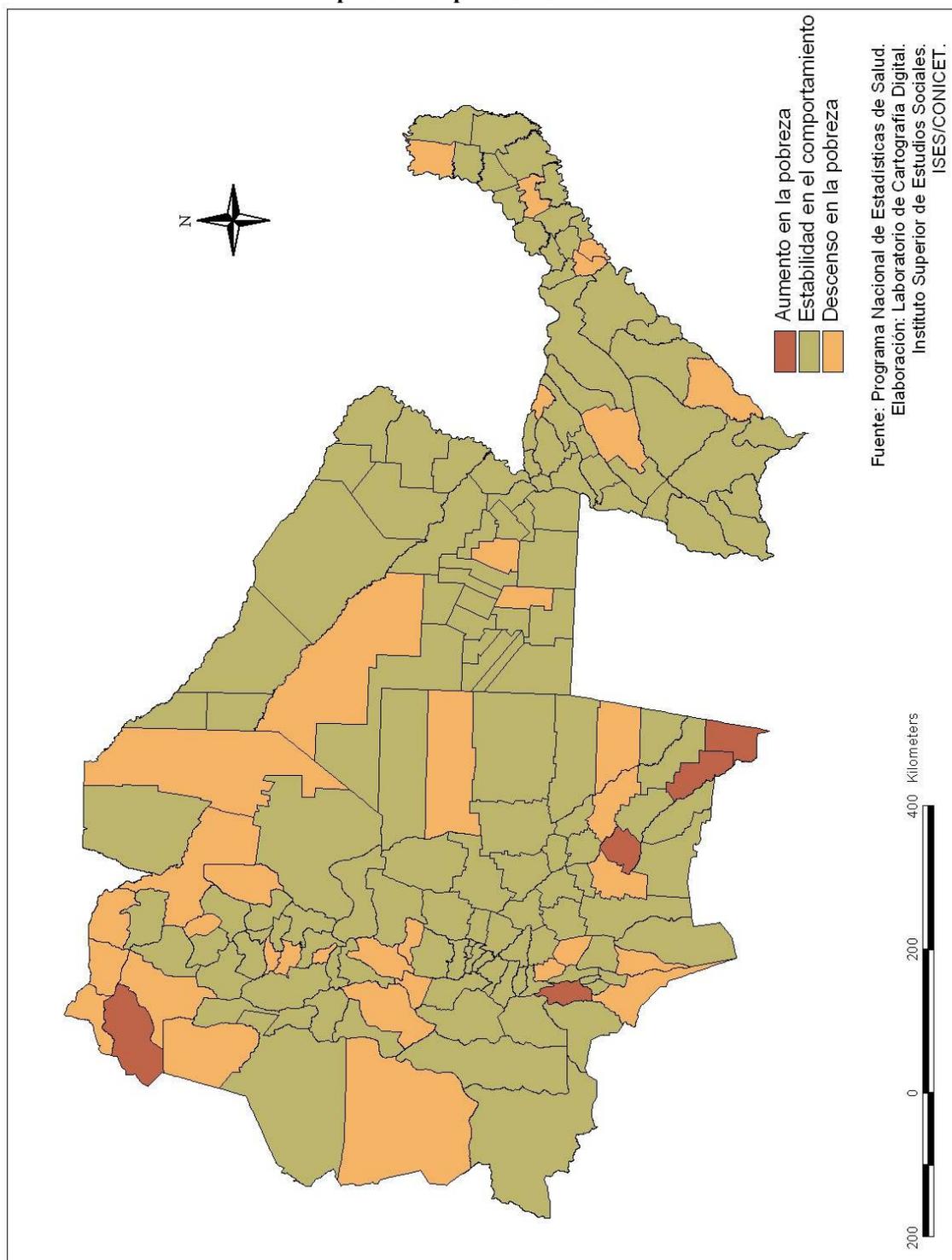
3. Los principales resultados.

La aplicación del método seleccionado para analizar los cambios en la distribución espacial de la pobreza en el NGA durante los noventa permite identificar los dos resultados más importantes de la investigación:

- A. La estabilidad de la distribución espacial de la pobreza como el comportamiento dominante en los departamentos del NGA.

El mapa 3 permite detectar que en la mayor parte del territorio del NGA no operaron cambios sustanciales en cuanto a los niveles de pobreza. En efecto, la categoría “estabilidad en el comportamiento” incluye al 90 % de los hogares del NGA, mientras el aumento de la pobreza involucra al 0.4% y el descenso de la pobreza al 9.6% de los hogares, de acuerdo con el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Mapa 3. Norte Grande Argentino. Tipología departamental según variaciones en la distribución espacial de la pobreza. 1989/2003.



B. La máxima expansión espacial de la pobreza se produjo en el trienio 1995/1997. En este trienio ocurrió -dentro del mencionado contexto de estabilidad- el mayor crecimiento espacial de la pobreza. La tabla 12 exhibe el total de hogares de los

departamentos que ingresan y egresan de la condición de pobreza y los saldos respectivos en cada uno de los lapsos considerados⁶⁷.

Tabla 12. Norte Grande Argentino. Total de hogares que ingresan a la pobreza, egresan y saldos respectivos. 1989 - 2003.

Periodo	Total de hogares que ingresan a la pobreza	Total de hogares que salen de la pobreza	Saldo	% del saldo sobre el total de hogares del NGA.
1989/91 - 1992/94	117.492	182.296	-64.804	3.1%
1992/94 - 1995/97	155.750	85.926	69.824	3.4%
1995/97 - 1998/00	103.676	193.176	-89.500	4.3%
1998/00 - 2001/03	106.601	197.528	-90.927	4.4%

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001. Elaboración propia.

Estos resultados deben ser analizados en un contexto que involucra dos procesos: por un lado el aumento de la concentración de hogares en situación de miseria en el NGA y por otro la constante sobremortalidad infantil del territorio.

3.1 El territorio del NGA. Contexto de miseria persistente y aumento de la concentración en 2001.

Las nueve provincias del Norte Grande Argentino cubren alrededor de 760.000 Km², lo cual representa el 27.5% de la superficie nacional, albergando en su interior hacia 2001 al 20.7% de la población argentina.

Son numerosos los estudios sobre el territorio y la pobreza del Norte Grande Argentino, entre otros se destacan los trabajos de Bolsi (2004), Meichtry y Bolsi (2006), Bolsi y Paolasso (2006), Bolsi, Paolasso y Longhi (2006), Bolsi (2007) y Bolsi, Paolasso, Meichtry y Longhi (2009). En ellos se ha puesto de manifiesto el carácter marginal del NGA y la débil participación del territorio en la generación de riqueza a lo largo del siglo XX.

Los autores reseñados señalan dos grandes *pulsaciones* económicas que incidieron sobre el territorio, la primera de ellas sobre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, involucrada con la consolidación del capitalismo y la instalación de las grandes agroindustrias del norte⁶⁸; la segunda pulsación está relacionada con la “pampeanización” del Norte, la cual muestra los primeros indicios hacia 1960

⁶⁷ El ingreso y egreso de la pobreza se calcula según la categoría de pobreza que integra cada departamento en cada uno de los trienios definidos. Asimismo, los umbrales de dichas categorías están definidos por el valor promedio y las desviaciones estándar de cada distribución.

⁶⁸ Entre dichas actividades se destacan el caso de la agroindustria yerbatera en Corrientes-Misiones, el algodón el Chaco y la caña de azúcar en Tucumán, Salta y Jujuy.

profundizándose entre 1970 y 2000. La pobreza del Norte Grande estaría relacionada con las características de esas pulsaciones, con el territorio, con las persistencias y con las articulaciones de los constructores del territorio (Bolsi, 2007).

Sobre un territorio complejo, donde residen diversas sociedades que mostraron distintos grados de articulación, se consolidó a fines del siglo XIX el capitalismo, generando “residuos” o “víctimas colaterales del progreso” (Bauman, 2005). Estos “residuos” están relacionados con la presencia de poblaciones indígenas y de campesinos, ambas involucradas con los llamados *núcleos duros de la pobreza regional* (Bolsi y Paolasso, 2009).

Bolsi (2007) se pregunta cual es la causa que posibilitó que el liberalismo genere en la Pampa Húmeda, el territorio más rico del país, y, en el Norte, un territorio dominado por las carencias. Conjetura que las respuestas se localizan necesariamente en el ámbito cultural, reconociendo la importancia del sistema de articulaciones desarrollado entre las sociedades del Norte (donde lo tradicional desempeña un papel importante) y las sucesivas pulsaciones mencionadas arriba. Destaca así la coexistencia en el NGA de por lo menos dos grandes grupos, cada uno de ellos con su propio “conjunto central de cómo son y como deben ser las cosas” (Benedict, 1939). Estos dos grandes grupos son, por un lado, la sociedad moderna y capitalista y, por otro, la sociedad tradicional. Ambas mostraron distintos grados de articulación con las pulsaciones económicas, definiendo un problema social casi único en el país⁶⁹.

Este territorio complejo, variado, de estructura productiva débil y dominado por las carencias, fue receptor durante los noventa -al igual que el resto del país- del modelo político económico neoliberal, cuestión que agravó la tradicional condición de pobreza.

El nuevo gobierno asumido en 1989 impuso una combinación de políticas de estabilización y de reformas estructurales caracterizadas por su profundidad y audacia, máxime por su fuerte impacto regresivo, y por ser impulsadas por un partido político de clara inserción y consenso entre los sectores populares (Gambina, 2001). Ante cada crisis, el presidente no dudó en ratificar los lineamientos enviados desde el exterior, es

⁶⁹ Plantea Bolsi (2007) que no solo se trata del problema riqueza/pobreza; los contrastes del NGA con el resto de Argentina involucran también la edad de la población, la alta cuota de carga económica, la natalidad, la mortalidad infantil, cuyas diferencias aproximan al NGA mas al universo latinoamericano que al pampeano.

decir, la implementación de la receta neoliberal, caracterizada por la doble propuesta de reforma y ajuste⁷⁰.

En este contexto la distribución del ingreso adquirió un carácter regresivo producto del sendero por el cual transitaba la economía. Los sectores de menos ingresos son los que más terreno han perdido desde la implementación de las reformas; el sector medio tuvo un boom de consumo y crédito favorecido por el fuerte ingreso neto de capitales externos en la primera mitad de la década y vio esfumar dicha ventaja en la segunda mitad; y por último un sector en la cúspide que escamoteó los efectos de la crisis e incluso incrementó en términos porcentuales sus ingresos. La tabla 13 exhibe la distribución del ingreso en el país según deciles para los años 1991, 1994 y 1998. Se observa el creciente proceso de concentración del ingreso en cada vez menos población, cuestión que no escapa a la situación del NGA.

Tabla 13. Argentina. Distribución porcentual del ingreso de la población activa según deciles. 1991, 1994 y 1998.

DECILES	1991	1994	1998
1	0.14	0.00	0.00
2	2.88	1.73	0.56
3	4.56	4.24	3.32
4	5.40	5.47	5.01
5	6.58	6.76	6.35
6	7.74	8.01	7.87
7	9.56	9.63	9.56
8	11.99	12.19	12.12
9	16.22	16.34	16.75
10	34.93	35.63	38.46

Fuente: Tomado de Gambina (2001: 206).

En el plano territorial la década del noventa fue testigo del último de los cambios importantes en la estructura y en la superficie agropecuaria del NGA debido a la fuerte expansión de los cultivos de cereales y oleaginosas⁷¹. La soja fue el caso más importante, expandiéndose principalmente en Salta, Santiago del Estero, Chaco y Tucumán. El mundo rural fue atacado en casi todos sus frentes, afectando principalmente a los sectores más frágiles: cambios en los vínculos laborales, precarización laboral creciente de los trabajadores dependientes del agro, y expansión

⁷⁰ Tal recetario se enmarca dentro del denominado Consenso de Washington; según esta nueva fe, las crisis del Estado de Bienestar se superarían con la apertura de la economía, la eliminación de controles al flujo de los capitales financieros, y la supresión de la protección y otros subsidios estatales. El argumento del Consenso de Washington vincula directamente a la intervención del Estado en la economía como el origen de todos los desequilibrios.

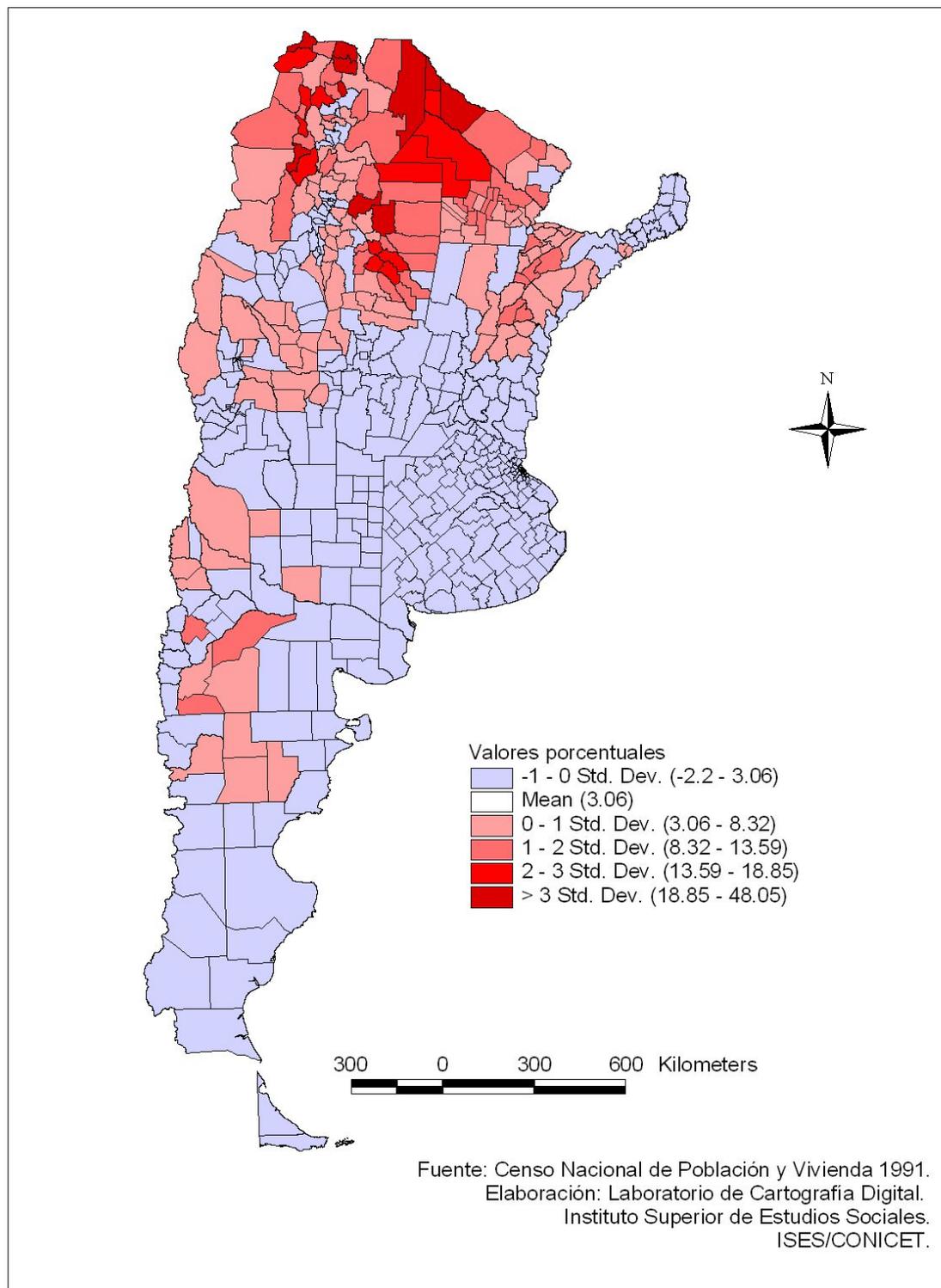
⁷¹ Dicho proceso adquirió la mayor envergadura, no obstante también crecieron durante la década ciertos cultivos industriales, tales como el olivo en Catamarca y el citrus en Tucumán, como así también se incrementaron en el territorio las hortalizas y algunos frutales (frutillas especialmente).

del contratismo fueron algunos de los elementos que incrementaron la exclusión (Bolsi, 2004).

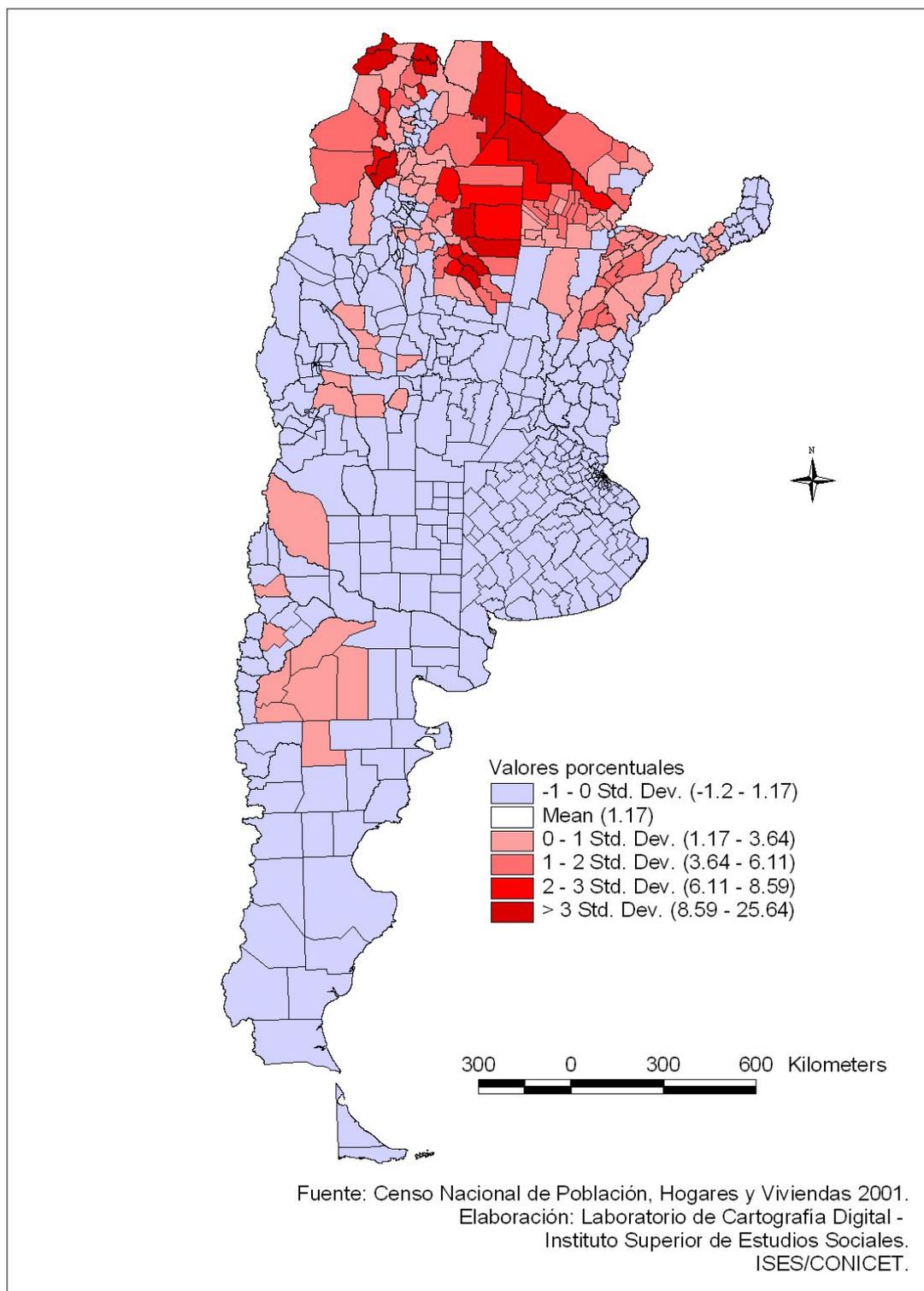
Así, las prácticas neoliberales encontraron en el NGA una sociedad y un territorio vulnerable. El NGA conformó tanto en 1991 como en 2001 el área mas crítica respecto a la concentración de miseria del país. Diversas metodologías de medición de la pobreza ponen de manifiesto esta situación, pero un indicador como la Tasa de Miseria de los Hogares vuelve notoriamente visible el grado de carencia y desprotección en el que se encuentra la población del NGA.

En este sentido el contraste que presenta la miseria del NGA respecto al resto del país es evidente. Los mapas 4 y 5 muestran la distribución espacial de la miseria en los años 1991 y 2001. Se observa la persistencia del fenómeno y el aumento del contraste hacia finales de la década.

Mapa 4. República Argentina. Distribución departamental de hogares en situación de miseria. 1991.



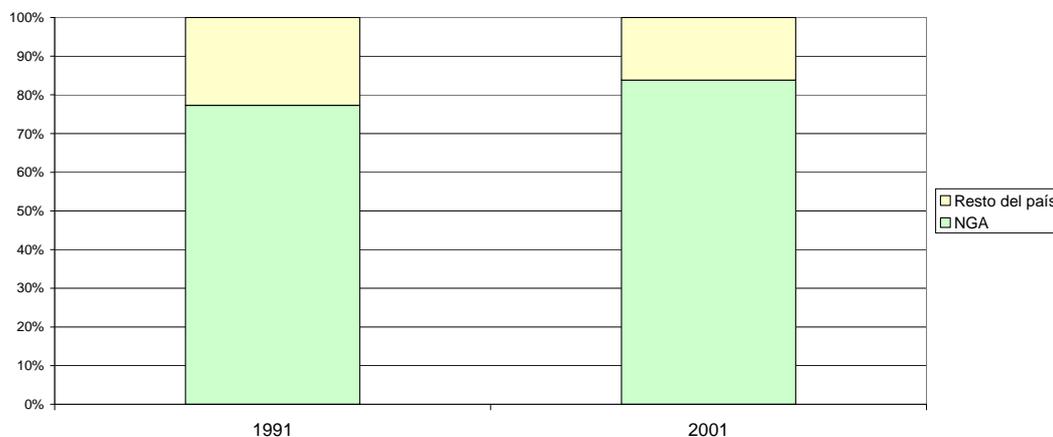
Mapa 5. República Argentina. Distribución departamental de hogares en situación de miseria. 2001.



Los mapas son elocuentes. En 1991 existían en el país 73643 hogares en situación de miseria, de los cuales el 77.3 % se hallaban en el NGA. En 2001 la cantidad de hogares en esta situación disminuyó a 40936, sin embargo la proporción de los que se localizan

en el NGA aumentó a un 83.8%, volviendo mas crítica la asimetría existente en el país. Esta situación puede observarse en la figura 45.

Figura 45. Norte Grande Argentino y resto del país. Proporción de hogares en situación de miseria. 1991/2001.



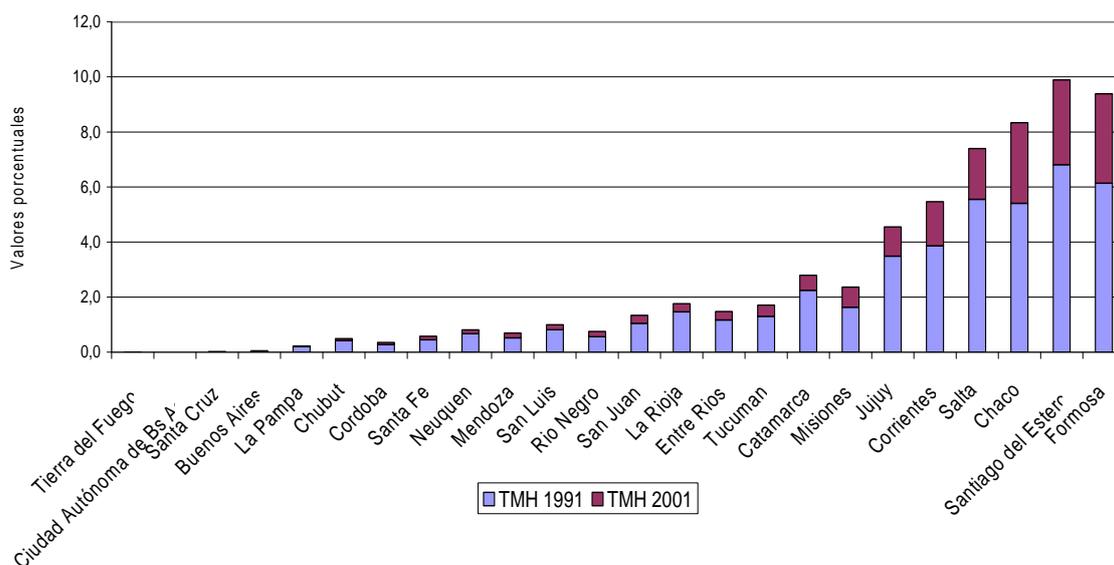
Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.
Elaboración propia.

Si bien se observa un proceso de disminución de la miseria -notorio incluso en algunos casos⁷²- tal proceso tuvo mayor importancia en el resto del país, logrando en el NGA un ascenso en la concentración de hogares en situación de miseria igual al 6.5%.

En el interior del NGA las provincias de Chaco, Formosa y Santiago del Estero concentran tanto en 1991 como en 2001 las mayores proporciones de hogares en situación de miseria del país, representando en conjunto el 36.2% en 1991 y el 46.3% en 2001. Esta condición de aumento de la concentración es similar -aunque mas intensificada- a la observada en el NGA. Es notorio también el deterioro en el que se encuentran el resto de las provincias del NGA, las cuales mantienen las mayores proporciones de miseria respecto al resto de las jurisdicciones del país, como puede observarse en la figura 46.

⁷² El departamento Santa Victoria (Salta) pasó de tener la mayor TMH del país igual a 48% en 1991, a una del 15% en 2001, constituyendo la jurisdicción que mayor descenso relativo operó.

Figura 46. Provincias Argentinas. Tasa de Miseria de los Hogares. 1991 y 2001.



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda (2001).

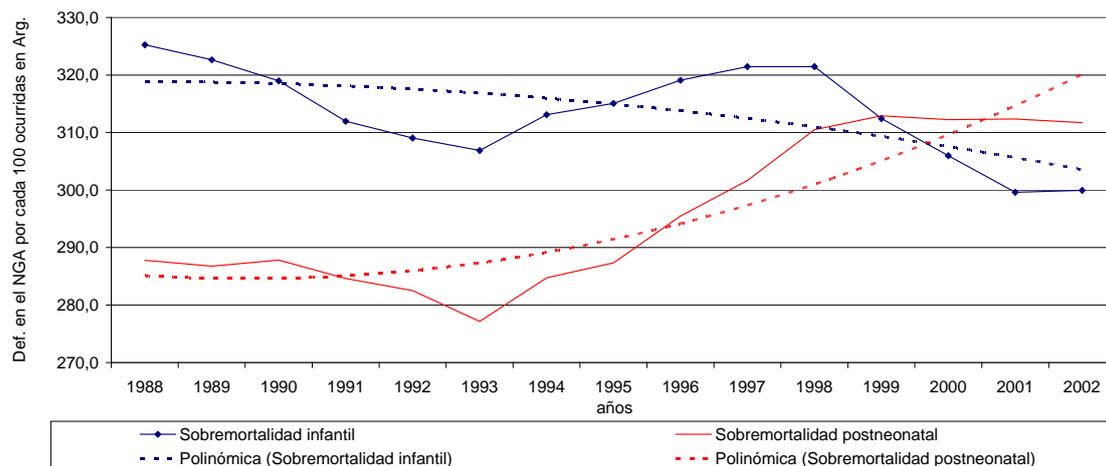
Elaboración propia.

Este aumento en la concentración de la miseria en el NGA coincide en el año 2001 con una crisis de magnitudes significativas y desconocidas en la historia argentina, constituyendo para Rapoport (2004) la mayor crisis de la historia nacional. Esta persistencia y aumento de tal concentración explica el comportamiento dominante de la estabilidad en las variaciones espaciales de la pobreza antes mencionado. No obstante, este proceso debe ser analizado junto al descenso operado por la mortalidad infantil, la cual, a pesar de descender, mostró a lo largo de la década valores por encima de la media nacional, evidenciados a través del análisis de la sobremortalidad.

3.2 Mortalidad infantil en descenso en un contexto de constante sobremortalidad.

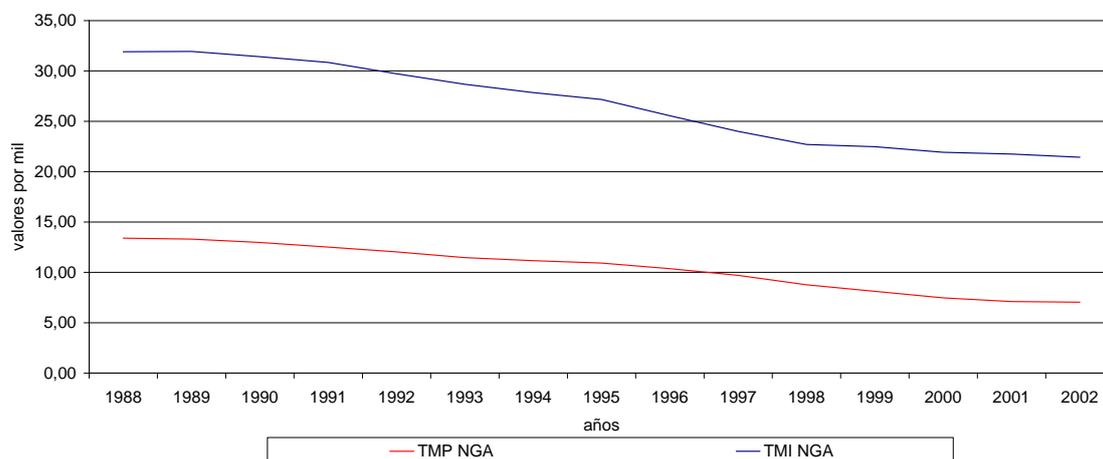
La figura 47 exhibe el comportamiento de la sobremortalidad infantil y postneonatal del NGA con respecto al país. Se observa que, a pesar del descenso operado durante los noventa en ambas tasas (figura 48), la brecha se mantiene alrededor de las 313 defunciones infantiles y 295 muertes postneonatales en el NGA por cada 100 ocurridas en el país. Las tendencias en ambos casos muestran perfiles diferentes: mientras la mortalidad infantil tiende a disminuir las diferencias, la mortalidad postneonatal -más influenciada por condicionantes socioeconómicos- tiende a aumentar tal brecha, fundamentalmente a partir del año 1995.

Figura 47. Sobremortalidad infantil y postneonatal con respecto a Argentina. 1988 - 2002.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud
Elaboración propia

Figura 48. Evolución de las tasas de mortalidad infantil y postneonatal en el NGA. 1988 - 2002.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud
Elaboración propia

La persistencia de estos contrastes entre el NGA y el resto del país se ve explicada por “barreras” que condicionan el acceso al cuidado, prevención y atención de la salud de los niños del NGA. Entre estas barreras se destacan:

- Barreras económicas: el déficit de ingresos es un motivo condicionante, principalmente en las familias pobres, para acceder al sistema de salud. Siempre el porcentaje del gasto en salud que efectúa una familia pobre es superior al de una familia de clase media. Tobar (2004) estima que en 1997 el gasto en medicamentos del 20% más rico alcanzaba el 41% del ingreso, mientras que en el 20% más pobre cubría el 78% del ingreso. De igual manera es diferente también el servicio médico que utiliza una familia pobre respecto a una de clase media: el pobre hace un alto uso de servicios de emergencia, en

En 2001 la proporción de hogares con privaciones solo de recursos corrientes en el NGA alcanzaba al 15% de los hogares, mientras el 44% además de privaciones de recursos corrientes mantenían privaciones patrimoniales.

- Barreras geográficas: evidenciadas por el aislamiento y las grandes distancias que deben recorrer las personas en busca de atención hospitalaria. Los accidentes geográficos y la carencia del transporte público vuelven más dificultosa esta situación. En este sentido se identifica en el NGA 0.6 hospitales o centros de salud por cada 100 km².
- Barreras temporales: se relaciona con el horario de atención de los profesionales de la salud, el tiempo de espera y la demora en el transporte, los cuales pueden impedir el acceso a los servicios. Estudios llevados a cabo por Sacchi (2002) en la ciudad de Salta identificaron demoras de atención médica superiores a las ocho horas en la ciudad capital; se infiere que tales demoras serían superiores en el medio rural, donde las distancias son aun mayores.
- Barreras educacionales: el bajo nivel educativo, de la madre fundamentalmente, puede impedir la identificación de la gravedad de la enfermedad, demorar las acciones curativas necesarias y relegar la búsqueda de ayuda profesional. En el NGA el 3% de las mujeres con edades entre 15 y 39 años no saben leer ni escribir.
- Barreras culturales: se registran cuando el modelo médico hegemónico entra en colisión con la cultura popular prevalente, asimismo los problemas de comunicación e idioma pueden dificultar que los pacientes acudan a

⁷³ Durante los últimos años la dificultad para adquirir medicamentos se ha convertido en la principal barrera de acceso a los cuidados médicos (Tobar, 2002). Una estrategia que se realizó a partir del año 2002 para que los hogares pobres pudiesen acceder a los medicamentos fue la aplicación del Plan Remediar, el cual provee 56 medicamentos esenciales y gratuitos a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud de cada municipio y provincia del país. Otra estrategia aplicada el mismo año mediante el Decreto N° 486/02 de emergencia sanitaria fue la obligatoriedad de prescripción de medicamentos mediante el nombre genérico por sobre la marca comercial, abaratando de esta manera el precio final de los medicamentos. Durante los noventa el precio de los medicamentos creció sostenidamente, triplicando su precio entre 1990 y 2001 (Tobar, 2004). En Argentina, las obras sociales tienen la responsabilidad de cofinanciar al menos el 40% del precio de los medicamentos ambulatorios en las farmacias. Sin embargo, plantea Tobar (2002) que este esquema deja de lado a los más pobres, quienes carecen la mayoría de las veces de obra social.

profesionales calificados para la atención de sus problemas de salud. Existe en el NGA el 4% de los hogares autoreconocidos como pertenecientes a algún pueblo aborigen. Esta proporción se eleva considerablemente en algunas áreas, tales como el departamento Iruya (Salta) donde dicha proporción alcanza al 76% de los hogares.

4. Asociaciones entre áreas de ingreso y egreso a la pobreza con la estructura epidemiológica de la población infantil.

Si bien la estabilidad fue el comportamiento que dominó el estudio de las variaciones en la distribución espacial de la pobreza durante los noventa en el NGA, hubo cambios sutiles respecto a las variaciones del fenómeno⁷⁴. En este sentido, se pretende en este apartado asociar los cambios en el perfil epidemiológico infantil en las áreas que ingresaran y egresaran de la pobreza⁷⁵, y relacionar estos cambios con el comportamiento de las enfermedades de la pobreza (ver Cap. II, p. 52).

En los análisis pudieron observarse dos situaciones comunes:

- A.** Disminución proporcional del peso de las enfermedades de la pobreza - infecciosas, respiratorias y relacionadas a la desnutrición- y aumento proporcional de las causas más relacionadas con la componente biológica de la mortalidad infantil en las áreas donde disminuyó la pobreza.
- B.** Aumento proporcional del peso de las enfermedades de la pobreza y disminución de las causas más relacionadas con la componente biológica de la mortalidad infantil -afecciones del periodo perinatal y anomalías congénitas- en las áreas donde creció la pobreza.

Estas situaciones adquieren mayor robustez a medida que avanzan los trienios considerados, debido fundamentalmente a la mejora en el registro. El margen de error es mínimo, entendiéndose como tal el comportamiento inverso al esperado. Entre ellos, el más importante es la variación negativa del 1% en la deficiencias de la nutrición en el pasaje 1995/97 - 1998/00 en los departamentos donde aumenta la pobreza.

Asimismo el grupo de causas “ciertas afecciones del periodo perinatal” mostró ser el más sensible a las variaciones de la pobreza, se justifica tal afirmación debido a la

⁷⁴ En el anexo cartográfico se encuentran las distribuciones espaciales de la pobreza en los lapsos 1989/91, 1992/94, 1995/97, 1988/00 y 2001/03. Se localizan también los mapas síntesis que identifican las áreas de ingreso y egreso a la pobreza en cada “pasaje” de período.

⁷⁵ Ver anexo cartográfico.

inexistencia de comportamiento contrario al esperado y en la magnitud que alcanza las variaciones de este grupo.

4.1 Primer pasaje.

Se analiza la transición de 1989/91 a 1992/94, destacándose que el ingreso a la pobreza incluye al 7.5% de los hogares del NGA, en tanto el egreso al 11.7%. Los mayores avances en la pobreza se registraron en los departamentos Antofagasta de la Sierra (Catamarca), Guachipas e Iruya (Salta); mientras el mayor descenso operó en los departamentos La Caldera y San Carlos (Salta). Las tablas 14 y 15 exhiben las variaciones en los grandes grupos de causas en los conjuntos departamentales que mostraran las mayores y menores variaciones de la pobreza.

En los casos donde aumentó la pobreza las mayores variaciones se relacionan con el descenso del 7% de las afecciones perinatales y el aumento del 3% de las patologías respiratorias⁷⁶. Evidenciaron un comportamiento inverso al esperado las enfermedades infecciosas y las relacionadas a la desnutrición, no obstante la magnitud de las diferencias no supera el 0.5%. En la misma condición se encuentran las anomalías congénitas, las cuales ascendieron en un 0.3%.

Tabla 14. Perfil epidemiológico infantil de departamentos que ingresaron a la pobreza. 1989/91 y 1992/94. Variaciones porcentuales.

Grupo de causas	Trienio 1989/91 (%)	Trienio 1992/94 (%)	Diferencias
Enfermedades infecciosas y parasitarias.	10.7	10.4	-0.3
Deficiencias de la nutrición y anemias.	8.0	7.4	-0.5
Enfermedades respiratorias.	7.4	10.6	3.3
Anomalías congénitas.	8.7	8.9	0.3
Ciertas afecciones del periodo perinatal	46.1	39.3	-6.8
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.	9.2	10.0	0.9
Causas externas	2.6	2.6	0.0
Resto de causas	7.4	10.6	3.3

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

En los casos donde disminuyó la pobreza es marcado el ascenso de las causas vinculadas al componente biológico de la mortalidad infantil (anomalías congénitas y afecciones perinatales), representando en conjunto un ascenso del 8.4%. Se percibe también un importante descenso de las patologías infecciosas, siendo las infecciones

⁷⁶ En el primer grupo las principales causas específicas son las afecciones respiratorias del feto y del recién nacido y el síndrome de dificultad respiratoria. Dentro de las patologías respiratorias se destacan la bronconeumonía, neumonitis y neumonía.

intestinales mal definidas y las septicemias las causas de este grupo que mayor control evidenciaron en este conjunto departamental.

Tabla 15. Perfil epidemiológico infantil de departamentos que egresaron de la pobreza. 1989/91 y 1992/94. Variaciones porcentuales.

Grupo de causas	Trienio 1989/91 (%)	Trienio 1992/94 (%)	Diferencias
Enfermedades infecciosas y parasitarias.	15.4	10.9	-4.5
Deficiencias de la nutrición y anemias.	5.3	4.6	-0.7
Enfermedades respiratorias.	10.1	10.7	0.7
Anomalías congénitas.	7.2	11.1	3.9
Ciertas afecciones del periodo perinatal	40.7	45.2	4.5
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.	7.7	7.3	-0.5
Causas externas	3.5	3.3	-0.2
Resto de causas	10.0	6.9	-3.1

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

4.2 Segundo pasaje⁷⁷.

Al comparar los trienios 1992/94 y 1995/97 se distingue un aumento significativo de la pobreza en los departamentos Tapenagá (Chaco), La Candelaria (Salta) y Antofagasta de la Sierra (Catamarca). Por el contrario, el mayor descenso de la pobreza operó en Guachipas (Salta)⁷⁸, San Antonio y Santa Catalina (Jujuy). En este pasaje el aumento de la pobreza incluye al 8.9% de los hogares del NGA, mientras el descenso al 4.9%, siendo este -como se mencionara anteriormente- el momento de la mayor expansión espacial de la pobreza.

Las tablas 16 y 17 exhiben los cambios en la estructura epidemiológica infantil en las áreas de avance y retroceso de la pobreza. En el primer caso es considerable el aumento de las patologías relacionadas con la desnutrición y el descenso de las afecciones perinatales. Se percibe también, de modo contrario al esperado, un sutil descenso de las patologías respiratorias. No obstante, es en este pasaje cuando las enfermedades de la pobreza alcanzan la mayor proporción dentro de los conjuntos departamentales que mostraran aumento de la pobreza. Dicha proporción representa el 29.4% de las defunciones infantiles y se destacan en su interior principalmente la neumonía, bronconeumonía, infecciones intestinales, diarreas de origen infeccioso, marasmo

⁷⁷ Es preciso recordar que en este pasaje ocurrió un cambio en la codificación de las causas de muerte, pasando de utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) N° 9 a la CIE N° 10. Para realizar la comparación se homologaron los criterios de codificación. El detalle sobre este proceso puede observarse en el capítulo III, pp. 61-62.

⁷⁸ Es notorio el descenso evidenciado en el departamento Guachipas, el cual pasó de una TMP de 25.3 por mil en 1992/94 a un registro igual a 0 en 1995/97, dejando entrever, como se mencionara anteriormente, la posibilidad que esto sea producto de la aleatoriedad estadística y el subregistro más que a un verdadero avance en las condiciones de vida de la población.

nutricional y otras formas de desnutrición. Estas causas específicas de defunción representan el 72% de las enfermedades de la pobreza.

Tabla 16. Perfil epidemiológico infantil de departamentos que ingresaron a la pobreza. 1992/94 y 1995/97. Variaciones porcentuales.

Grupo de causas	Trienio 1992/94 (%)	Trienio 1995/97 (%)	Diferencias
Enfermedades infecciosas y parasitarias.	11.7	11.7	0.0
Deficiencias de la nutrición y anemias.	4.9	6.9	2.0
Enfermedades respiratorias.	11.2	10.8	-0.3
Anomalías congénitas.	9.5	9.6	0.1
Ciertas afecciones del periodo perinatal	44.9	38.7	-6.2
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.	7.0	8.0	1.0
Causas externas	3.3	5.1	1.8
Resto de causas	7.5	9.3	1.8

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Por otro lado, en los departamentos donde disminuyó la pobreza las principales variaciones estuvieron relacionadas con el crecimiento de las afecciones perinatales, el aumento de las causas externas y el descenso tanto de las patologías relacionadas con la desnutrición como las enfermedades respiratorias⁷⁹.

Tabla 17. Perfil epidemiológico infantil de departamentos que egresaron de la pobreza. 1992/94 y 1995/97. Variaciones porcentuales.

Grupo de causas	Trienio 1992/94 (%)	Trienio 1995/97 (%)	Diferencias
Enfermedades infecciosas y parasitarias.	10.8	11.0	0.2
Deficiencias de la nutrición y anemias.	7.9	4.7	-3.2
Enfermedades respiratorias.	10.1	7.5	-2.6
Anomalías congénitas.	9.4	9.5	0.1
Ciertas afecciones del periodo perinatal	37.8	44.0	6.2
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.	11.6	9.2	-2.4
Causas externas	3.8	7.8	4.0
Resto de causas	8.5	6.3	-2.2

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

4.3 Tercer pasaje.

En la transición entre 1995/97 y 1998/00 se advierte que el aumento de la pobreza incluye al 5.3% de los hogares del NGA, en tanto la disminución al 9.9%. Variaciones significativas relacionadas al aumento de la pobreza operaron en los departamentos Guachipas (Salta), El Alto (Catamarca), Tumbaya y Santa Catalina (Jujuy); mientras el descenso del fenómeno fue significativo en Berón de Astrada (Corrientes), La Candelaria (Salta), Antofagasta de la Sierra (Catamarca) y Tapenagá (Chaco).

⁷⁹ Dentro de las causas externas se destaca el aumento de las muertes por la inhalación e ingestión de alimentos que causan obstrucción de las vías respiratorias o sofocación y la obstrucción no especificada de la respiración.

Los cambios en el perfil epidemiológico infantil de las áreas de ingreso a la pobreza se observan en la tabla 18. La variación más importante corresponde al descenso de las afecciones perinatales, destacándose también un aumento del 3.5% de las patologías infecciosas y respiratorias. Contrariamente a lo esperado operó un descenso el grupo de causas relacionadas a las deficiencias en la nutrición, alcanzando como se mencionara anteriormente el mayor *error* en el comportamiento (1%). Se distingue también un aumento de las causas externas, motivado fundamentalmente por la obstrucción no especificada de la respiración.

Tabla 18. Perfil epidemiológico infantil de departamentos que ingresaron a la pobreza. 1995/97 y 1998/00. Variaciones porcentuales.

Grupo de causas	Trienio 1995/97 (%)	Trienio 1998/00 (%)	Diferencias
Enfermedades infecciosas y parasitarias.	6.6	8.8	2.2
Deficiencias de la nutrición y anemias.	4.8	3.8	-1.0
Enfermedades respiratorias.	9.1	10.4	1.3
Anomalías congénitas.	9.9	10.7	0.7
Ciertas afecciones del periodo perinatal	41.5	38.5	-3.0
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.	15.2	15.0	-0.1
Causas externas	6.8	8.7	2.0
Resto de causas	6.1	4.0	-2.1

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

La tabla 19 muestra las variaciones en el perfil epidemiológico en las áreas de descenso de la pobreza. En este caso no se observan *errores*, ya que se presenta una disminución del conjunto de enfermedades de la pobreza (-8.2%) y un ascenso de aquellas relacionadas con el componente biológico de la mortalidad infantil (11.3%). La mayor variación se observa nuevamente en las afecciones perinatales, cuyo peso proporcional ascendió en un 9.3%; le siguen las patologías infecciosas, las cuales disminuyeron en 3.4% su proporción.

Tabla 19. Perfil epidemiológico infantil de departamentos que egresaron de la pobreza. 1995/97 y 1998/00. Variaciones porcentuales.

Grupo de causas	Trienio 1995/97 (%)	Trienio (%) 1998/00	Diferencias
Enfermedades infecciosas y parasitarias.	10.9	7.5	-3.4
Deficiencias de la nutrición y anemias.	6.0	3.3	-2.7
Enfermedades respiratorias.	9.7	7.6	-2.1
Anomalías congénitas.	9.7	11.7	2.0
Ciertas afecciones del periodo perinatal	40.6	50.0	9.3
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.	7.5	8.9	1.4
Causas externas	6.2	6.4	0.2
Resto de causas	9.5	4.7	-4.8

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

4.3 Cuarto pasaje.

La transición de 1998/00 a 2001/03 implicó el aumento de la pobreza en el 5.1% de los hogares, mientras la disminución incluyó al 9.5% de los mismos. El aumento de la pobreza fue notorio en los departamentos de Antofagasta de la Sierra, Ambato, Ancasti (Catamarca), Los Andes (Salta), Rivadavia, San Martín y Mitre (Santiago del Estero). En tanto, la disminución fue significativa en los departamentos Iruya (Salta), Cochinoca (Jujuy), Avellaneda (Santiago del Estero) y El Alto (Catamarca). Las tablas 20 y 21 muestran en los conjuntos departamentales identificados por dichas variaciones las modificaciones en el perfil epidemiológico infantil.

En el primer caso la variación mas importante está relacionada con el descenso del conjunto de anomalías congénitas. Asimismo se observa un crecimiento de las deficiencias de la nutrición, dentro de las cuales se destaca el crecimiento de la desnutrición proteicocalórica severa. De modo contrario a lo esperado, se observa un crecimiento de los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, los cuales, en un periodo donde obedeció una mejora en el registro, aumentaron su peso proporcional en un 3.1%, no obstante el valor de referencia del 4.6% es el mas bajo de acuerdo al aumento de la pobreza según los trienio considerados.

Tabla 20. Perfil epidemiológico infantil de departamentos que ingresaron de la pobreza. 1998/00 y 2001/03. Variaciones porcentuales.

Grupo de causas	Trienio 1998/00 (%)	Trienio 2001/03 (%)	Diferencias
Enfermedades infecciosas y parasitarias.	8.9	10.0	1.1
Deficiencias de la nutrición y anemias.	2.8	5.2	2.4
Enfermedades respiratorias.	10.5	9.6	-1.0
Anomalías congénitas.	14.4	10.4	-4.0
Ciertas afecciones del periodo perinatal	42.3	41.3	-1.1
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.	4.6	7.7	3.1
Causas externas	12.2	10.2	-2.0
Resto de causas	4.3	5.6	1.4

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

La tabla 21 exhibe las variaciones del perfil epidemiológico infantil en el conjunto departamental que mostrara descenso de la pobreza. Al igual que en el pasaje anterior, se observa coherencia entre el descenso de la pobreza, el aumento del componente biológico y el descenso del componente social de la mortalidad infantil. La variación mas importante se observa en el grupo de las afecciones perinatales y las anomalías congénitas, las cuales ascendieron en conjunto el 11.4%. Por el contrario, las enfermedades de la pobreza descendieron el 6.8%, siendo las patologías respiratorias e infecciosas la que presentaron la mayor disminución.

Tabla 21. Perfil epidemiológico infantil de departamentos que egresaron de la pobreza. 1998/00 y 2001/03. Variaciones porcentuales.

Grupo de causas	Trienio 1998/00 (%)	Trienio 2001/03 (%)	Diferencias
Enfermedades infecciosas y parasitarias.	8.8	6.1	-2.7
Deficiencias de la nutrición y anemias.	4.3	3.0	-1.3
Enfermedades respiratorias.	11.3	8.6	-2.8
Anomalias congénitas.	11.6	14.6	3.0
Ciertas afecciones del periodo perinatal	44.7	53.1	8.4
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.	9.4	8.4	-1.1
Causas externas	5.7	2.4	-3.2
Resto de causas	4.1	3.8	-0.3

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

El análisis hasta aquí realizado permitió constatar la asociación entre las variaciones en la pobreza y la estructura epidemiológica de la población infantil. No obstante, se observó que tal asociación no fue perfecta, existiendo en determinados pasajes *errores* que mostraran variaciones inversas a las esperadas. Sin embargo, tal situación fue mínima, ya que en ningún momento superó el 1%. Esta situación, a pesar de ser mínima, prevaleció más en las áreas de aumento de la pobreza. Se considera que tal comportamiento obedece a la calidad del registro de muerte en determinadas provincias del territorio, cuestión esta que mostró mejoras sobre finales de la década de estudio⁸⁰. Se identificó también el grupo de causas de muertes más sensible a las variaciones de la pobreza: las afecciones del periodo perinatal. Este grupo no presentó *errores*, asimismo la magnitud de las variaciones fue -en la mayoría de los casos- la más importante.

5. Consideraciones finales

A pesar de los avances notables que se lograron sobre el problema de la pobreza, se trata de un hecho social que muy a menudo parece ser inasible; la carga ideológica inherente al concepto y la alta complejidad del hecho definen un universo con caracteres difusos y contradictorios (Bolsi y Paolasso, 2009). El presente análisis estuvo involucrado con la idea de que poco se puede comprender sobre la pobreza sin tratar su distribución espacial.

La presente investigación permitió responder los interrogantes referidos a los cambios en la distribución espacial de la pobreza y a la cuantificación de los hogares involucrados en tales variaciones. Las respuestas a dichos interrogantes definieron los principales resultados hallados. En este sentido la estabilidad en el comportamiento fue

⁸⁰ Ver cap. III, pp. 58-65.

la característica principal en la evolución de la pobreza, alcanzando al 90% de los hogares. Asimismo -en este contexto de variaciones mínimas- la mayor expansión cuantitativa y territorial ocurrió en el trienio 1995/97, involucrando este aumento al 8.9% de los hogares del NGA.

Estos resultados deben ser interpretados en un contexto relacionado con:

- a. la disminución de la miseria en el país pero con un aumento de la concentración de la misma en el NGA⁸¹ y
- b. la disminución de la TMI pero con una constante sobremortalidad entre el NGA y el resto del país.

Esta persistente sobremortalidad acerca las características del NGA a perfiles más similares al universo latinoamericano que al nacional⁸². Dentro del estudio de la sobremortalidad infantil pudieron distinguirse las tendencias que presentan la sobremortalidad infantil y la sobremortalidad postneonatal -más asociada esta última a las condiciones socioeconómicas-. En este sentido se observó que la TMP tiende a profundizar la brecha que existe con el resto de Argentina, mientras la TMI se inclina a disminuir tal brecha, la cual se halla alrededor de las 300 defunciones infantiles ocurridas en el NGA por cada 100 acaecidas en el país. Asimismo la heterogeneidad de situaciones demostró ser otra de las características propias del NGA: los departamentos con valores más extremos de TMP mostraron registros -como mínimo- seis veces por encima del promedio nacional.

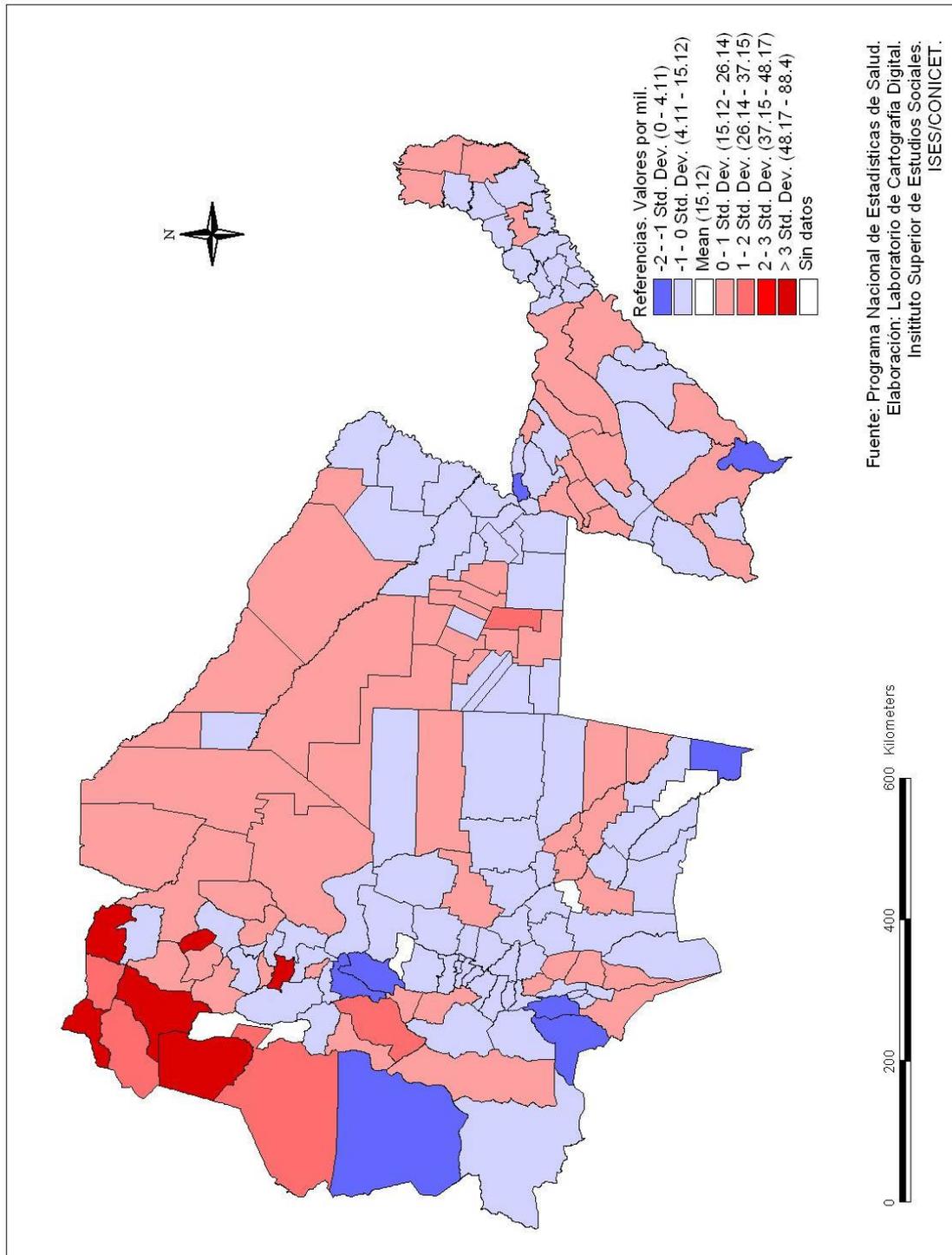
Asimismo el análisis del perfil epidemiológico en las áreas que mostraran variaciones notables en la pobreza demostró una marcada asociación, distinguiéndose el aumento de las enfermedades de la pobreza -patologías infecciosas, respiratorias y anemias- en el caso de avance de la pobreza, y disminución de las mismas en caso de retroceso. También los grupos de causas relacionados con la componente biológica de la mortalidad infantil mostraron asociación con la pobreza, creciendo las afecciones del periodo perinatal y las anomalías congénitas ante la disminución de la pobreza y viceversa. El primero de estos se constituyó en el grupo de causas mas sensible a las variaciones de la pobreza.

⁸¹ Ante esta evidencia de descenso de la miseria Repetto (2000) se pregunta ¿por qué disminuyó?, y encuentra las respuestas en la inercia de los programas sociales de larga duración y en los impactos progresivos del gasto social.

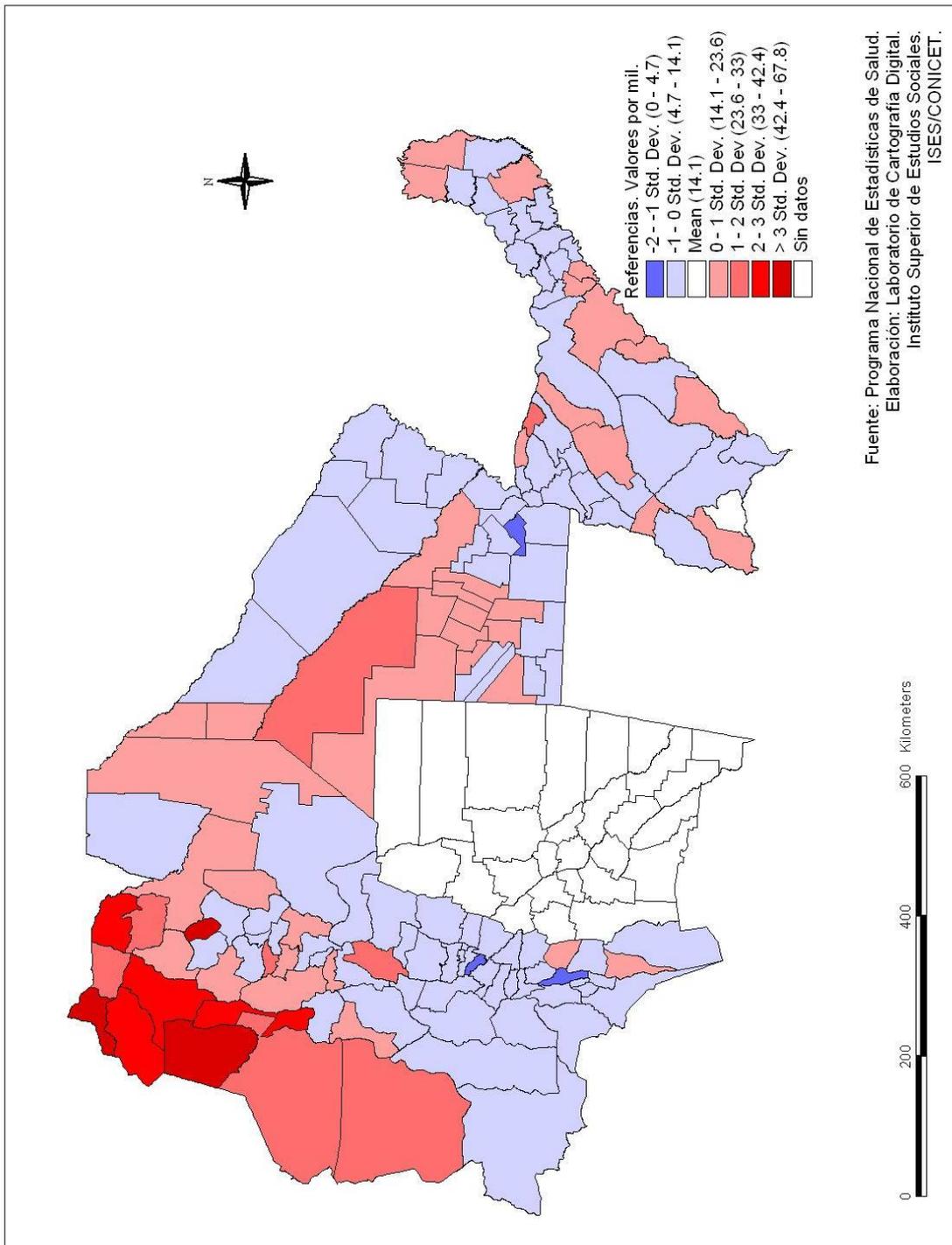
⁸² Argentina posee para el año 2006 una TMI de 14 por mil, mientras la TMI del NGA es 16.3 por mil, la de la Puna 28.2 por mil, la de Brasil 19 por mil, y la de Bolivia 50 por mil (UNICEF, 2007).

6. Anexo cartográfico.

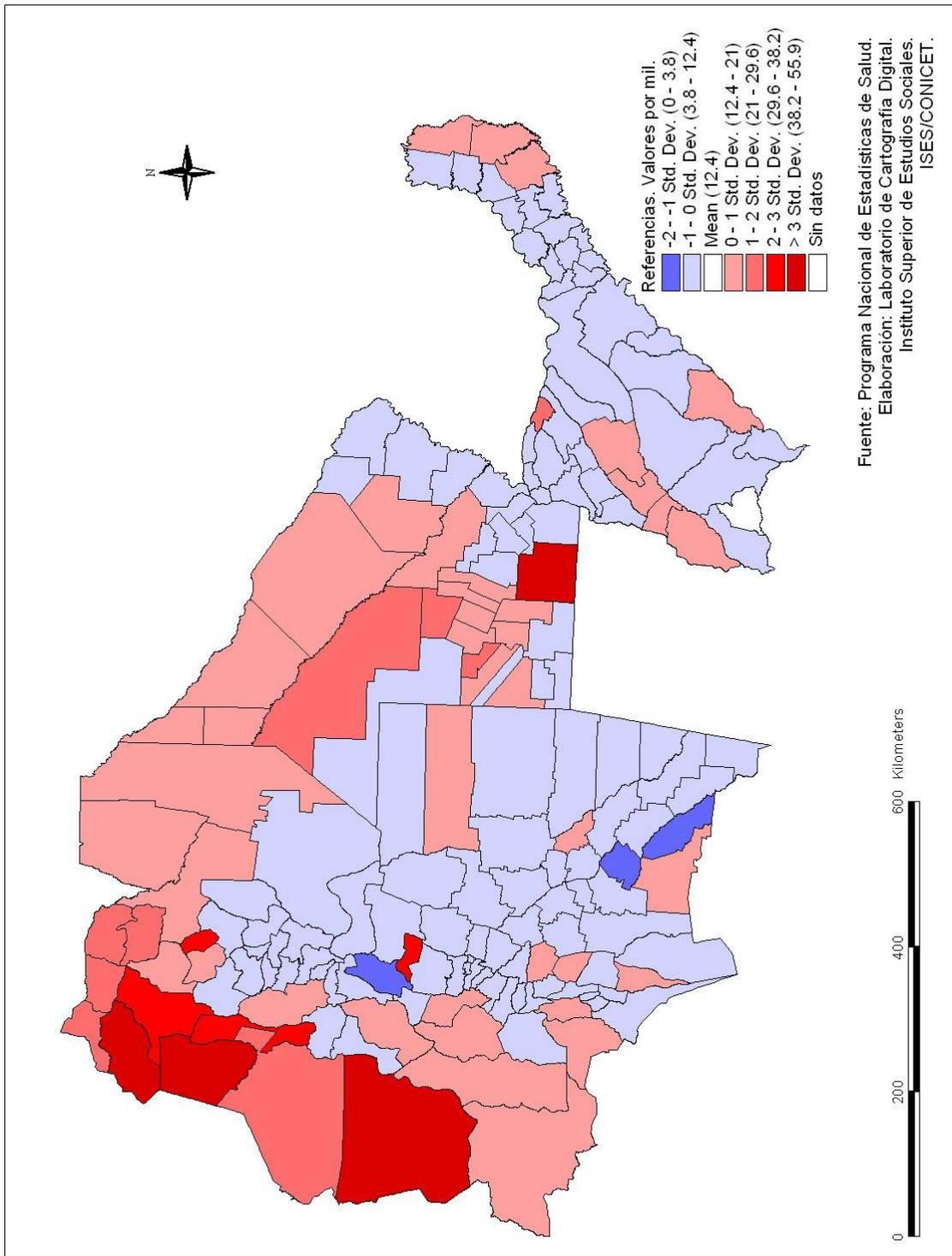
Mapa 6. Norte Grande Argentino. Tasa de mortalidad infantil postneonatal. 1989/1991.



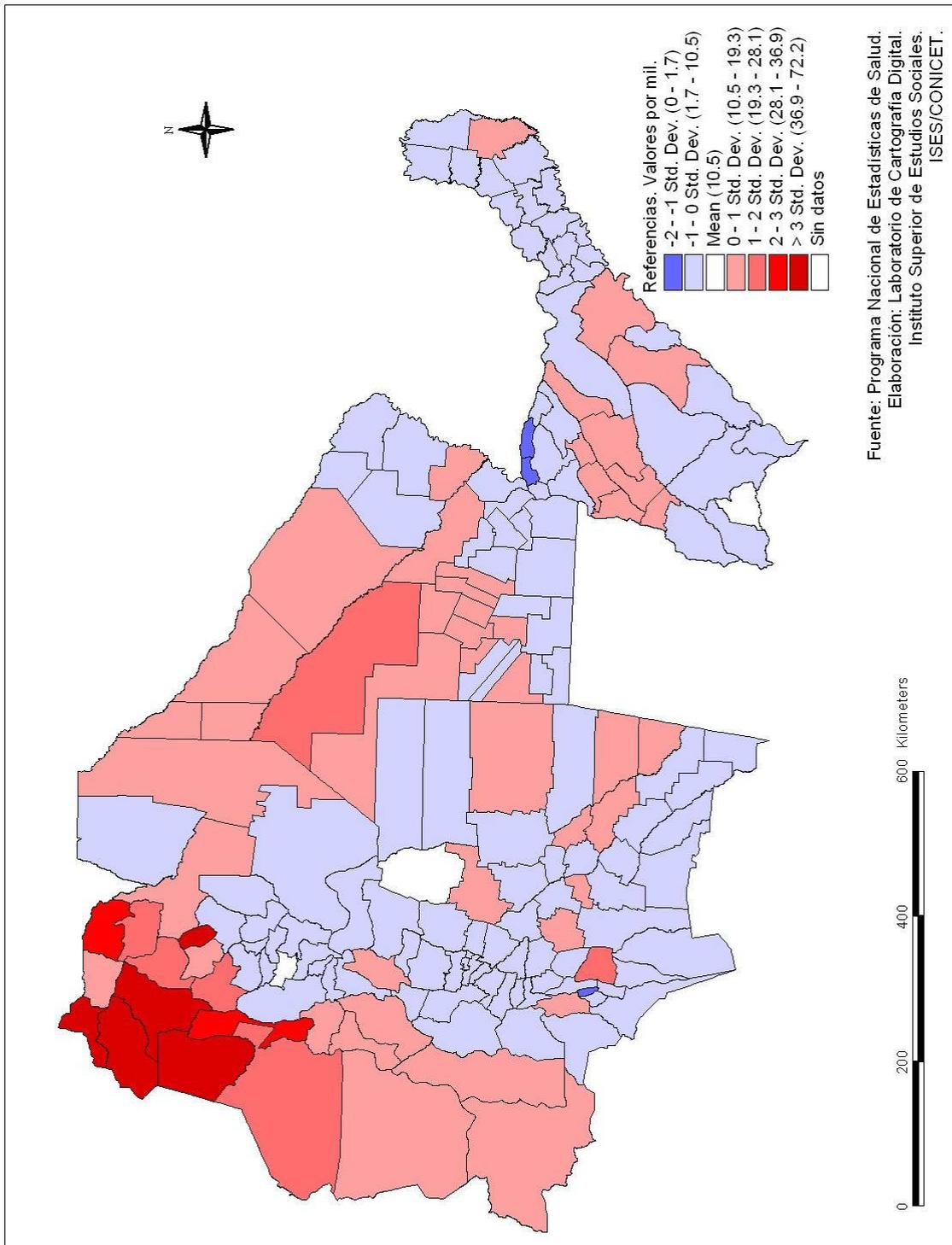
Mapa 7. Norte Grande Argentino. Tasa de mortalidad infantil postneonatal. 1992/1994.



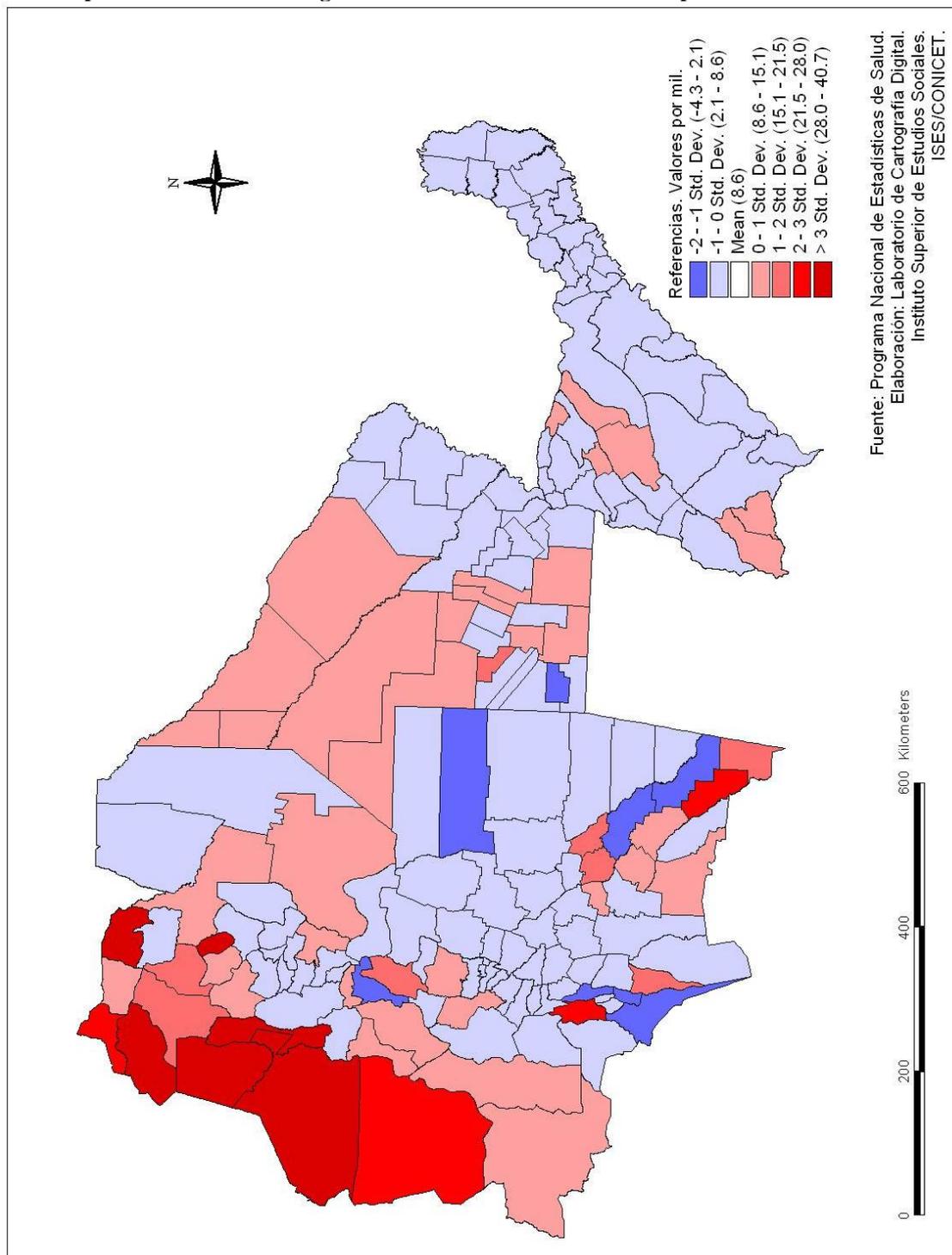
Mapa 8. Norte Grande Argentino. Tasa de mortalidad infantil postneonatal. 1995/1997.



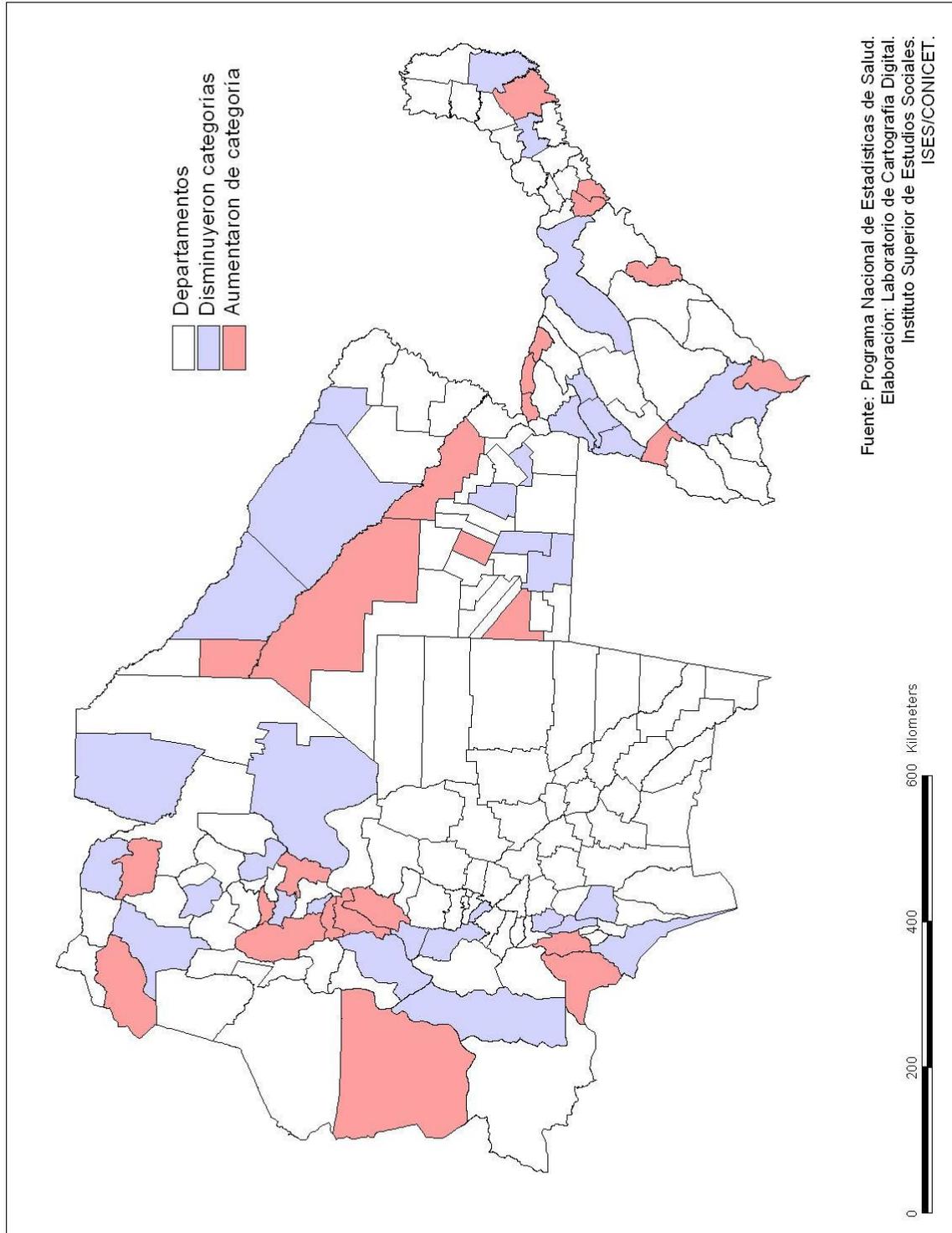
Mapa 9. Norte Grande Argentino. Tasa de mortalidad infantil postneonatal. 1998/2000.



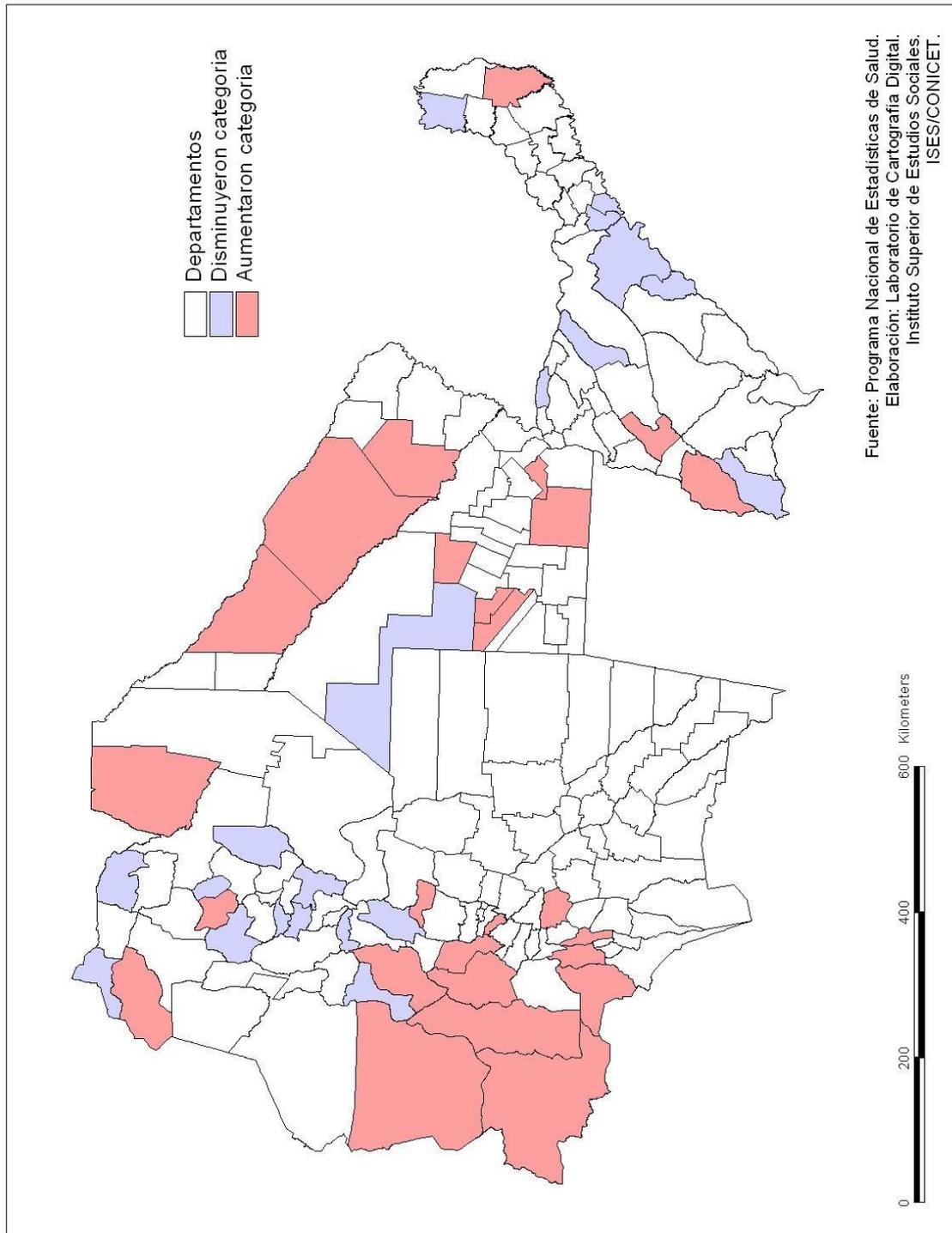
Mapa 10. Norte Grande Argentino. Tasa de mortalidad infantil postneonatal. 2001/2003.



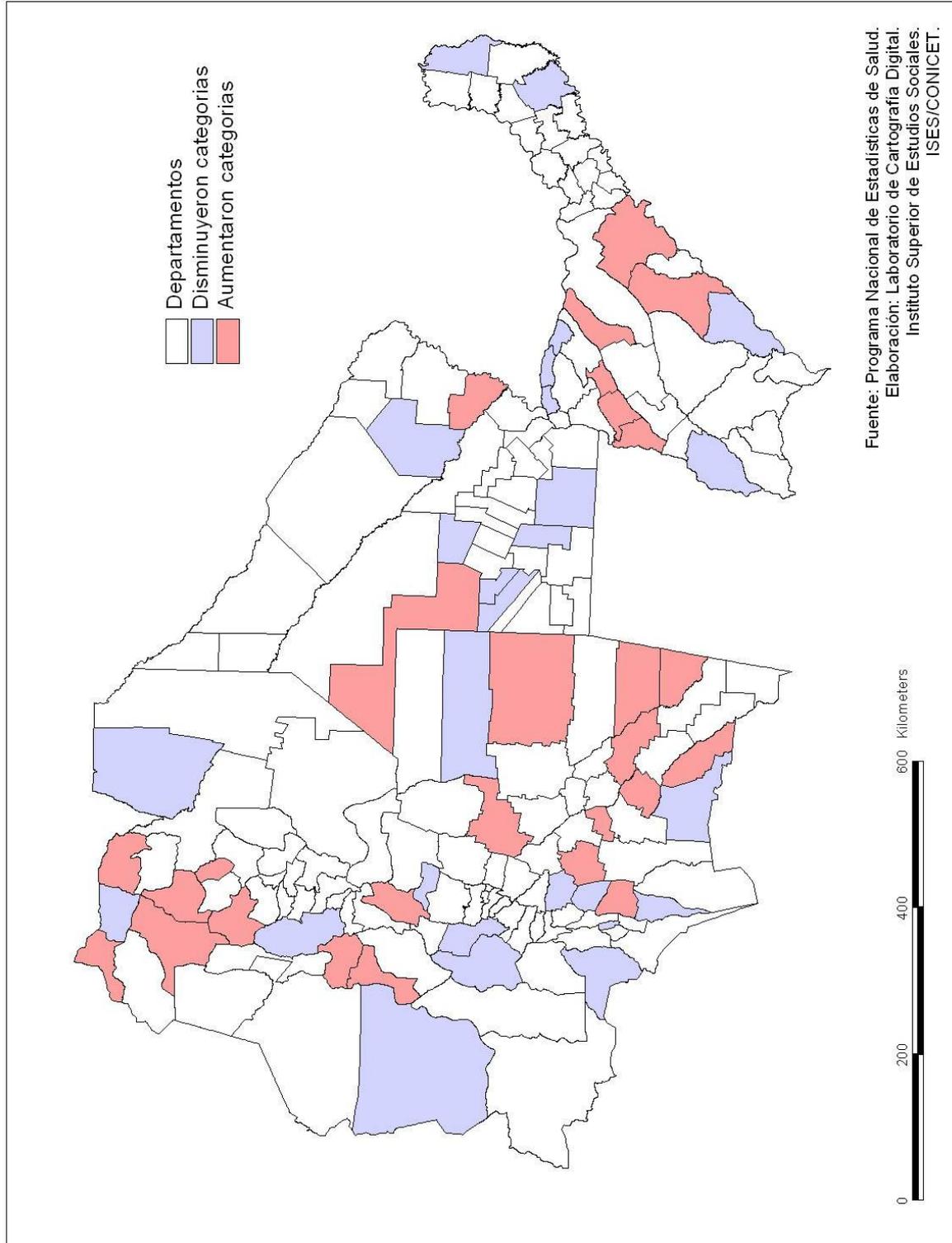
Mapa 11. Norte Grande Argentino. Crecimiento y retroceso de la pobreza entre 1989/91 y 1992/94.



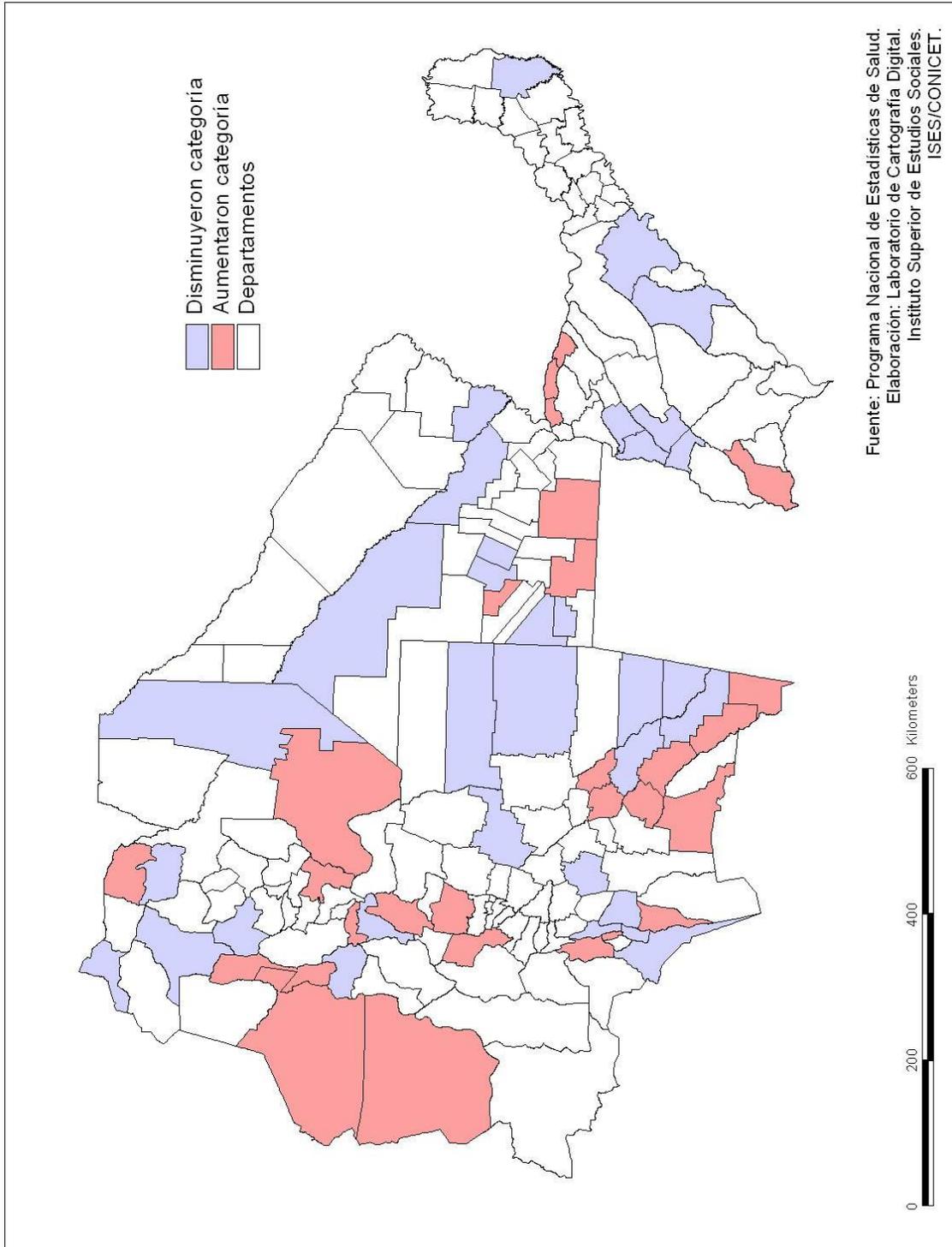
Mapa 12. Norte Grande Argentino. Crecimiento y retroceso de la pobreza entre 1992/94 y 1995/97.



Mapa 13. Norte Grande Argentino. Crecimiento y retroceso de la pobreza entre 1995/97 y 1998/00.



Mapa 14. Norte Grande Argentino. Crecimiento y retroceso de la pobreza entre 1998/00 y 2001/03.



CAPÍTULO V

LOS NÚCLEOS DUROS DE MISERIA DEL NORTE GRANDE ARGENTINO. ALGUNOS CAMBIOS TERRITORIALES, MORTALIDAD INFANTIL Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DURANTE LOS NOVENTA.

“Tal vez la existencia de individuos con cerebros (y mentes) especiales sea más habitual de lo que se sospecha. Solo que podrían pasar desapercibidos debido a condiciones socioculturales o a la cancelación de su potencial inicial por exposición indebida a problemas de salud o de crianza o por falta de un ambiente adecuado para su desarrollo infantil. En este contexto, la variabilidad biológica cerebral representaría una característica adicional de la especie humana, que debiera ser protegida de la devastación –como la producida por el hambre o la carencia de adecuados estímulos ambientales–.” (J. A. Colombo y otros, “Cerebral cortex astroglia and the brain of a genios: a propose of A. Einstein’s, Brain Research Reviews, vol. 52: 257-263, 2006).

1. Introducción.

El interés de este capítulo se centró en la identificación de los denominados *núcleos duros de la miseria regional*⁸³. Este concepto involucra un conjunto departamental definido por las mayores proporciones de hogares en situación de miseria -según la tasa de miseria de los hogares- aplicada en el territorio del Norte Grande Argentino en los años 1991 y 2001. Dichos núcleos coinciden espacialmente con sociedades campesinas y aborígenes, *residuos* de la consolidación del capitalismo en términos de Z. Bauman, y fueron definidos como *campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA, Chaco aborígen-campesino-* y el *Campesinado santiagueño*.

Dos apartados buscan caracterizar los cambios ocurridos en estos núcleos durante la década del '90. Por un lado la ventaja de los cálculos efectuados en 1991 y 2001 permitió detectar las variaciones en la distribución espacial de la miseria en cada núcleo⁸⁴. A partir de estas variaciones se estudiaron los procesos territoriales asociados a las áreas de avance y disminución de la miseria. En este sentido se puso énfasis en los cambios ocurridos en las grandes masas de cultivos, el tamaño de las explotaciones, la estructura ganadera y los procesos poblacionales (estructurales y dinámicos), en tanto se tratan de territorios básicamente agropecuarios.

⁸³ El calificativo “duro” alude en este caso a aquella pobreza extrema caracterizada por la resistencia que presenta a ser atenuada o disminuida, es la pobreza que más duele, aquella más difícil de erradicar.

⁸⁴ Ver Capítulo II, pp. 45.

Por otro lado se analizó el comportamiento de la mortalidad infantil en dichos núcleos focalizando el estudio en las enfermedades de la pobreza, su composición y su variación temporal, diferenciando las situaciones prevalentes en cada caso. Asimismo el análisis de las causas de muerte según el criterio de reducibilidad dio cuenta del grado de vulnerabilidad en el que se encuentran sometidas estas poblaciones. Se observaron finalmente las características del equipamiento en materia de salud infantil en los núcleos de miseria definidos, tomando esto como una aproximación a la respuesta política-social.

El análisis efectuado y la cartografía resultante constituirían en este sentido instrumentos que podrían ser válidos para la formulación de políticas públicas.

3. Los núcleos duros de la miseria regional.

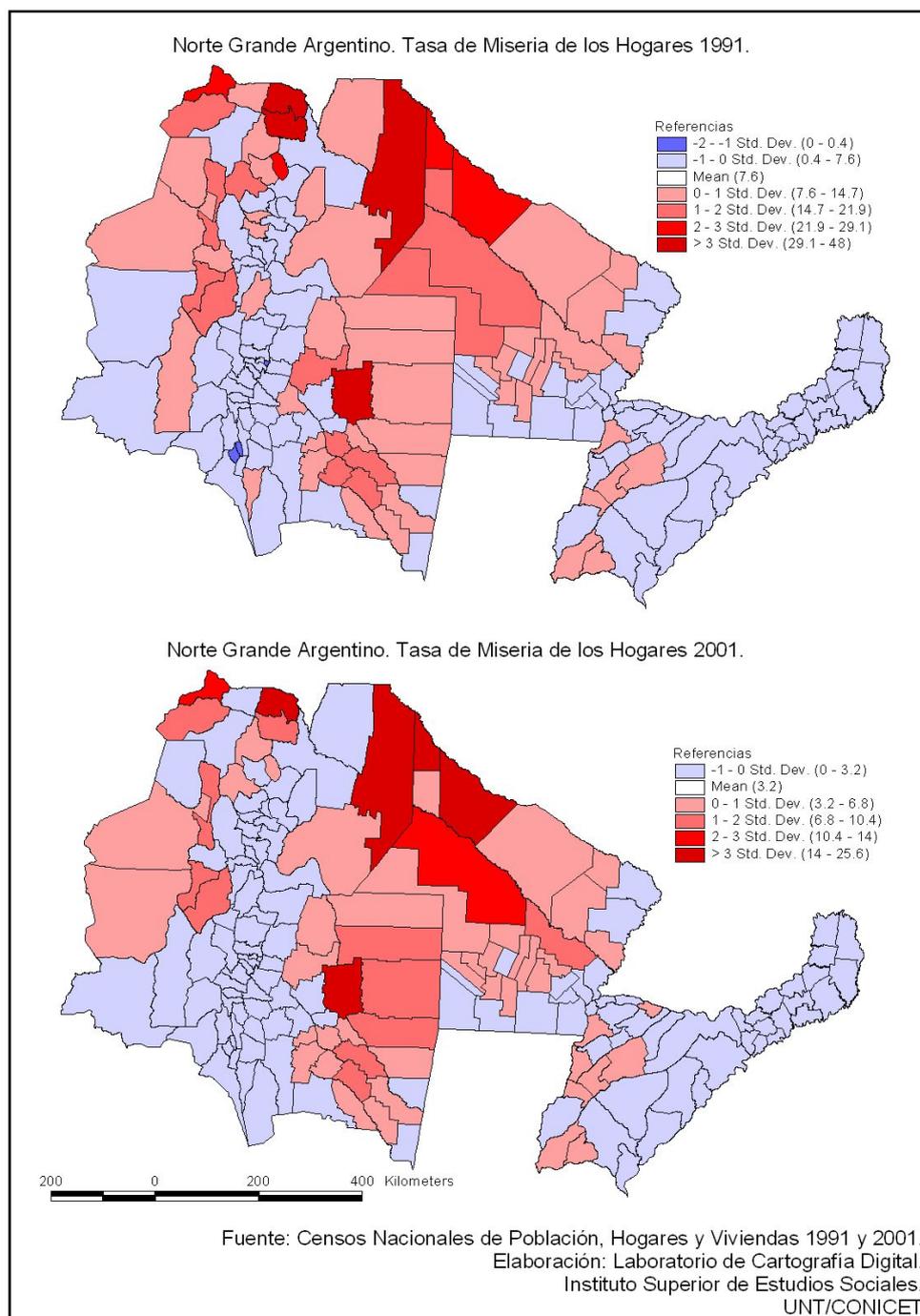
La aplicación de la Tasa de Miseria de los Hogares (TMH) en los departamentos del NGA en los años 1991 y 2001 arroja los resultados que se plasman en los mapas 15 y 16. La similitud de ambas distribuciones se asocia a la estabilidad en las variaciones de la pobreza puestas de manifiesto en el capítulo anterior.

En ambos mapas se distinguen tres áreas caracterizadas por la persistencia de elevadas proporciones de miseria, tanto en 1991 como en 2001⁸⁵. Estas áreas están asociadas con el territorio de los Campesinos y aborígenes de la Puna, selva y valles del NOA, el Chaco aborígen-campesino y el Campesinado santiagueño (mapa 17); estas áreas incluyen veinticinco departamentos del NGA, abarcando más de 190.000 km² (el 36% de la superficie del NGA) y reunían en 2001 un poco más de 390.000 personas (5% de la población regional). Asimismo la condición de ruralidad caracteriza también a estas áreas, representando el 46% en el Chaco aborígen-campesino-campesino, 70% en el campesinado santiagueño y 100% en la puna, selva y valles del NOA. En todos los casos estas proporciones superan ampliamente la registrada por el NGA, valor que alcanza al 22%⁸⁶.

⁸⁵ Tanto la TMH como las metodologías clásicas de medición de la pobreza requieren la definición de un umbral que separe los hogares en situación de miseria de aquellos que no lo están. Asimismo, la identificación de las áreas de mayores concentraciones de miseria requirió el uso de un criterio estadístico, siendo la desviación estándar la medida seleccionada. Los núcleos duros de miseria se definieron así por poseer valores de TMH superiores a un desvío estándar respecto al promedio en cada distribución. Estos umbrales corresponden a 14.7 en 1991 y 6.8 en el año 2001.

⁸⁶ El criterio para identificar la población rural fue el mismo que utiliza el INDEC, es decir la residencia en localidades menores a 2000 habitantes.

Mapas 15 y 16. Norte Grande Argentino. Distribución espacial de la tasa de miseria de los hogares. 1991 y 2001.

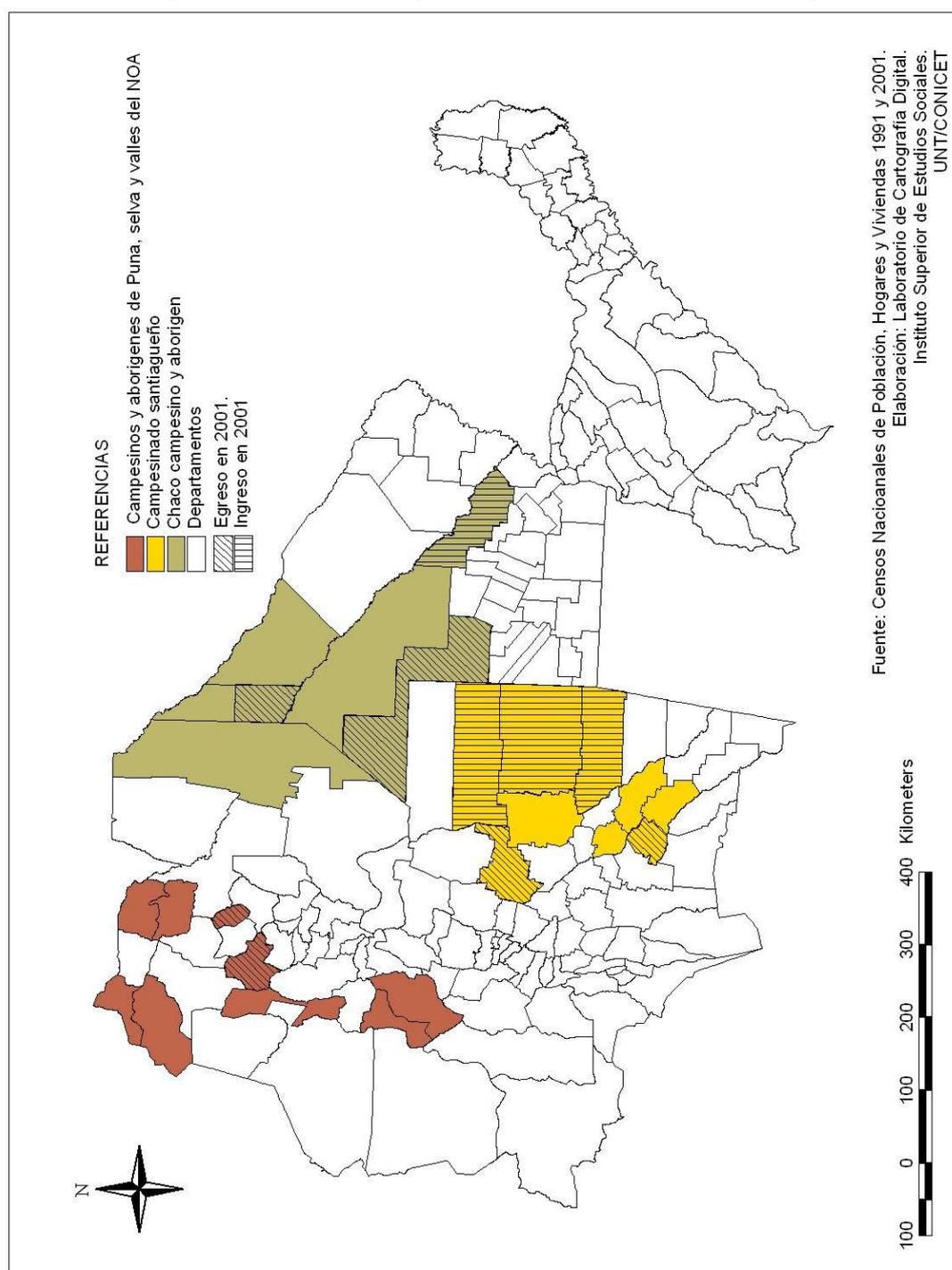


Estos núcleos de miseria podrían ser entendidos como *residuos* -en el sentido de Z. Bauman- de una sucesión de distintos procesos socioeconómicos relacionados con la consolidación del capitalismo y el proceso de pampeanización en el NGA –las principales *pulsaciones* del NGA⁸⁷-. Tales *residuos* estarían asociados con los

⁸⁷ Ver Bolsi (2007).

campesinos -ligados en mayor o menor medida a las sociedades tradicionales- y a la población indígena, ya sean campesinos o no (Bolsi y Paolasso, 2008)⁸⁸.

Mapa 17. Norte Grande Argentino. Núcleos duros de la miseria regional.

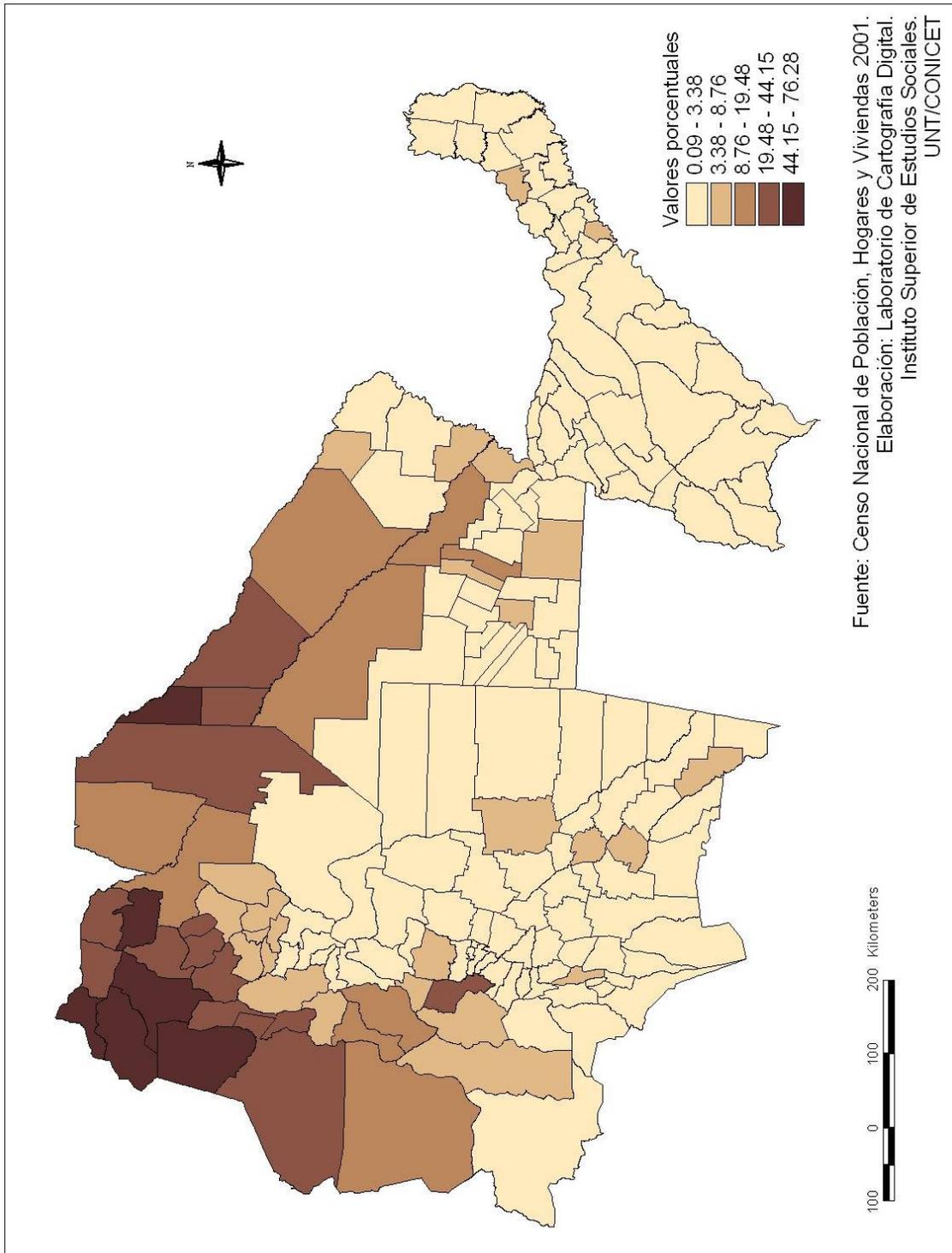


⁸⁸ Plantea Torres Secchi (2007) la relación entre estos “residuos” y el concepto jurídico de tutela: “*El pobre, el indígena, han sido concebidos como categorías inferiores a lo humano. Son objetos de tutela y no sujetos de derecho. La tutela es un concepto jurídico aplicado a personas incapaces de gobernarse por sí mismas, que son objeto de protección, amparo y dirección por parte de otros. Una individualidad tutelada posee escaso nivel de autoestima, individuación y capacidad de ejercer derechos. Sobre esta relación de subordinación/inferioridad la violencia se manifiesta, crece, se legitima y consolida*” (Torres Secchi, 2007:130)

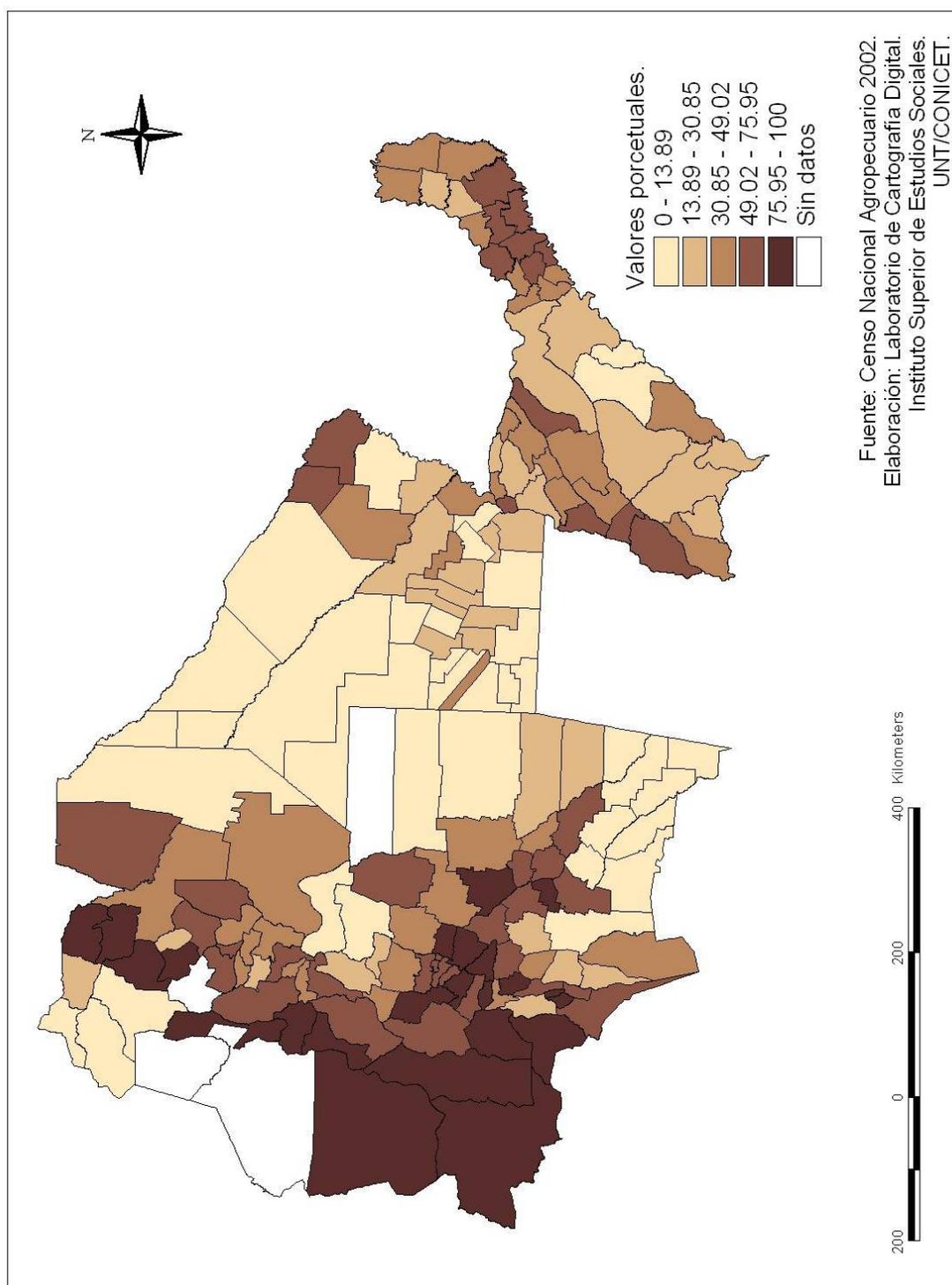
Los mapas 18 y 19 exhiben la distribución espacial de la proporción de hogares autoreconocidos indígenas⁸⁹ y el porcentaje de explotaciones agropecuarias (eap's) inferiores a las 25 hectáreas, tomado como una aproximación indirecta a las sociedades campesinas. Se observa la marcada asociación espacial entre miseria y pueblos aborígenes en los casos de la Puna, selva y valles del NOA, en tanto la proporción de eap's menores a 25 has. es importante en el núcleo de miseria santiagueño, aunque adquiere relevancia también en las provincias de Catamarca, Jujuy, Tucumán y Misiones.

⁸⁹ El Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001 incorporó por primera vez la pregunta sobre la pertenencia o no a algún pueblo indígena, siendo el autoreconocimiento el criterio seleccionado para tal fin. A partir de este se reconoce la pertenencia étnica por declaración espontánea del individuo. Uno de los principales problemas lo constituye el potencial de sub-declaración, producto del mestizaje o prejuicios negativos especialmente en situaciones percibidas como adversas (Llorens, 2002).

Mapa 18. Norte Grande Argentino. Proporción de hogares con algún miembro auto reconocido indígena. 2001.



Mapa 19. Norte Grande Argentino. Proporción de explotaciones agropecuarias inferiores a las 25 has. 2002.



Como lo expresa el mapa 17, los núcleos duros de miseria detectados son:

Campeños y aborígenes de la Puna, selva y valles del NOA

Integrado por los departamentos jujeños de Santa Catalina, Valle Grande, Tumbaya y Rinconada; y las jurisdicciones salteñas de Santa Victoria, Iruya, La Poma, Molinos y San Carlos (mapa 20). La Puna actual resulta de un largo proceso de articulación entre

la denominada “sociedad tradicional” con la “sociedad moderna”, capitalista, casi extra-puneña (Bolsi y Paolasso, op. cit.)⁹⁰. En el año 2001 más del 40% de sus 14.807 hogares reconocían algún miembro aborigen. Pertenecen mayormente a los pueblos Kolla y Diaguaita-Calchaquí.

Chaco campesino- aborigen.

Formado por el departamento salteño de Rivadavia, las jurisdicciones formoseñas de Bermejo, Matacos y Ramón Lista y los departamentos chaqueños de General Güemes, Almirante Brown y Libertador San Martín (mapa 21). Se trata de un territorio marginal de incorporación tardía a la colonización algodonera operada en Chaco⁹¹. Se localizan también áreas de reciente expansión sojera, comunidades aborígenes desplazadas y estancias ganaderas tradicionales (Bolsi y Paolasso, op. cit.)⁹².

Este núcleo posee 53.376 hogares. Los principales grupos aborígenes residentes en esta área son los pueblos Toba, Mataco y Wichí, los cuales subsisten sobre la base de la pesca en aguas del Pilcomayo, combinada con el trabajo asalariado, formas de producción mercantil simple, y la práctica de la horticultura, la caza y la recolección de frutos silvestres y miel (Gordillo, 1995)⁹³.

⁹⁰ Torres Secchi (2007) pone de manifiesto el grado de expropiación de las fortalezas culturales al que se vió sometida la población puneña. Este proceso se realizó en nombre del progreso y la modernidad, produciendo una debilitación de las redes de reciprocidad preexistentes e impactando en las posibilidades de trabajo autóctono.

⁹¹ A principios de la década del '70 la producción algodonera del este de la provincia de Formosa y el centro este de Chaco comenzó la captación de mano de obra indígena principalmente del oeste formoseño. La colonización algodonera en esta área había tenido su expansión a principios de siglo, fuertemente impulsada por el Estado y por la inmigración en la zona de agricultores europeos. Basadas mayormente en unidades productivas pequeñas y medianas, con una importante participación de trabajo familiar, estas colonias comenzaron a emplear desde 1920 a una muy importante cantidad de indígenas y campesinos criollos de las provincias de Chaco, Formosa y Corrientes. Este proceso de captación coercitivas tuvo similares formas de explotación a las ocurridas años atrás en los ingenios salto-jujeños (Gordillo, 1995).

⁹² Los pobladores criollos residentes son descendientes de los primeros criollos que llegaron a la zona a principios del siglo XX; practican en su mayoría una ganadería montaraz y viven en condiciones de pobreza similares a las de los grupos indígenas.

⁹³ Estos pueblos aborígenes fueron reclutados hasta aproximadamente mediados de siglo XX como mano de obra en la consolidación y expansión de la agroindustria azucarera en Salta y Jujuy, siendo sometidos a formas extremas de explotación (Gordillo, 1995; Bisio y Forni, 1996 y Bolsi y Ortiz de D'Arterio (2000)). Estas condiciones fueron atenuadas por legislaciones tales como el Estatuto del Peón Rural sancionado por Decreto Ley N° 28.169 en 1944, complementado con la sanción de la Ley 13.020 de protección al trabajador de cosecha y obrero de temporada; se establecía por primera vez la aplicación de las normas laborales en la relación de trabajo rural: salarios mínimos, descanso dominical, vacaciones pagas, estabilidad, condiciones de abrigo, espacio e higiene en el alojamiento del trabajador. No obstante, a partir de la mecanización de la zafra salto-jujeña en los '60 y la interrupción de este empleo temporal, acabó la fuente de ingresos que cubría la subsistencia durante siete meses al año, y por ende condujo a un mayor empobrecimiento relativo y a un incremento de la presión sobre la pesca, la caza y la recolección. Como parte de este proceso, y dada la actual incapacidad de estas actividades de cubrir por si solas la reproducción de los grupos domésticos, se incrementó la migración rural-urbana y la formación de

Campesinado santiagueño

Constituido por los departamentos Jiménez, Alberdi, Figueroa, Moreno, Ibarra, San Martín, Avellaneda, Atamisqui y Salavina (mapa 22). Representa el mundo tradicional de una de las más antiguas comarcas de la región, integrado por campesinos articulados con el complejo agroindustrial tucumano y agroforestal santiagueño (Bolsi y Paolasso, op. cit.). Se localiza en esta área el 27% de las eap's menores a 25 has. de la provincia según el Censo Nacional Agropecuario 2002⁹⁴; asimismo, el área presenta una tenencia de la tierra precaria, donde el 61% de las eap's no tienen límites definidos.

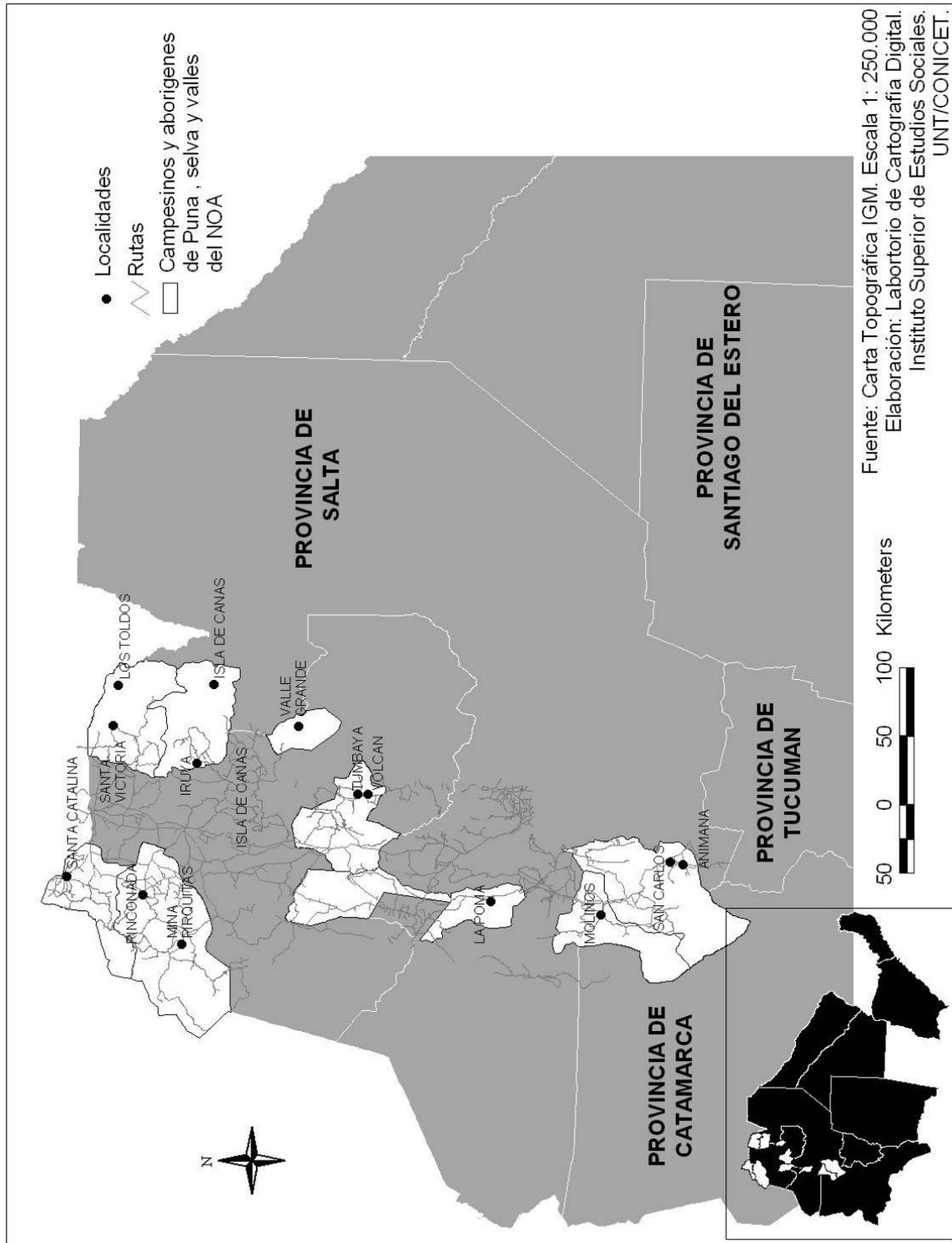
El avance de la frontera agropecuaria -protagonizado fundamentalmente por la soja- sobre tierras antes consideradas marginales, ha sido en muchos casos a costa de la población campesina, antigua ocupante de dichas tierras, la cual por distintas razones no ha podido acceder a los títulos de propiedad (de Dios, 2006)⁹⁵.

asentamientos indígenas periurbanos, sobretudo en Tartagal, Embarcación, en poblados ubicados sobre la Ruta Nacional 34 y en Ingeniero Juárez, donde los aborígenes viven de las "changas" y de los empleos en la intendencia (Gordillo, 1995 y 1999).

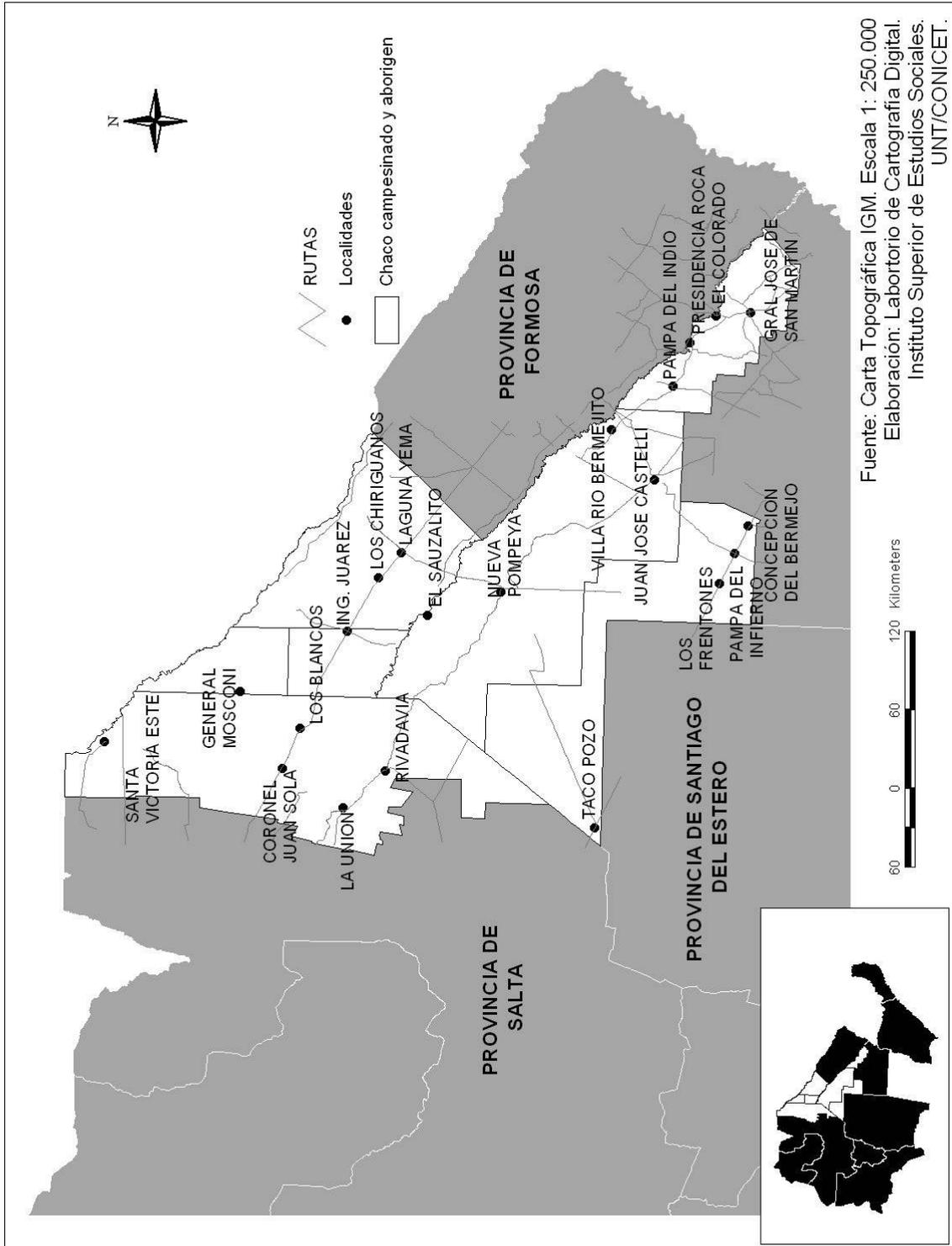
⁹⁴ La proporción de unidades campesinas varía dentro del núcleo identificado. Paz (1997) encuentra en el departamento Atamisqui al 95% de las explotaciones como "unidades campesinas", en Salavina al 92% y en Figueroa al 88%. Asimismo la relación entre población rural con necesidades básicas insatisfechas y proporción de explotaciones agropecuarias campesinas es elevada, prueba de ello es el coeficiente de correlación de Pearson igual a 0.864 calculado por Tasso (1998). Es importante aclarar que el concepto de "unidades campesinas" incluye características que van más allá del tamaño de la explotación (ver Paz, op cit.). Calva (1988:49) lo define como un cultivador de suelo que obtiene sus medio de sustento (in natura o mediados por el intercambio) de la tierra que posee y trabaja por su cuenta (solo o asociado en comunidad cooperativa; Manzanal (1990:299) agrega a estas características el uso predominante de mano de obra familiar y la ausencia de acumulación sistemática de capital.

⁹⁵ La legislación argentina reconoce el derecho de los pobladores a la propiedad de la tierra cuando han ejercido una posesión pacífica y continua por más de 20 años, trabajando para lograr su sustento, haciendo inversiones y mejoras, delimitando cercos, construyendo represas, etc. No obstante, a pesar de que el derecho les asiste, los pobladores ocupantes de tierras no han contado con los medios económicos necesarios para hacerlos valer, y sufren una creciente presión por abandonar sus tierras a través de diferentes modalidades legales o ilegales (de Dios, op cit.)

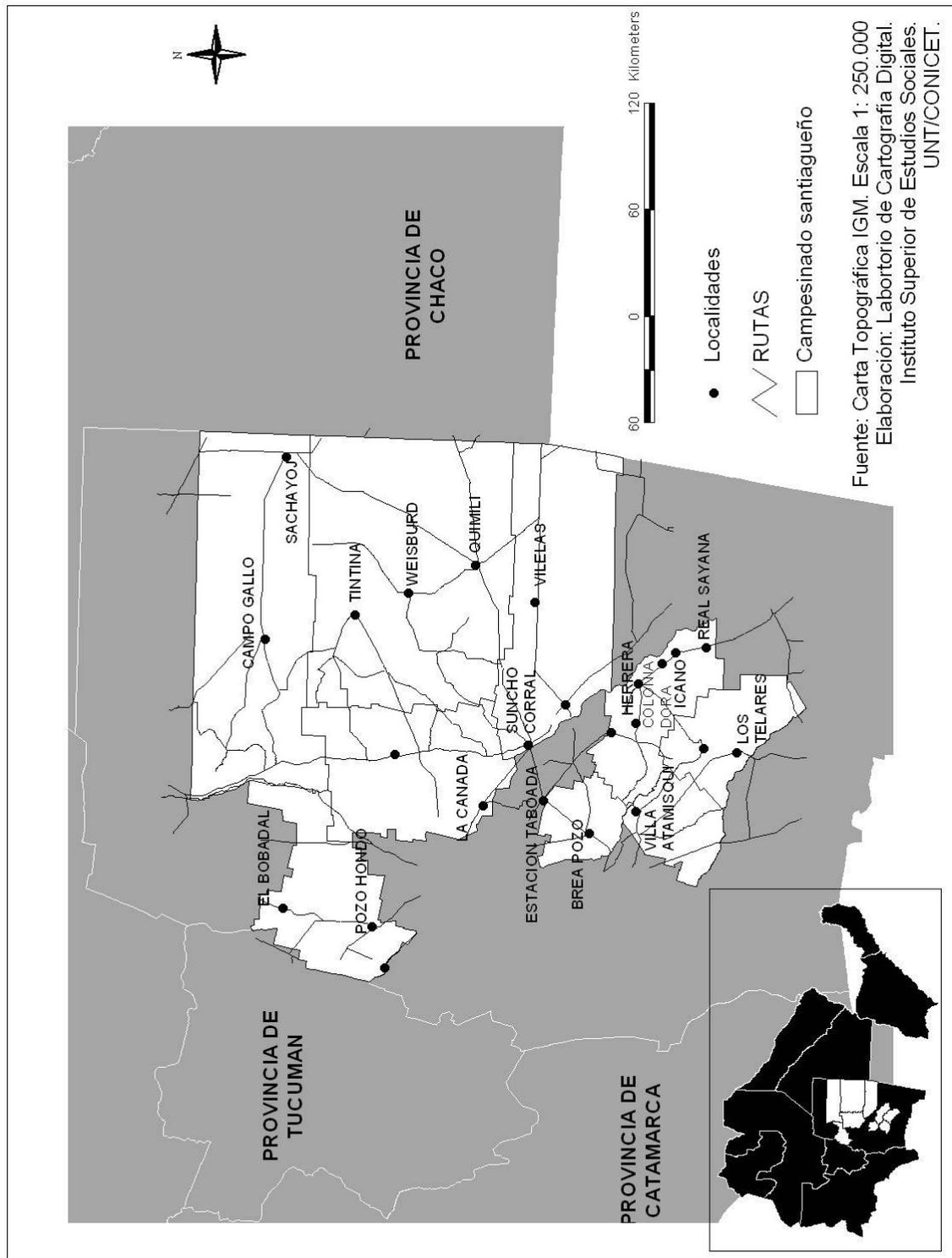
Mapa 20. Núcleos duros de miseria. Campesinado y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA.



Mapa 21. Núcleos duros de miseria. Chaco aborigen y campesino.



Mapa 22. Núcleos duros de miseria. Campesinado santiaguense.



A. Variaciones espaciales en los núcleos duros de miseria entre 1991 y 2001.

La distribución espacial de los núcleos en 1991 y 2001 presenta algunas variaciones. Se distinguen hacia el año 2001 las siguientes categorías:

- A. Departamentos que mantienen idéntica condición de miseria:
 - a. Campesinado santiaguense: Figueroa, San Martín, Avellaneda y Salavina.

- b. Chaco campesino y aborigen: Rivadavia, Ramón Lista, Bermejo y General Güemes.
- c. Puna, selva y valles del NOA: Santa Catalina, Santa Victoria, Rinconada, Iruya, La Poma, Molinos y San Carlos.

Puede observarse nuevamente el rasgo de *estabilidad* como una de las características dominantes en la pobreza del NGA. Este rasgo involucra al 53% de la población de los núcleos duros.

B. Departamentos que ingresan a la condición de núcleo de miseria en 2001: corresponden a esta categoría las jurisdicciones de:

- a. Campesinado santiagueño: Alberdi, Moreno e Ibarra.
- b. Chaco campesino y aborigen: Libertador San Martín.

Estas áreas en conjunto representan al 29% de la población.

C. Departamentos que escapan a la condición de miseria en 2001: incluye a las jurisdicciones de:

- a. Campesinado santiagueño: Atamisqui y Jiménez.
- b. Chaco campesino y aborigen: Matacos y Almirante Brown.
- c. Puna, selva y valles del NOA: Valle Grande y Tumbaya.

Este comportamiento incluye al 18% de la población.

El resultado permite distinguir la persistencia de la miseria en los núcleos duros y el empeoramiento de la situación hacia 2001, momento en el cual se percibe un aumento proporcional de esta característica por encima del descenso operado. Se observa un crecimiento de la miseria hacia el sector oriental de los núcleos detectados, alcanzando la mayor expansión espacial en el campesinado santiagueño y en el Chaco campesino-aborigen. Por el contrario, el descenso de la miseria no presenta un patrón de distribución espacial uniforme. Los interrogantes ante esta evidencia se orientan, a partir de ahora, al conocimiento de algunos de los procesos territoriales acaecidos sobre ambas áreas en la búsqueda de las explicaciones a la expansión, retroceso y estabilidad de la miseria.

B. Algunos cambios territoriales en las áreas de crecimiento y decrecimiento de la miseria.

La pregunta que orientó este apartado se relaciona con algunos procesos territoriales - fundamentalmente asociados a la dinámica agropecuaria y poblacional- ocurridos en las

áreas donde creció, decreció, y mostró estabilidad la miseria. Las variables seleccionadas para dar cuenta de estos cambios fueron las transformaciones en las grandes masas de cultivos, los cambios en la estructura ganadera, en el tamaño de las explotaciones y el comportamiento de la población (estructura por edad y sexo, crecimiento natural y migratorio y los cambios en la población urbana y rural). Para analizar estas variaciones se utilizaron como fuentes de información los censos nacionales agropecuarios 1988 y 2002 y los censos nacionales de población, hogares y viviendas 1991 y 2001⁹⁶.

B.1 El campesinado santiagueño

Este núcleo presenta áreas de avance, retroceso y estabilidad en el comportamiento de la miseria, relacionadas con el sector oriental, occidental y central del núcleo respectivamente. Se analiza seguidamente, y de modo comparativo, las variables agropecuarias y demográficas mencionadas según las categorías identificadas en cuanto a las variaciones de la miseria.

Las grandes masas de cultivos

El avance de la miseria operó en un contexto de notorio incremento del desmonte⁹⁷ y, consecuentemente, de la superficie implantada (322%). Paolasso et al. (s.f.) estudiaron este proceso en el Gran Chaco identificando -sobre la base de imágenes satelitales Landsat TM- la superficie y las áreas desmontadas en cada departamento durante la década del '90. En esta área la deforestación involucra al 18.4% del bosque nativo y abarca 547.968 has. El mapa 23 exhibe el área desmontada en la provincia de Santiago del Estero y el borde del Chaco, destacándose los departamentos analizados⁹⁸. En este contexto se detecta un fuerte incremento de los cultivos de oleaginosas -representados fundamentalmente por la soja-, disminución de los cereales y las forrajeras y el notable aumento de la superficie implantada antes mencionado, motivado como se dijera por el desmonte⁹⁹.

⁹⁶ Es preciso mencionar la baja calidad de la información que posee el Censo Agropecuario del año 2002, razón por la cual deben tomarse con cautela los resultados provenientes de dicha fuente. En este sentido las principales limitaciones están relacionadas con la ganadería fundamentalmente.

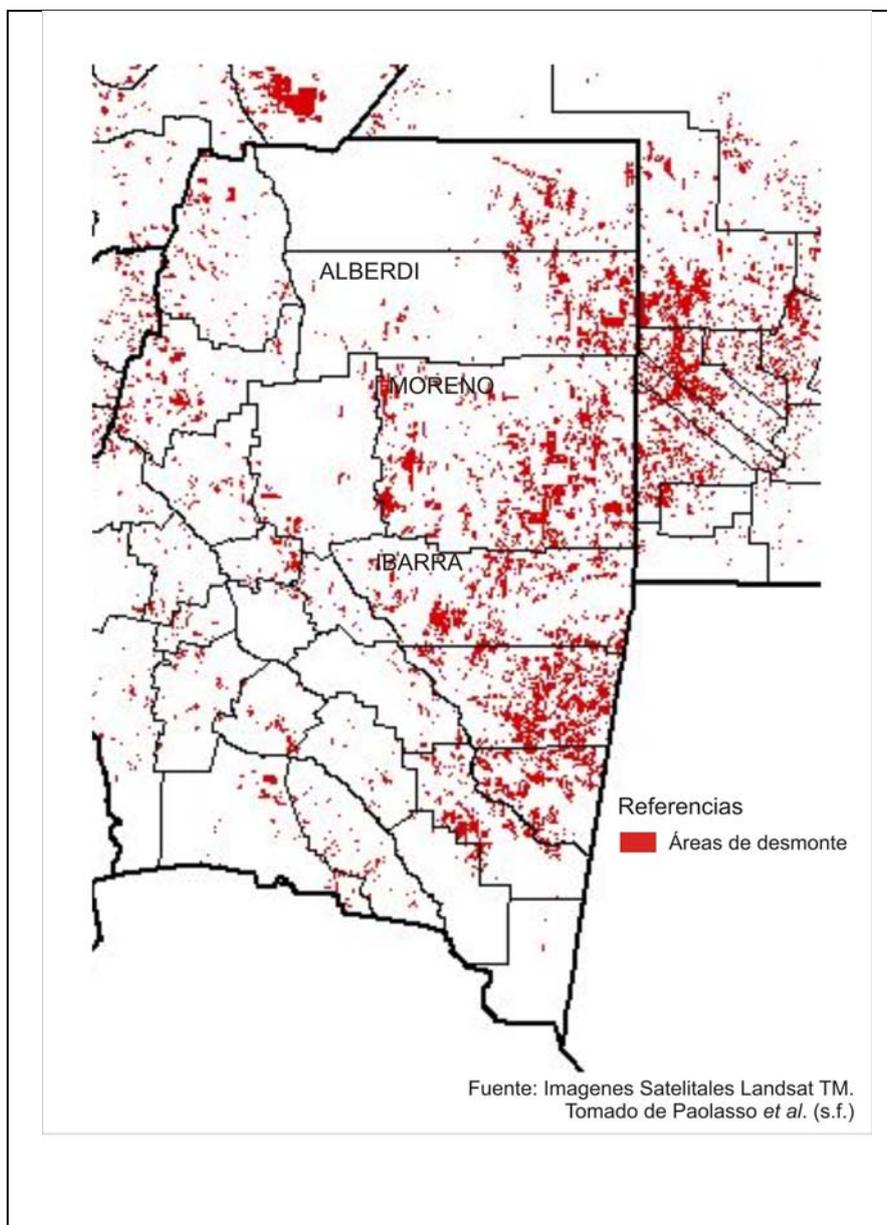
⁹⁷ Cfr. Verón y Hernández (op cit.).

⁹⁸ El caso de Moreno es paradigmático de esta situación. Esta jurisdicción constituyó el departamento de mayor desmonte del Gran Chaco, con un total de 292.454 has deforestadas durante los '90.

⁹⁹ De Dios (2006: 144) cuestiona que la expansión de la soja en Santiago del Estero pueda ser considerada como una actividad que actúe como "motor del desarrollo local", sino todo lo contrario. Manifiesta que la mayor parte del excedente que se genera queda en manos de actores económicos extraterritoriales; el modelo productivo que se impone ha sido pensado para la región pampeana, generando consecuencias impredecibles para la población campesina, tanto desde los aspectos sociales como ambientales. Agrega

En las áreas de descenso de la miseria se observa el descenso de los cereales, oleaginosas, hortalizas y legumbres como así también el aumento en las forrajeras. Finalmente, en las áreas que mostraron estabilidad, la principal variación estuvo relacionada con el descenso de los cultivos industriales, valor que alcanza el 62% en un contexto de disminución del 37% de la superficie implantada (tabla 22).

Mapa 23. Campesinado santiaguense. Avance de la miseria. Áreas de desmonte. 1985-89 / 2001-03.



Boltvinik (2007:28) que es el campesino quien debe asumir el “costo social” que las formas capitalistas imponen en la agricultura, debiendo contratarse como trabajador asalariado fuera de la parcela, o realizar otras actividades (agrícolas o no agrícolas), para completar sus ingresos; generando esta situación un costo humano muy alto: separación de la familia, condiciones de vida con frecuencia inhumanas, etc., siendo el resultado económico la pobreza permanente. Para mayor detalle sobre este proceso de avance de la frontera agropecuaria en esta área ver Madariaga (1999), de Dios (2006) y Hernández y Verón, 2008.

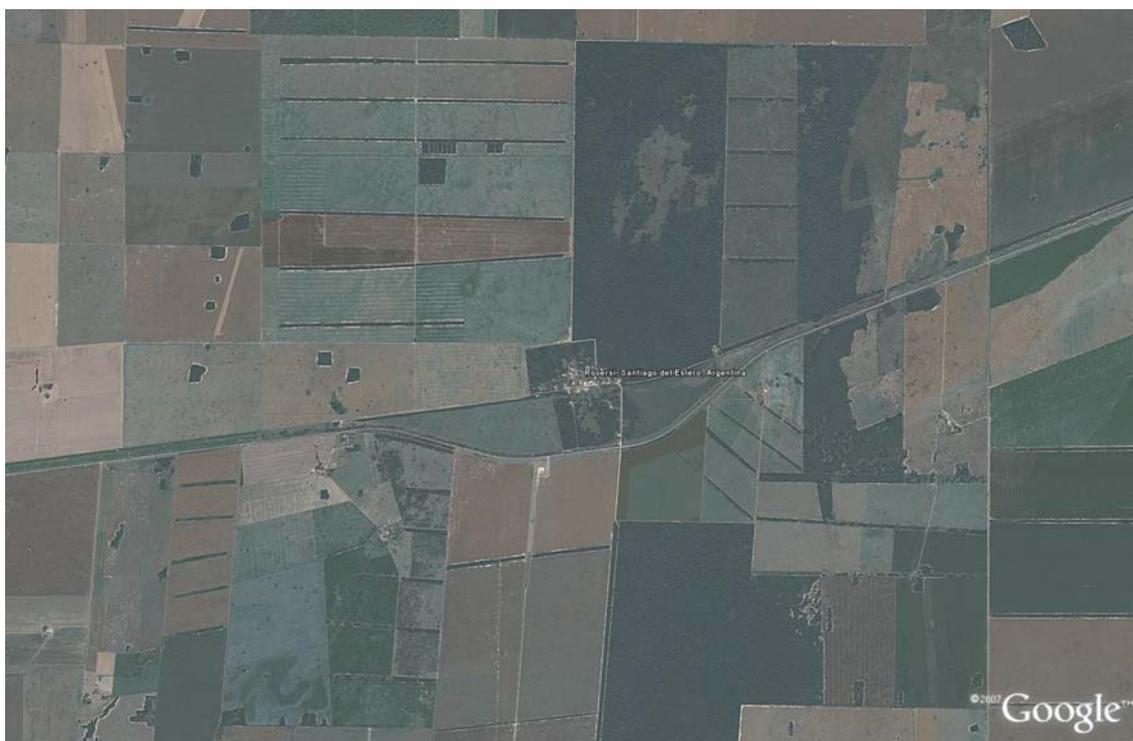
Tabla 22. Campesinado santiagueño. Cambios porcentuales en las masas de cultivo en las áreas de crecimiento, descenso y estabilidad de la miseria. 1998 y 2002.

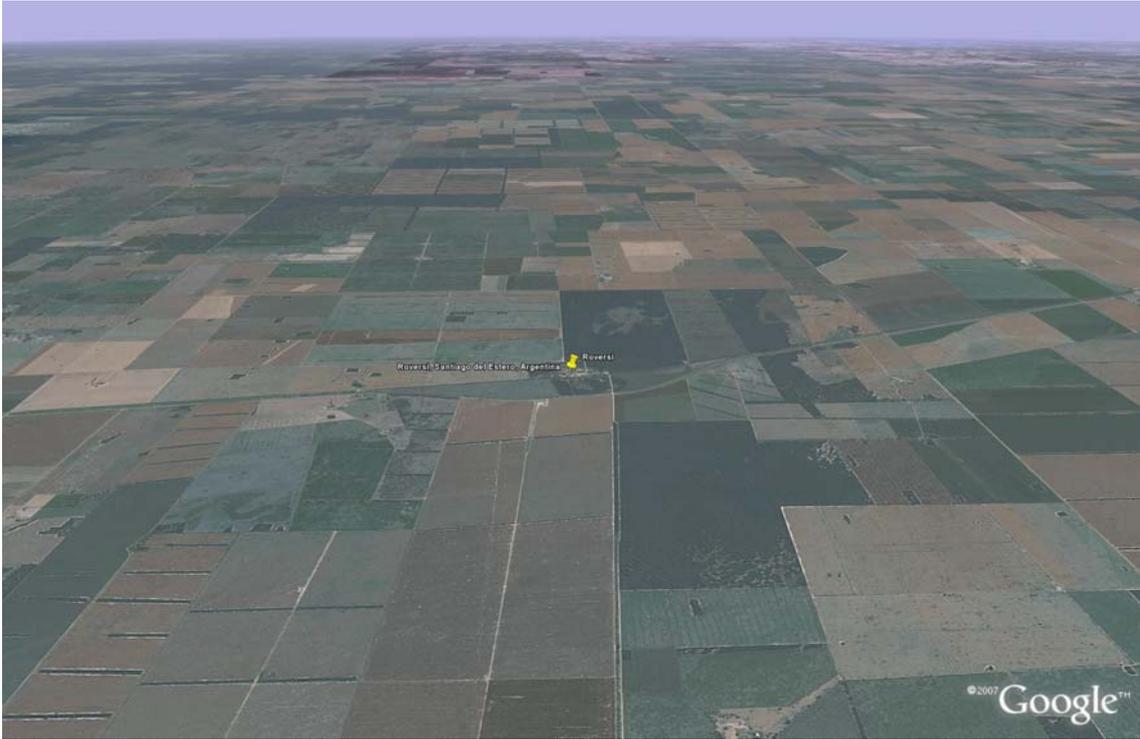
	Cereales	Olea- ginosas	Indus- triales	Frutales	Citrus	Forra- jeras	Hortali- zas y legum- bres	Forestal	Sup. Imp.
Avance de la miseria	-19,4	27,8	0,7	0,0	0,0	-8,6	-0,4	-0,2	322,2
Descenso de la miseria	-7,5	-7,2	-0,1	0,0	0,0	28,3	-13,6	0,0	69,4
Estabilidad en el comportamiento	18,2	18,1	-62,7	0,0	0,0	16,1	11,7	-1,5	-37,2

Fuente: Censos Nacionales Agropecuarios 1988 y 2002.
Elaboración propia.

El ejemplo de Roversi -departamento Moreno- (localidad de población rural agrupada que integra el área de expansión de la miseria) es elocuente. La expansión de la soja sobre el territorio “tradicional” (que fue eliminado) genera “residuos” como se observa en las figuras siguientes. Se presentan dos imágenes satelitales de Roversi con sus cultivos de soja que lo rodean y una vivienda típica de la localidad, distinguiéndose una estructura edilicia en condiciones de pobreza extrema como así también la provisión de agua potable, almacenada en bidones en la entrada de la misma.

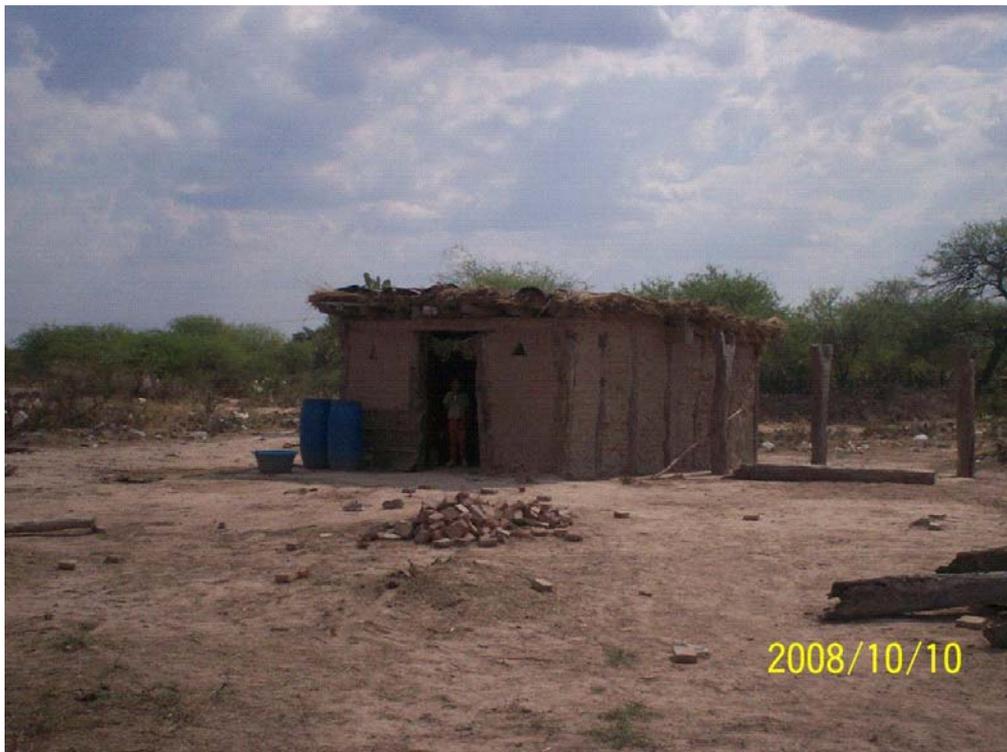
Figuras 49 y 50. Imágenes satelitales de Roversi (departamento Moreno – Santiago del Estero).





Fuente: Google Earth.

Figura 51. Vivienda en Roversi.



Fotografía: Pablo Paolasso.

- *La composición ganadera*

La ganadería exhibe un crecimiento en todo el núcleo de miseria, alcanzando las mayores proporciones en las áreas estables en la variación de la miseria, con un aumento del 350% en el total de cabezas de ganado. En esta área se destaca la dominancia del ganado caprino y bovino, siendo el primero el que mayor aumento registró¹⁰⁰.

En el sector de avance de la miseria se destaca la superioridad del ganado bovino, el cual a pesar de mostrar descenso en 2002, triplica la proporción de los caprinos, la especie que sigue en orden de importancia. Contrario a esto, en el área de descenso de la miseria la superioridad bovina se vio desplazada en 2002 por los caprinos, aumentando la diversidad de especies ganaderas. Son estas las principales variaciones de la estructura (tablas 23 y 24).

Tabla 23. Campesinado santiaguense. Estructura ganadera según comportamiento de la miseria y especies. 1988 y 2002. Valores porcentuales.

	Años	Bovinos	Ovinos	Equinos	Porcinos	Caprinos	Camélidos
Avance de la miseria	1988	81,1	3,5	3,3	2,0	9,2	0,8
	2002	68,8	3,3	2,6	3,4	20,9	0,9
Descenso de la miseria	1988	66,8	5,5	5,0	6,8	15,9	0,0
	2002	36,3	8,1	3,2	9,3	43,1	0,0
Estabilidad en el comportamiento	1988	28,4	22,3	9,3	8,7	30,0	0,0
	2002	21,2	16,8	8,1	9,7	43,0	0,0

Fuente: Censos Nacionales Agropecuarios 1988 y 2002.
Elaboración propia.

Tabla 24. Campesinado santiaguense. Cambios porcentuales en la composición ganadera en las áreas de crecimiento, descenso y estabilidad de la miseria. 1988 y 2002.

	Bovinos	Ovinos	Equinos	Porcinos	Caprinos	Camélidos	Otros
Avance de la miseria	-12,3	-0,2	-0,7	1,4	11,7	0,0	57,1
Descenso de la miseria	-30,5	2,6	-1,8	2,5	27,2	0,0	-30,5
Estabilidad en el comportamiento	-7,2	-5,5	-1,3	1,0	13,0	0,0	0,0

Fuente: Censos Nacionales Agropecuarios 1988 y 2002.
Elaboración propia.

- *El tamaño de las explotaciones*

Tradicionalmente el estudio de las variaciones en el tamaño de las explotaciones permitió dar cuenta de procesos agrarios relacionados con determinadas lógicas del mercado, siendo la principal unidad de análisis la explotación agropecuaria (EAP)¹⁰¹.

¹⁰⁰ Como se mencionara anteriormente, deben tomarse con cautela los resultados provenientes del Censo Agropecuario 2002, principalmente en el análisis de las variables relacionadas a la ganadería.

¹⁰¹ Definida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos como la unidad de organización de la producción, con una superficie no menor a 500 m², dentro de los límites de una misma provincia que, independientemente del número de parcelas (terrenos no contiguos) que la integren, produce bienes agrícolas, pecuarios o forestales destinados al mercado; tiene una dirección que asume la gestión y los

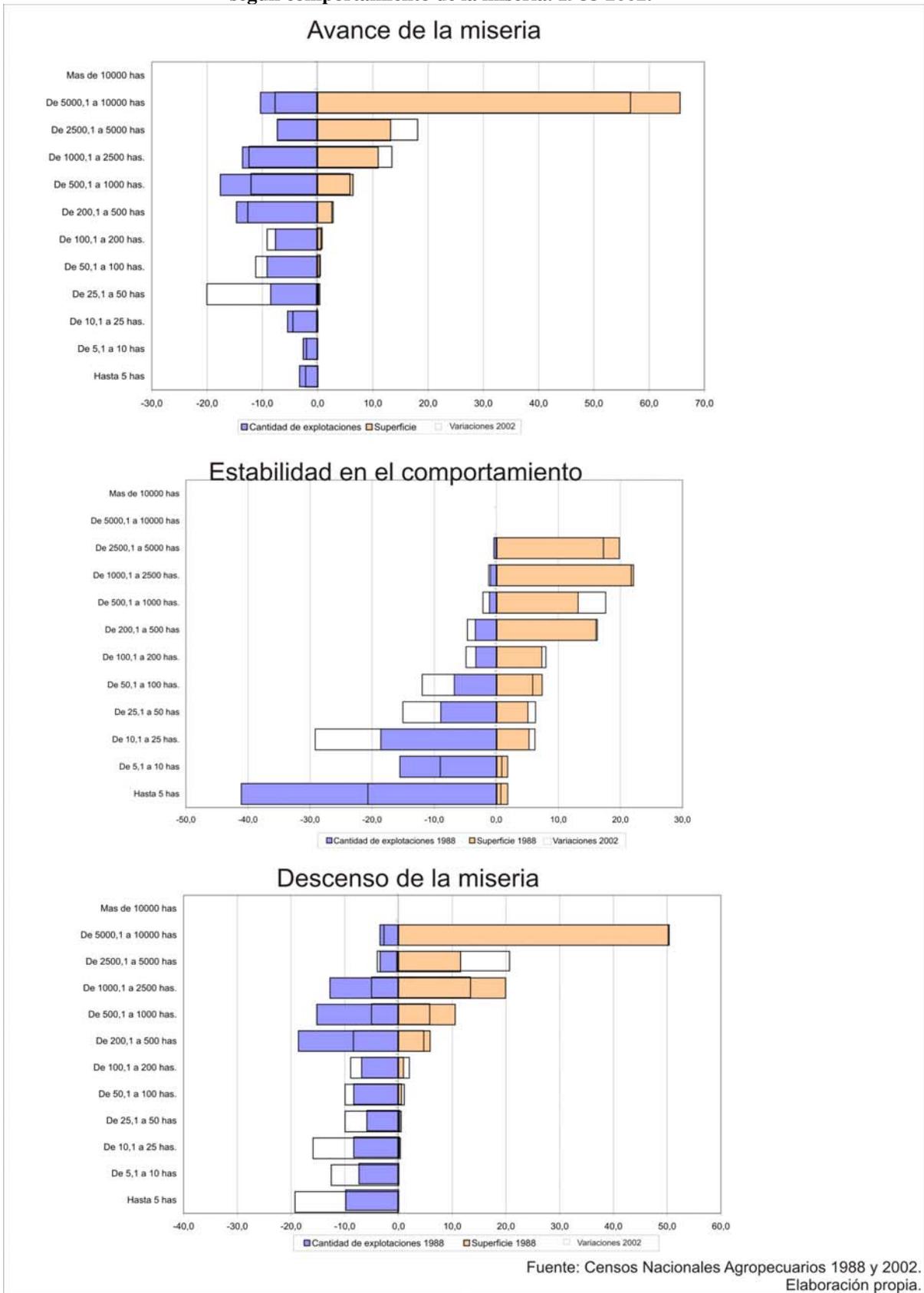
Se observa en la figura 25 las pirámides de distribución de las eap's según cantidad de explotaciones y superficie en los años 1988 y 2002 en cada sector del núcleo de miseria santiaguense. Se perciben estructuras diferenciadas, con elevadas proporciones de explotaciones pequeñas en las áreas de descenso de la miseria y de estabilidad en el comportamiento, aunque la tendencia sugiera en esta última una disminución, principalmente en las eap's menores a 5 has.

En el área de avance de la miseria se destaca un aumento en 2002 de la superficie de las explotaciones más grandes y de la cantidad de explotaciones pequeñas. Se observa también un marcado proceso de disminución de la cantidad de explotaciones medianas, sin que la superficie ocupada por estas presente mayores modificaciones; asimismo creció notoriamente la cantidad de eap's con límites comprendido entre 25 y 50 has.

Las áreas que manifestaron un comportamiento estable exhiben un notable crecimiento de la cantidad de eap's medianas y grandes en detrimento de las eap's pequeñas, mientras la superficie presenta sutiles variaciones, asociadas principalmente al aumento en las eap's de mayor tamaño. Asimismo en el área de descenso de la miseria creció notablemente la cantidad de explotaciones pequeñas, mientras disminuyó tanto la cantidad como la superficie de las grandes explotaciones, exceptuando la escala de 2500 a 5000 has donde la superficie creció de modo considerable.

riesgos de la actividad: el productor; y utiliza los mismos medios de producción de uso durable y parte de la misma mano de obra en todas las parcelas que la integran.

Figura 25. Campesinado santiaguense. Variaciones en el tamaño y cantidad de las explotaciones según comportamiento de la miseria. 1988-2002.



- *La estructura y dinámica de la población*

Junto a los cambios territoriales analizados los interrogantes se orientaron también a los cambios poblacionales ocurridos, de allí que el análisis de las variaciones en el crecimiento de la población total, discriminando la población urbana y rural, como el estudio del componente natural y migratorio del crecimiento sirvieron para dar cuenta de estas transformaciones.

Se observa en los tres sectores considerados aumento de la población, motivado fundamentalmente por el componente urbano. Tal crecimiento exhibe matices diferenciados. El área de avance de la miseria mostró el mayor aumento de la población, tanto en valores absolutos como relativos, alcanzando un ascenso del 30%, (tabla 26). Registró también la mayor proporción de población urbana -y por consiguiente- los menores registros de población rural.

Por otro lado el sector donde descendió la miseria presentó el menor crecimiento de la población dentro del contexto considerado; se observa también que este sector presenta la menor cantidad de habitantes, valor que es triplicado en el caso de área donde avanzó la miseria.

Cabe preguntarse ¿se trataría acaso de un problema maltusiano donde el aumento de la población no fue correspondido con un aumento en la producción de recursos?; asimismo, ¿qué factor estuvo asociado con el crecimiento de la población urbana, fundamentalmente en el área de avance de la miseria?; ¿operó en tal crecimiento el componente natural o migratorio? Sobre esta cuestión se precisa a continuación.

Tabla 26. Campesinado santiaguense. Cambios en la población según residencia urbana – rural en las áreas de crecimiento, descenso y estabilidad de la miseria. 1991 y 2001.

	Población 1991	Población 2001	Crecimiento porcentual	población urbana		población rural	
				1991	2001	1991	2001
Avance de la miseria	46730	60.607	29.7%	36.2%	47.0%	63.8%	53.0%
Descenso de la miseria	21575	22979	6.5%	0%	23.4%	100%	76.9%
Estabilidad en el comportamiento	51.934	56.655	9,1%	0%	7.8%	100%	92.8%

Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.
Elaboración propia.

Se calcularon en los sectores considerados las tasas de crecimiento total (TCTMAI), natural (TCNMAI), y de crecimiento migratorio medio anual intercensal (TCMMAI),

procurando detectar las características que adquiere en cada sector la dinámica demográfica¹⁰².

Puede observarse que las mayores diferencias en los sectores no se relacionan al componente natural del crecimiento sino al migratorio. Es destacable en este sentido la asociación entre el crecimiento migratorio y el comportamiento de la miseria: el sector que mostrara estabilidad en el comportamiento no presenta mayores modificaciones, el área donde desciende la miseria presentó saldos migratorios negativos, mientras el sector donde creció el fenómeno exhibe un pronunciado proceso inmigratorio (tabla 27). Se conjetura en este caso que este proceso estaría relacionado con el crecimiento de la población urbana mencionado anteriormente.

Tabla 27. Campesinado santiagueño. Crecimiento total, natural y migratorio de la población en las áreas de crecimiento, descenso y estabilidad de la miseria. 1991 y 2001.

	TCTMAI	TCNMAI	TCMMAI
Avance de la miseria	36,9	26,0	98,1
Descenso de la miseria	9,0	25,3	-60,5
Estabilidad en el comportamiento	8,7	14,5	5,6

Fuentes: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.
Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Las principales localidades urbanas del sector de avance de la miseria son Quimilí (11387 habitantes), Suncho Corral (6087 habitantes) y Campo Gallo (5545 habitantes) en 2001, las cuales corresponden a las capitales de los departamentos Moreno, Ibarra y Alberdi respectivamente (figuras 52, 53 y 54). En dichas localidades se analizaron

¹⁰² A partir de los datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas de 1991 y 2001, y de las estadísticas vitales del periodo intercensal se calcularon las tasas medias anuales de crecimiento total de población, las tasas medias anuales de crecimiento natural y, de modo indirecto, las tasas medias anuales de crecimiento migratorio. Dichas tasas se construyeron suponiendo un crecimiento lineal de la población, de acuerdo con las siguientes expresiones:

$$TCTMAI = \frac{P_f - P_i}{P_i + P_f} * \frac{2}{t} * 1000$$

$$TCNMAI = \frac{CN}{P_i + P_f} * \frac{2}{t} * 1000$$

$$TCMMAI = \frac{SM}{P_i + P_f} * \frac{2}{t} * 1000$$

Donde

Pi es la población total al inicio del periodo; Pf la población total final, *t* la duración en años del periodo intercensal, CN el crecimiento natural de la población (nacimientos – defunciones) y SM el saldo migratorio, obtenido de modo indirecto al restar CN a Pf – Pi. En el caso de los departamentos de Santiago del Estero no poseen los hechos vitales para el periodo 1991/94, motivo por el cual la constante *t* fue igual a 7.

características de las personas que no residían en esa localidad cinco años atrás¹⁰³. Se observa en la tabla 28 el predominio de los inmigrantes intra-provinciales en las tres localidades consideradas, seguidos en importancia por los migrantes interprovinciales, sin que la migración internacional adquiera relevancia.

Figura 52. Quimilí. Departamento Moreno. Santiago del Estero.



Fuente: Google earth.

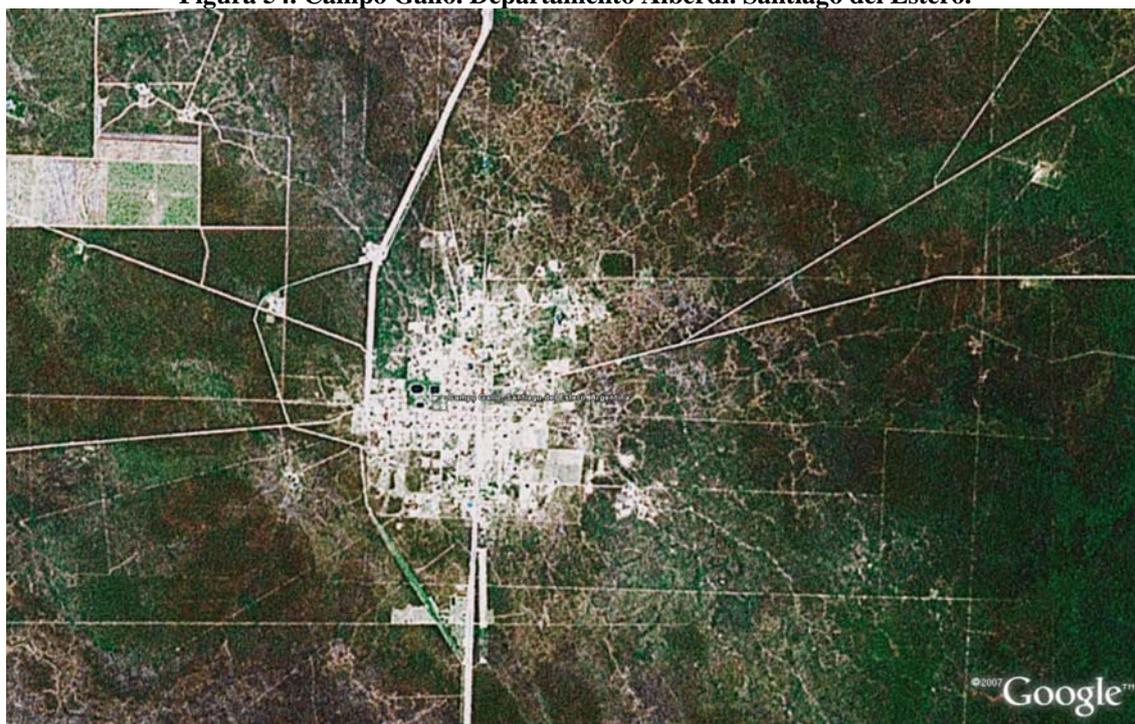
Figura 53. Suncho Corral. Departamento Ibarra. Santiago del Estero.



Fuente: Google earth.

¹⁰³ La fuente de información para este análisis fue el Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001, y la pregunta de la cédula censal utilizada fue ¿dónde vivía hace cinco años?

Figura 54. Campo Gallo. Departamento Alberdi. Santiago del Estero.



Fuente: Google earth.

Tabla 28. Campesinado santiagueño: Avance de la miseria. Lugar de residencia de la población hace cinco años. 2001.

	Esta localidad o paraje	Esta provincia pero en otra localidad o paraje	Otra provincia	Otro país
Quimilí	79,7	4,1	3,6	0,0
Suncho Corral	79,5	4,6	2,1	0,0
Campo Gallo	78,5	4,4	2,6	0,0

Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.

Elaboración propia.

No es posible conocer con la herramienta censal el tamaño ni las características de la localidad de origen de los inmigrantes, no obstante es factible profundizar sobre las características ocupacionales de los mismos. Se observa en la tabla 29 situaciones heterogéneas en las ciudades consideradas, siendo la preeminencia de actividades comerciales el factor común. Asimismo se destacan en Campo Gallo las actividades vinculadas con actividades comerciales y de enseñanza, en Suncho Corral el empleo doméstico y en Quimilí las actividades productivas primarias.

Tabla 29. Campesinado santiagueño: Avance de la miseria. Rama de actividad económica de inmigrantes intra e interprovinciales. 2001.

Rama de actividad económica.	Campo Gallo	Suncho Corral	Quimilí
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	9,2	11,8	20,4
Explotación de minas y canteras	0,0	1,0	0,0
Industria manufacturera	11,0	5,9	6,3
Electricidad, gas y agua	0,0	0,0	1,1

Construcción	4,6	8,8	9,1
Comercio al por mayor y menor; reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos	20,2	13,7	15,4
Servicios de hotelería y restaurantes	0,9	2,0	5,3
Servicio de transporte, de almacenamiento y de comunicaciones	4,6	3,9	3,9
Intermediación financiera y otros servicios financieros	0,0	0,0	1,1
Servicios inmobiliarios, empresariales y de alquiler	0,0	1,0	3,2
Administración pública, defensa y seguridad social obligatoria	7,3	7,8	5,3
Enseñanza	19,3	6,9	7,7
Servicios sociales y de salud	6,4	6,9	6,0
Servicios comunitarios, sociales y personales.	6,4	2,9	1,4
Servicios de hogares privados que contratan servicio doméstico	7,3	19,6	8,8
Actividades no bien especificadas	2,8	7,8	5,3

Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001.
Elaboración propia.

Lo analizado hasta aquí permite detectar la diversidad de situaciones observadas. Pudo detectarse asociaciones entre el avance de la miseria con la deforestación, aumento de la superficie implantada (donde la soja adquiere el mayor protagonismo), preeminencia de ganado bovino, disminución de eap's medianas y crecimiento de las grandes eap's, crecimiento urbano y migratorio (fundamentalmente debido a personas originarias de otras localidades santiagueñas y extra provinciales).

En el área de descenso de la miseria se observó descenso de los cultivos de cereales, oleaginosas y aumento de las forrajeras; asimismo la preeminencia bovina fue reemplazada por el dominio de los caprinos; operó un crecimiento de las eap's pequeñas y medianas en detrimento de las grandes; y en términos de dinámica poblacional se evidenció un mínimo crecimiento de la población, motivado fundamentalmente por el componente natural, y destacándose como un área expulsora de población.

Finalmente, en las áreas que mostraran estabilidad en su comportamiento se observa un descenso de los cultivos industriales, una creciente pecuarización -con la mayor diversidad de especies observada-. Asimismo se detectó un aumento de las eap's medianas y grandes en detrimento de las pequeñas y un sutil aumento de la población, impulsado principalmente por el componente natural.

La cuestión referida a la movilidad de la población según áreas de avance o disminución de la miseria genera grandes interrogantes que no pueden ser respondidos con las herramientas utilizadas en esta investigación, de allí que se proponga que futuras líneas de investigación aborden esta problemática, y que utilicen para ello metodologías cualitativas.

B.2 El Chaco campesino y aborígen.

Este núcleo presenta también sectores áreas de avance, retroceso y estabilidad en el comportamiento de la miseria, relacionadas con el sector oriental, occidental y central del núcleo respectivamente. Se analiza seguidamente, y de modo comparativo, las variables agropecuarias y demográficas mencionadas según las categorías identificadas en cuanto a las variaciones de la miseria.

- *Grandes masas de cultivos.*

En el contexto de este núcleo la deforestación solo adquirió relevancia en el departamento Almirante Brown con 135.274 has deforestadas, valor cuatro veces inferior al registrado en el campesinado santiagueño; no obstante es preciso señalar que este departamento coincide con el sector de descenso de la miseria, a diferencia de los observado en el núcleo santiagueño. La superficie implantada también registró un aumento en esta área, mínimo en el área de ascenso de la miseria (2.3%) y máximo en el área de descenso de la misma (737%), mientras en el área que mostrara un comportamiento estable la superficie implantada ascendió el 17.9%.

Este aumento de la superficie implantada se asoció con distintos cultivos. Puede observarse en la tabla 30 el comportamiento de las grandes masas de cultivos en los sectores considerados. El área de avance de la miseria registra un aumento considerable de los cereales y las oleaginosas, en detrimento de los cultivos industriales. Asimismo el área de descenso de la miseria exhibe aumento de las oleaginosas y descenso -en este caso- de los cereales y los cultivos industriales; no manteniendo este descenso un correlato en los valores absolutos, los cuales -dentro del contexto mencionado- aumentaron su superficie en 10267 y 4723 has respectivamente.

Tabla 30. Chaco aborígen y campesino. Cambios porcentuales en las masas de cultivo en las áreas de crecimiento, descenso y estabilidad de la miseria. 1998 y 2002.

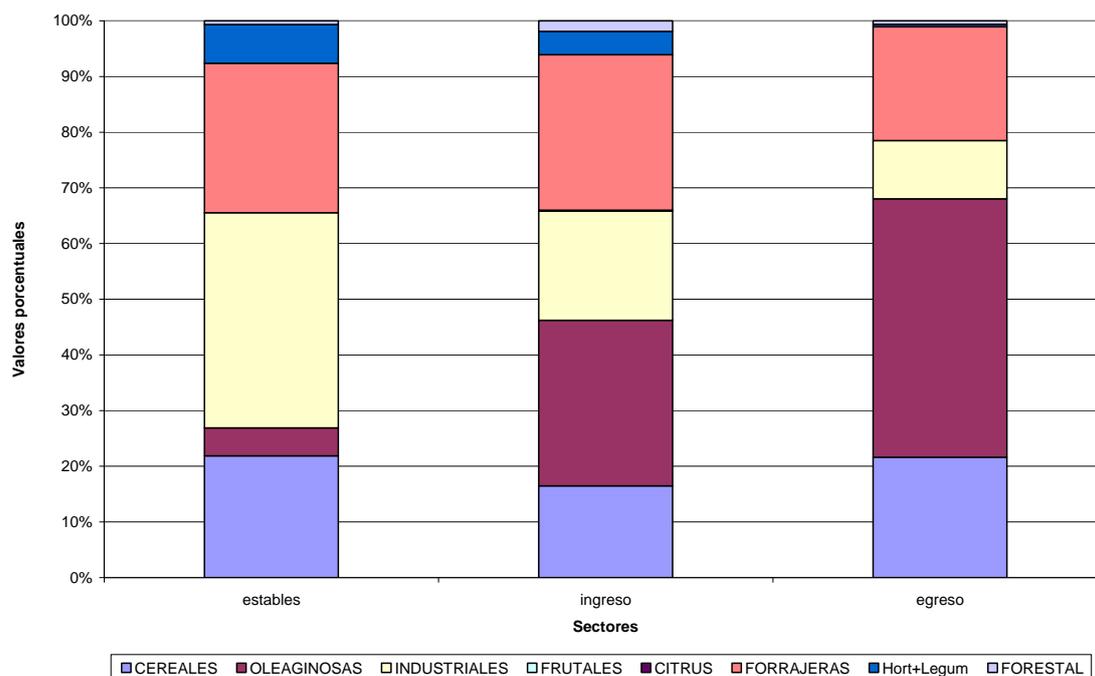
	Cereales	Oleaginosas	Industriales	Frutales	Citrus	Forra- jeras	Horta- lizas y legum- bres	Forestal	Sup. Imp.
Avance de la miseria	7,4	25,8	-30,2	-0,2	0,1	2,1	-6,8	1,7	2,3
Descenso de la miseria	-22,8	37,8	-14,1	0,0	0,0	0,6	-0,7	-0,7	737,4
Estabilidad en el comportamiento	10,8	0,1	-25,0	0,0	0,0	7,8	5,7	0,7	17,9

Fuente: Censos Nacionales Agropecuarios 1988 y 2002.
Elaboración propia.

Por otro lado, en el sector de estabilidad del comportamiento de la miseria, el principal cambio se asoció con el descenso de los cultivos industriales, representado principalmente por el algodón. No obstante, es preciso señalar que los cultivos

industriales representan en esta área las mayores proporciones del núcleo. Puede observarse en la figura 55 la estructura de las grandes masas de cultivo según sectores en el año 2002. Las mayores diferencias entre los sectores considerados se presentan en relación a los cultivos industriales y las oleaginosas, destacándose la preeminencia de los primeros en los sectores estables y de las oleaginosas en las áreas que disminuyen su miseria¹⁰⁴.

Figura 55. Chaco aborigen y campesino. Grandes masas de cultivos. 2002.



Fuente: Censo Nacional Agropecuario 2002.
Elaboración propia.

- *La estructura ganadera*

La ganadería creció en los tres sectores considerados. Dicho crecimiento fue mínimo en el sector de ascenso de la miseria (27.5%), se cuadruplicó en el sector de descenso de la misma, y se quintuplicó en los sectores que mostraran estabilidad, siendo este último el que reúne la mayor cantidad de cabezas de ganado en el año 2002 (tablas 31 y 32). En esta área de destaca la preeminencia de ganado bovino, el cual a pesar de mostrar un descenso relativo, mostró un crecimiento sustantivo en los valores absolutos. Asimismo el ganado caprino mostró un crecimiento marcado.

¹⁰⁴ El crecimiento de las oleaginosas en este sector de descenso de la miseria se opone al lo observado en el sector de crecimiento del fenómeno tanto de este núcleo como en el campesinado santiagueño. Se conjetura que metodologías de sesgo cualitativo brindarían el conocimiento para detectar las diferencias en ambos procesos.

Por otro lado, las áreas que mostraran avance o retroceso de la miseria no registran variaciones mayores en la composición ganadera, destacándose la preeminencia de ganado bovino -tanto en 1988 como en 2002- y un sutil ascenso del ganado caprino en el sector de descenso de la miseria, lo cual condujo a representar en 2002 el 22% de las cabezas de ganado en este sector.

Tabla 31. Chaco aborígen y campesino. Estructura ganadera según comportamiento de la miseria. 1988 y 2002.

	Años	Bovinos	Ovinos	Equinos	Porcinos	Caprinos	Otros
Avance de la miseria	1988	87,0	3,2	5,8	1,6	2,3	0,0
	2002	88,7	3,1	4,4	1,3	2,6	0,1
Descenso de la miseria	1988	63,1	6,1	7,4	5,3	18,1	0,0
	2002	64,7	4,9	3,8	4,4	22,2	0,0
Estabilidad en el comportamiento	1988	58,4	7,4	7,1	8,2	18,8	0,0
	2002	43,9	9,7	5,0	12,8	28,2	0,0

Fuente: Censos Nacionales Agropecuarios 1988 y 2002.
Elaboración propia.

Tabla 32. Chaco aborígen y campesino. Cambios porcentuales en la composición ganadera en las áreas de crecimiento, descenso y estabilidad de la miseria. 1988 y 2002.

	Bovinos	Ovinos	Equinos	Porcinos	Caprinos	Otros
Avance de la miseria	1,7	-0,1	-1,5	-0,4	0,2	0,1
Descenso de la miseria	1,6	-1,2	-3,6	-0,8	4,1	0,0
Estabilidad en el comportamiento	-14,5	2,3	-2,1	4,6	9,3	0,0

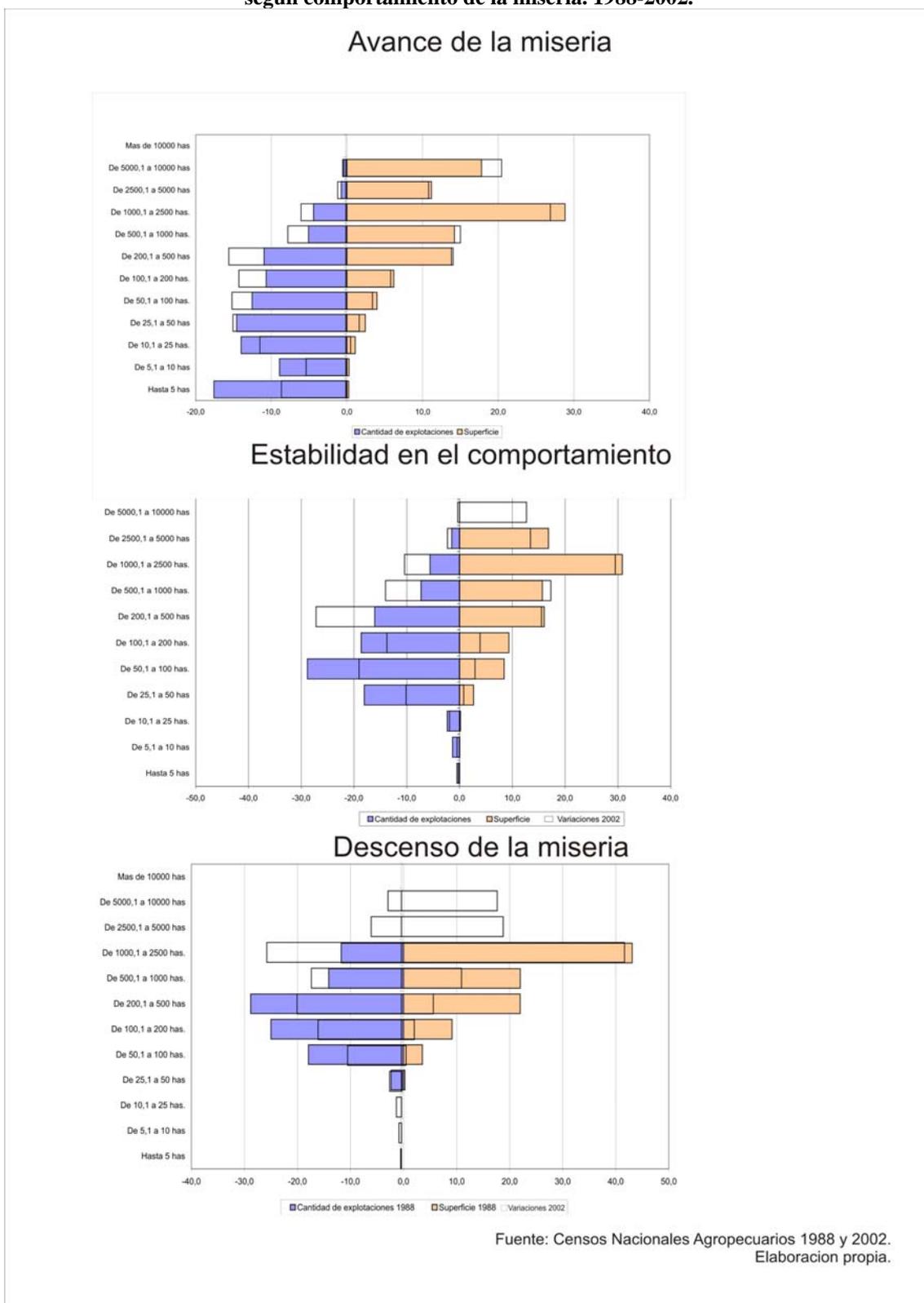
Fuente: Censos Nacionales Agropecuarios 1988 y 2002.
Elaboración propia.

- *El tamaño de las explotaciones.*

La figura 56 expresa las principales variaciones en la cantidad y el tamaño de las explotaciones agropecuarias en los sectores definidos según las variaciones de la miseria. Un carácter común en tales sectores lo constituye el crecimiento de la superficie ocupada por las grandes explotaciones, adquiriendo mayor relevancia en el sector de descenso y estabilidad en la miseria. En estos no existían en el año 1988 eap's mayores a las 5000 has, las cuales pasaron a representar en 2002 el 18 y 16.8% de la superficie de las eap's respectivamente.

Por otro lado, en el sector de avance de la miseria, la proporción de eap's menores a las 5 has -vinculadas con la economía campesina- mostró un fuerte descenso. En efecto, tal rango de superficie representaba en 1988 el 17.6% del total de las eap's, pasando a representar en 2002 el 8.5% de las mismas. No existe en ningún otro rango del sector considerado variación que supere la expuesta, ni tampoco en ninguno de los otros sectores considerados proporciones importantes de eap's vinculadas al campesinado.

Figura 56. Chaco aborigen y campesino. Variaciones en el tamaño y cantidad de las explotaciones según comportamiento de la miseria. 1988-2002.



Fuente: Censos Nacionales Agropecuarios 1988 y 2002.
Elaboración propia.

- *La estructura y dinámica de la población*

Se observó en los sectores definidos la evolución de la población total, discriminada según residencia urbana o rural (tabla 33). Se detecta crecimiento de población en los tres sectores, alcanzando las mayores proporciones en el caso de comportamiento estable de la miseria. Asimismo, este sector alcanza la mayor cantidad de personas en 2001, constituyendo la población rural -a pesar del descenso manifestado- la de mayor peso en la estructura.

Tanto el área de avance como de disminución de la miseria exhiben crecimiento de la población motivado por la población urbana; dicho crecimiento adquiere en ambos sectores magnitudes y características similares. No obstante, son notables las diferencias en cuanto al componente del crecimiento, ya que mientras las primeras expulsan población, las áreas de descenso de la miseria reciben población, en un contexto de elevado crecimiento natural (tabla 34).

Tabla 33. Chaco aborigen y campesino. Cambios en la población según residencia urbana – rural en las áreas de crecimiento, descenso y estabilidad de la miseria. 1991 y 2001.

	Población 1991	Población 2001	Crecimiento porcentual	población urbana		población rural	
				1991	2001	1991	2001
Avance de la miseria	47917	54470	13,7%	51,3	64,6	48,7	35,4
Descenso de la miseria	21575	22979	6,5%	55,0	71,1	45,0	20,9
Estabilidad en el comportamiento	81547	113235	38,8%	18,3	33,3	81,7	66,7

Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.
Elaboración propia.

Tabla 34. Chaco aborigen y campesino. Crecimiento total, natural y migratorio de la población en las áreas de crecimiento, descenso y estabilidad de la miseria. 1991 y 2001.

	TCTMAI	TCNMAI	TCMMAI
Avance de la miseria	12,8	25,7	-12,9
Descenso de la miseria	34,8	39,7	14,1
Estabilidad en el comportamiento	32,5	38,1	13,8

Fuentes: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.
Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Se observa un proceso diferente al examinado en el campesinado santiagueño. En este núcleo el avance de la miseria expulsa población; se infiere en este caso que se trata de población campesina, vistas las características que asume la población rural y la disminución de las eap's de menor tamaño. No obstante, esta condición de movilidad de

la población no puede identificarse claramente con la fuente censal, lo cual implica necesariamente el uso de metodologías cualitativas.

Sin embargo, las características de las personas que llegaron al área de descenso de la miseria pueden ser analizadas con la fuente mencionada. Se detecta que el 8% de la población que no vivía en las localidades del núcleo cinco años antes del año 2001 residían en otras localidades de la provincia o en otra provincia, siendo mínima la inmigración internacional. La tabla 35 exhibe las principales ramas de actividad económica en la que se insertan dichos migrantes. Se observa, al igual que en el área de avance de la miseria del núcleo santiagueño, una gran heterogeneidad de situaciones. Se detecta en el departamento Almirante Brown la elevada proporción que registran los inmigrantes dedicados a actividades primarias y al comercio. Por el contrario, en el departamento Mataros, estas actividades también son relevantes, aunque a ello se suman las actividades vinculadas a la construcción, pero fundamentalmente aquellas ligadas a la administración pública, defensa y seguridad social obligatoria.

Tabla 35. Chaco aborígen y campesino: Descenso de la miseria. Rama de actividad económica de inmigrantes intra e interprovinciales. 2001.

Rama de actividad económica.	Departamento Almirante Brown	Departamento Mataros
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	38,9	14,4
Industria manufacturera	10,5	5,7
Electricidad, gas y agua	0,4	0,3
Construcción	8,2	13,2
Comercio al por mayor y menor; reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos	14,7	13,5
Servicios de hotelería y restaurantes	0,4	2,4
Servicio de transporte, de almacenamiento y de comunicaciones	3,8	3,3
Servicios inmobiliarios, empresariales y de alquiler	1,1	1,5
Administración pública, defensa y seguridad social obligatoria	3,8	18,6
Enseñanza	8,4	9,9
Servicios sociales y de salud	0,7	3,3
Servicios comunitarios, sociales y personales	1,7	3,9
Servicios de hogares privados que contratan servicio doméstico	3,8	6,3
Actividades no bien especificadas	3,6	3,6

Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001.
Elaboración propia.

Lo analizado en este núcleo permite definir la heterogeneidad de situaciones puestas de manifiesto. El sector donde avanzó la miseria -Libertador General San Martín- presenta, en un contexto de mínimas variaciones de la superficie implantada, un importante crecimiento de cereales y oleaginosas en detrimento de los cultivos industriales. La ganadería no mostró mayores variaciones; no obstante, se destaca un descenso brusco de las eap's menores a 25 has, particularmente de las menores a 5 has, conjeturando

ante esta evidencia junto a los saldos migratorios negativos registrados, un marcado proceso de expulsión campesina.

En el sector donde desciende la miseria se detecta un marcado aumento de la superficie implantada y de los cultivos de oleaginosas, complementado con un importante crecimiento de la ganadería bovina. En este contexto crecen notoriamente las grandes eap's, destacándose la irrupción de categorías máximas desconocidas en la estructura anterior. Asimismo se registraron saldos migratorios positivos, provenientes de localidades provinciales y extra provinciales, cuyas ramas de actividad económica principal presenta distinciones: en Almirante Brown prevalecen las actividades primarias y el comercio mientras en Matacos se destaca la administración pública, agricultura, comercio y construcción.

Finalmente, el sector que se destacara por la estabilidad en la variación de la miseria exhibe disminución de los cultivos industriales, importante crecimiento de la ganadería, logrando una estructura dual entre bovinos y caprinos. El tamaño de las explotaciones mostró una estructura y variaciones similares al área de descenso de la miseria, caracterizado por el importante aumento de las eap's de mayor tamaño. La población mostró asimismo un crecimiento sostenido, manteniendo una preeminencia rural en la estructura demográfica.

B.3. Campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA.

Este núcleo presenta, de modo diferente a los analizados, solo dos sectores particularizados en cuanto a variaciones en la miseria. Se destaca un sector de descenso de la miseria (Tumbaya y Valle Grande) y un sector que manifestó estabilidad en dichas variaciones (Rinconada, Santa Catalina, Iruya, La Poma, Molinos, San Carlos y Santa Victoria). Constituye tal vez el núcleo de miseria de mayor complejidad, dada la heterogeneidad de ambientes que involucra como así también las sociedades y pautas culturales insertas en dicho núcleo. Asimismo se distingue la discontinuidad geográfica de los departamentos incluidos, cuestión que no se observara en los núcleos analizados con anterioridad.

Sobre los sectores mencionados se analizan a continuación algunos procesos territoriales acaecidos durante la última década del siglo XX.

- *Las grandes masas de cultivos.*

La agricultura no constituye la actividad principal en ninguno de los sectores distinguidos de este núcleo. En el área de descenso de la miseria la superficie

implantada registró una merma del 42.4%. En este contexto las variaciones se relacionaron con el descenso de los cereales y el aumento de los frutales, aunque es preciso señalar que la superficie implantada total alcanzaba solo las 425 has en 2002. No obstante predominan tanto en 1988 como en 2002 los cultivos de hortalizas y legumbres, los cuales representan el 44.5 y 43.7% del total de la superficie respectivamente (tablas 36 y 37).

En el sector que mostrara estabilidad en la miseria la superficie implantada también disminuyó el 55.7%. Las principales variaciones se relacionaron con el descenso de las oleaginosas (las cuales se cultivaban solo en el departamento Molinos) y el crecimiento de las hortalizas y legumbres. Sin embargo predominan en las estructuras de 1988 y 2002 los cultivos de forrajeras (48.2 y 51.6% respectivamente), los cuales se asocian con la dominancia de la actividad ganadera del área.

Tabla 36. Campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA. Cambios porcentuales en las masas de cultivo en las áreas de descenso y estabilidad de la miseria. 1998 y 2002.

	Cereales	Oleaginosas	Industriales	Frutales	Citrus	Forrajeras	Hortalizas y legumbres	Forestal	Sup. Imp.
Descenso de la miseria	-16,7	0,0	-0,4	11,8	0,0	4,0	-0,8	2,0	-42,4
Estabilidad en el comportamiento	5,7	-29,6	-4,9	13,1	1,9	3,4	10,2	0,2	-55,7

Fuente: Censos Nacionales Agropecuarios 1988 y 2002.
Elaboración propia.

Tabla 37. Campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA. Estructura de las grandes masas de cultivos en las áreas de descenso y estabilidad de la miseria. 1988 y 2002. Valores porcentuales.

		Cereales	Oleaginosas	Industriales	Frutales	Citrus	Forrajeras	Hortalizas y legumbres	Forestal
Descenso de la miseria	1988	19,0	0,0	0,4	5,8	0,0	28,3	44,5	2,0
	2002	2,3	0,0	0,0	17,7	0,0	32,3	43,7	4,0
Estabilidad en el comportamiento	1988	5,4	29,6	4,9	0,7	0,0	48,2	10,8	0,3
	2002	11,2	0,0	0,0	13,8	1,9	51,6	21,0	0,5

Fuente: Censos Nacionales Agropecuarios 1988 y 2002.
Elaboración propia.

- *La estructura ganadera.*

La ganadería creció en ambos sectores, 129% en el sector de descenso de la miseria y 103% en el área de estabilidad de la misma, siendo este sector el que reúne la mayor cantidad de cabezas de ganado, superando los 400.000 animales en 2002. Si se relacionan la cantidad de cabezas de ganado con la población se detecta la existencia de 8 animales por persona en el sector de descenso de la miseria y 11.5 en el sector de

estabilidad de la misma en el año 2001. En ambos casos tal relación se duplica respecto a la observada a principios de la década.

Las tablas 38 y 39 exhiben las características de dicha estructura. En el sector de descenso de la miseria se destaca un crecimiento del ganado caprino en detrimento de los bovinos. No obstante, ambas especies junto a los ovinos dominan la estructura del área tanto en 1988 como en 2008.

Por otro lado, el sector que mostrara estabilidad en la miseria presenta un fuerte descenso del ganado ovino (17.5%) y, al igual que lo observado anteriormente, creció el ganado caprino (11.4%). Sin embargo, tales variaciones no son suficientes para restar protagonismo al ganado ovino, el cual continúa dominando dicha estructura.

Tabla 38. Campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA. Estructura ganadera según comportamiento de la miseria. 1988 y 2002. Valores porcentuales.

	Años	Bovinos	Ovinos	Equinos	Porcinos	Caprinos	Otros
Descenso de la miseria	1988	31,9	39,2	4,5	1,1	22,9	0,5
	2002	21,8	41,1	2,7	0,4	32,0	2,0
Estabilidad en el comportamiento	1988	5,2	71,3	0,5	0,6	12,1	10,3
	2002	7,5	53,8	0,8	0,3	23,5	14,1

Fuente: Censos Nacionales Agropecuarios 1988 y 2002.
Elaboración propia.

Tabla 39. Campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA. Cambios porcentuales en la composición ganadera en las áreas de descenso y estabilidad de la miseria. 1988 y 2002.

	Bovinos	Ovinos	Equinos	Porcinos	Caprinos	Otros
Descenso de la miseria	-10,1	1,9	-1,8	-0,6	9,1	1,5
Estabilidad en el comportamiento	2,3	-17,5	0,3	-0,3	11,4	3,9

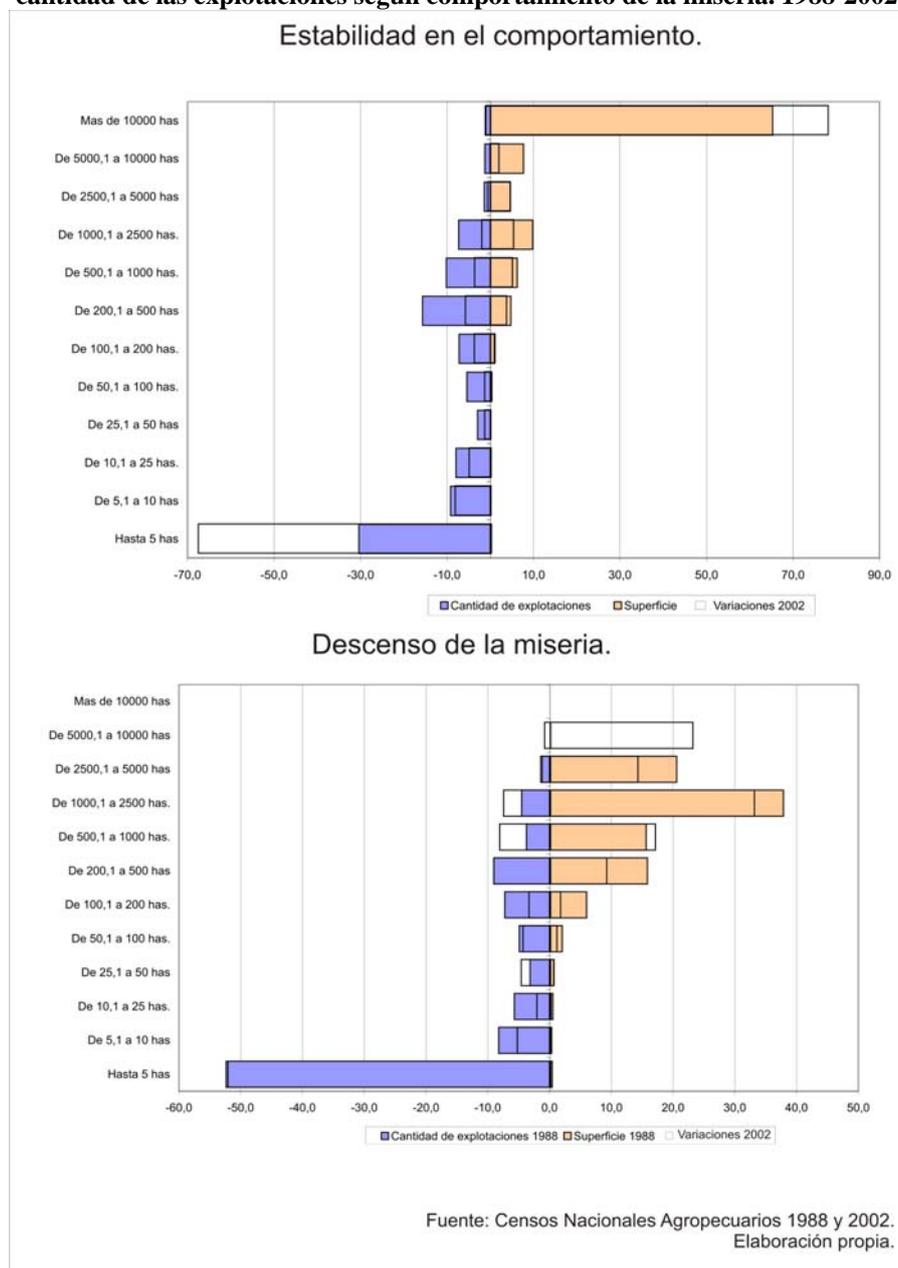
Fuente: Censos Nacionales Agropecuarios 1988 y 2002.
Elaboración propia.

- *El tamaño de las explotaciones.*

La figura 57 expresa las principales variaciones en el número y el tamaño de las explotaciones agropecuarias en los sectores definidos según las variaciones de la miseria. El sector que mostrara estabilidad en el comportamiento de la miseria presenta una estructura con grandes asimetrías. Prevalece una amplia composición de eap's menores a las 5 has, las cuales mostraron un pronunciado crecimiento en 2002. Dicho crecimiento puede estar relacionado con la desaparición de eap's de mayor tamaño, las cuales podrían estar operando un proceso de subdivisión. En el otro extremo se destaca la presencia de eap's mayores a las 10000 has, las cuales también mostraron un crecimiento en la escala de superficie hacia el año 2002, no obstante dicho crecimiento es mucho menor al operado en las eap's más pequeñas. La estructura resultante se distingue por su gran asimetría.

Por otro lado, en el sector de descenso de la miseria la principal variación está relacionada con el surgimiento de eap's mayores a las 5000 has, cuya superficie supera el 20% del total de la superficie de eap's con límites definidos.

Figura 57. Campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA. Variaciones en el tamaño y cantidad de las explotaciones según comportamiento de la miseria. 1988-2002.



- *La estructura y dinámica de la población.*

Se observó en los sectores definidos la evolución del total de la población, discriminada según residencia urbana o rural (tabla 40). Es preciso distinguir la ausencia de localidad urbana en ambas partes del núcleo, tanto en 1991 como en 2001. En dichos sectores la población se incrementó y alcanzó mayores proporciones en el sector de descenso de la

miseria, siendo sutil el aumento en el caso del sector que mostrara estabilidad en el comportamiento. En ambos casos el crecimiento operado en la población obedece - como se mencionara- al crecimiento de la población rural.

Tabla 40. Campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA. Cambios en la población según residencia urbana – rural en las áreas de descenso y estabilidad de la miseria. 1991 y 2001.

	Población 1991	Población 2001	Crecimiento porcentual	población urbana		población rural	
				1991	2001	1991	2001
Descenso de la miseria	6151	6939	12.8	0	0	100	100
Estabilidad en el comportamiento	35841	37436	4.5	0	0	100	100

Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.
Elaboración propia.

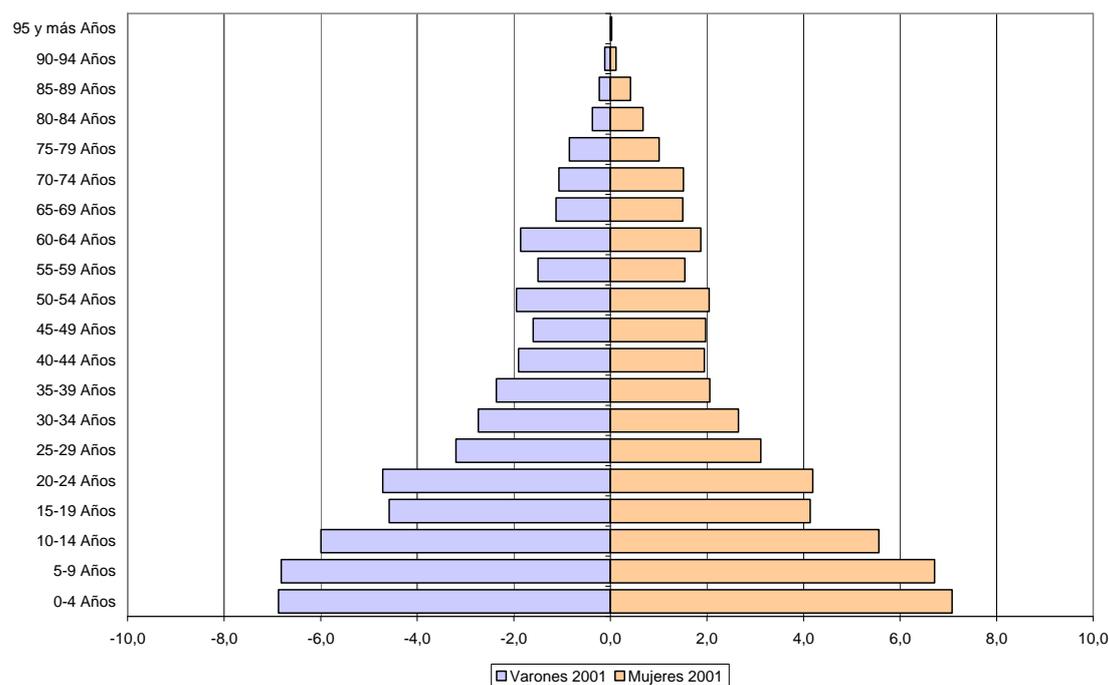
Tabla 41. Campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA. Crecimiento total, natural y migratorio de la población en las áreas de descenso y estabilidad de la miseria. 1991 y 2001.

	TCTMAI	TCNMAI	TCMMAI
Descenso de la miseria	12,0	43,9	-73,1
Estabilidad en el comportamiento	4,4	52,4	-146,0

Fuentes: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.
Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Dicho incremento estuvo motivado por el componente natural, siendo notorio el proceso de expulsión de la población en ambos casos (tabla 41). La figura 58 exhibe la pirámide poblacional del conjunto del núcleo en 2001. La mayor emigración ocurre tanto en hombres como mujeres en los grupos jóvenes y adultos, particularmente en el tramo de edad comprendido entre los 25 y 49 años. La herramienta censal no permite conocer el destino ni las características sociodemográficas de los emigrantes de este núcleo, por lo cual se sugiere que futuras líneas de investigación consideren herramientas cualitativas para explicar y caracterizar el proceso observado.

Figura 58. Campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA. Pirámide poblacional. 2001.



Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.
Elaboración propia.

Lo analizado en este núcleo permite definir como característica principal la condición de ruralidad de los sectores que lo integran, de allí que las actividades productivas primarias principales están relacionadas con la ganadería y secundadas por la agricultura. En relación a esta última se distingue la preeminencia de hortalizas y legumbres en el área de descenso de la miseria y forrajeras en el sector de estabilidad. Esto estaría relacionado con el mayor protagonismo de la ganadería en este sector, donde el ganado ovino domina la estructura.

La distribución de las eap's mostró, en el sector de estabilidad de la miseria, una fuerte asimetría, donde las mayores variaciones estuvieron relacionadas con el crecimiento de los extremos de dicha estructura. Por otro lado, en el área de descenso de la miseria, la principal variación se relacionó con el surgimiento de eap's de mayor tamaño.

La estructura y dinámica de la población no presentó mayores diferencias en los sectores que integran el núcleo. Fue común la inexistencia de población urbana, el crecimiento de la población rural -motivado por el componente natural- y la expulsión de población, sobre todo en los grupos etarios de 25 a 49 años tanto en hombres como mujeres.

El análisis realizado en este último núcleo presentó una gran mayor complejidad dada la heterogeneidad de situaciones observadas y la discontinuidad geográfica que distingue

al mismo. Entre los sectores definidos según variaciones de la miseria las diferencias son también significativas, puesto que mientras el sector caracterizado por el descenso está relacionado con la selva y parte de la Quebrada de Humahuaca, el sector distinguido por las persistencias mantiene relación con la Puna fundamentalmente, y parte de las tierras altas del NOA.

El estudio de los procesos territoriales reseñados detectó principalmente similitudes solo en la concentración de la miseria, revelándose procesos locales en cada núcleo que presentan, en algunos casos, mayor similitud con los procesos regionales. A continuación se complementa el análisis territorial con el estudio de la mortalidad infantil y el perfil epidemiológico en los núcleos definidos.

C. Mortalidad infantil y perfil epidemiológico en los núcleos de miseria del NGA durante los noventa.

Identificados los núcleos duros de miseria del NGA, y reconociendo la incidencia que esta condición ejerce sobre la salud infantil, las preguntas se orientaron en este apartado al conocimiento de las características que asume en ellos la mortalidad y la estructura de causas de muerte en los menores a un año de edad. La situación de miseria persistente ya reseñada en estos núcleos deteriora la salud, ejerciendo una mayor influencia sobre la población infantil, más vulnerable a esta condición. Asimismo un contexto de persistencia de la pobreza posibilita la constante condición de salud deteriorada¹⁰⁵. En este sentido no se trata aquí de contrastar los niveles que adquiere la mortalidad infantil en estos núcleos con el resto del territorio, sino de definir las características que, en materia de mortalidad infantil, distinguen a cada uno de ellos¹⁰⁶.

¹⁰⁵ Se manifestaba respecto a esta situación Timothy Evans en la Sesión de apertura de la Consulta Regional sobre el Trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2005): “*De que sirve tratar las enfermedades de las personas para luego enviarlas de regreso a las mismas condiciones que las enfermaron*” (citado por Wagstaff, 2002).

¹⁰⁶ Cada sociedad tiene su forma particular de enfrentarse a la muerte; en este sentido Bronfman (2000) rescata el aspecto subjetivo de la vivencia del deceso. Subraya también la importancia de la cultura que se genera alrededor del fallecimiento, la cual -en nuestro caso de estudio- tiene vivencias diferenciadas según el núcleo del que se trate. El mismo autor identifica la importancia del arraigo de viejas creencias populares en torno al destino de los muertos y el manejo de tradiciones por medio de mitos; asimismo los relatos y elementos materiales son signos indiscutibles de lo cotidiano de la muerte.

Puede destacarse el caso de la comunidad Toba en el Chaco aborígen-campesino. Allí la enfermedad remite, en la mayoría de los casos, a la acción intencional de otro ser humano o de alguna persona no humana (espíritus chamánicos, dueños de las especies animales y vegetales, muertos, etc.) que inicia en el cuerpo un acto degenerativo; en este caso la muerte no es interpretada como la conclusión de la vida -considerada como proceso biológico- sino como una alteración ontológica que deba ser contrarrestada por un chamán. Asimismo el miedo al alma del difunto es un denominador común en el grupo (Tola, 2006). Por otro lado en el campesinado santiagueño, Canevari (1998) distingue distintas formas de expresión de la medicina tradicional, entre ellas identifica curadores simples y mixtos, curanderos, parteros y hueseros,

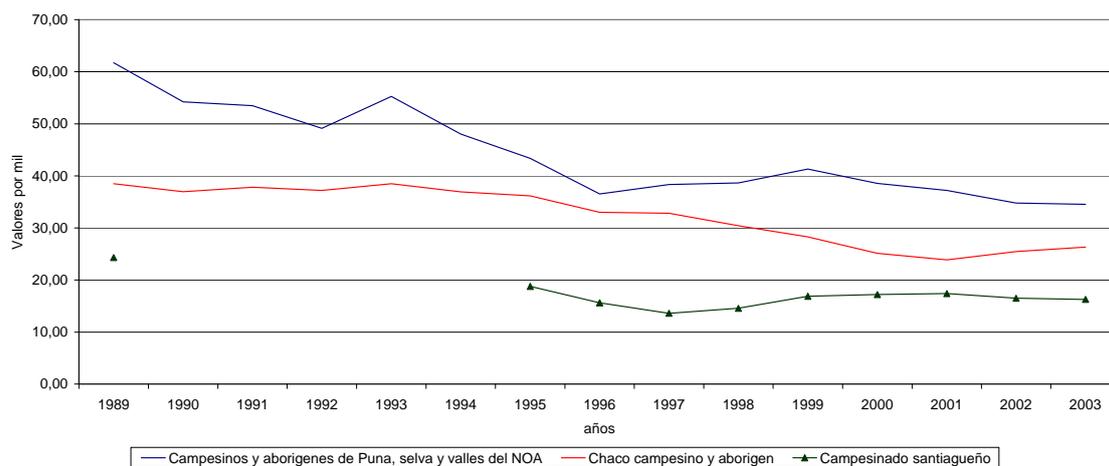
La evolución de la mortalidad infantil y sus componentes en estos núcleos exhibe notorios contrastes (figuras 51, 52 y 53). Mas allá de las similitudes halladas en el análisis de la miseria, pueden detectarse perfiles de mortalidad infantil diferenciados. Se distingue:

- Un nivel crítico de TMI, TMN y TMP en la Puna, selva y valles del NOA. A pesar de mostrar comparativamente el mayor descenso en sus tasas (27, 7 y 20 por mil respectivamente) conforma hacia comienzos del siglo XXI el núcleo más crítico del NGA. Caracteriza además la trayectoria de las tasas en este núcleo un comportamiento irregular, con picos importantes en los años 1993 y 1999.
- Un segundo nivel de criticidad en el Chaco aborígen-campesino, donde se distingue un comportamiento mas estable en sus tasas en relación a los observados en la Puna, selva y valles del NOA. El descenso en las tasas de este núcleo fue del 12, 2 y 10 por mil respectivamente.
- Niveles bajos y estables de mortalidad en el Campesinado santiaguense, con sutiles tendencias al ascenso sobre finales del periodo -principalmente en el caso de la TMP- ante lo cual se conjetura en estos años una sutil tendencia en la mejora del registro en esta área¹⁰⁷. El descenso de las tasas en este núcleo fue del 8, 3 y 5 por mil respectivamente.
- Asimismo se observa en los tres núcleos que el descenso de la mortalidad infantil está basado principalmente en el componente postneonatal, más relacionado al control de patologías exógenas. Por otro lado alrededor del año 1999 puede observarse en los tres núcleos una ruptura de la tendencia descendente, pasando a un comportamiento más estable y en algunos casos evidenciando una regresión respecto a los registros logrados -notorio principalmente en el caso de la TMN de la Puna, selva y valles del NOA -.

quienes ejercen una influencia considerable sobre el proceso salud-enfermedad-muerte. Ambos casos ilustran con claridad el aspecto subjetivo de la muerte.

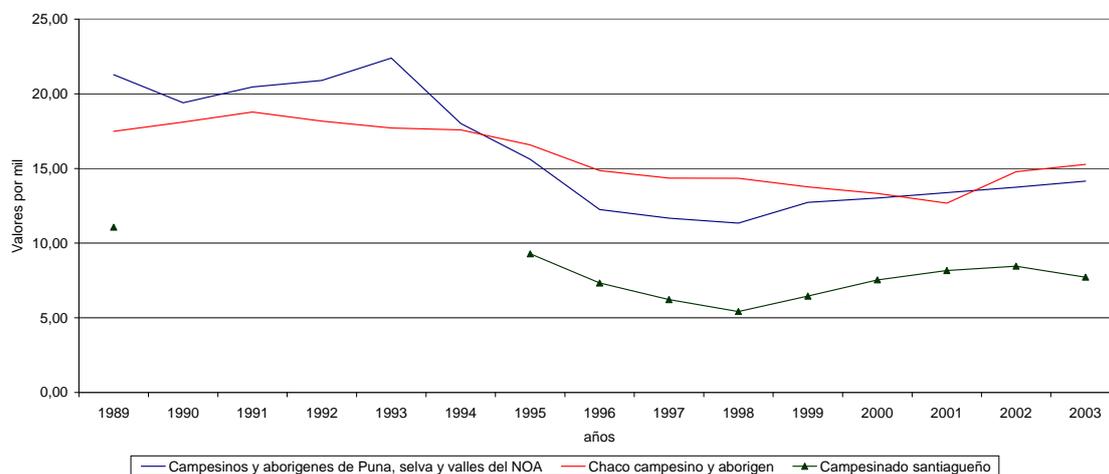
¹⁰⁷ En el capítulo III se analiza la calidad de la información sobre hechos vitales en las provincias del NGA y se da cuenta de la exigua calidad del registro en la provincia de Santiago del Estero.

Figura 51. Tasa de mortalidad infantil en núcleos duros de miseria. 1989/2003.



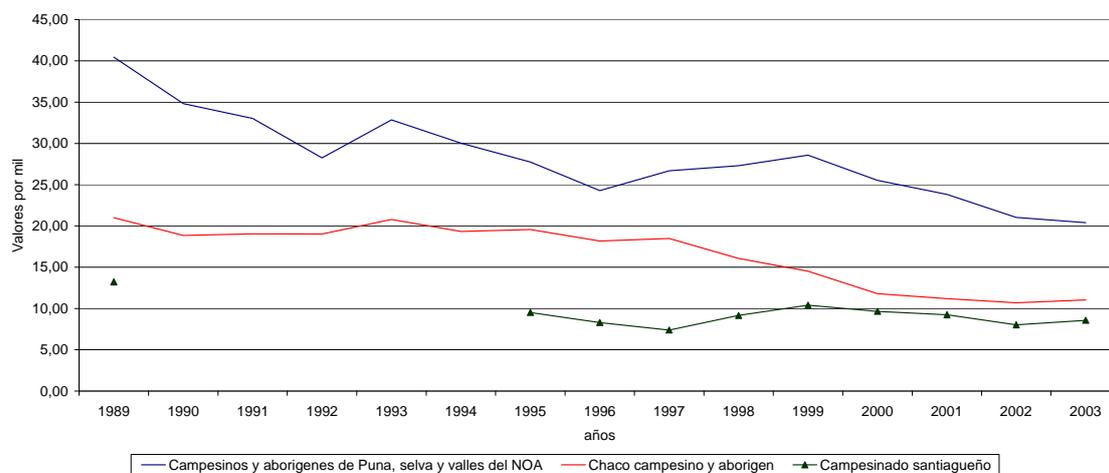
Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Figura 52. Tasa de mortalidad infantil neonatal en núcleos duros de miseria. 1989/2003.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Figura 53. Tasa de mortalidad infantil postneonatal en núcleos duros de miseria. 1989/2003.

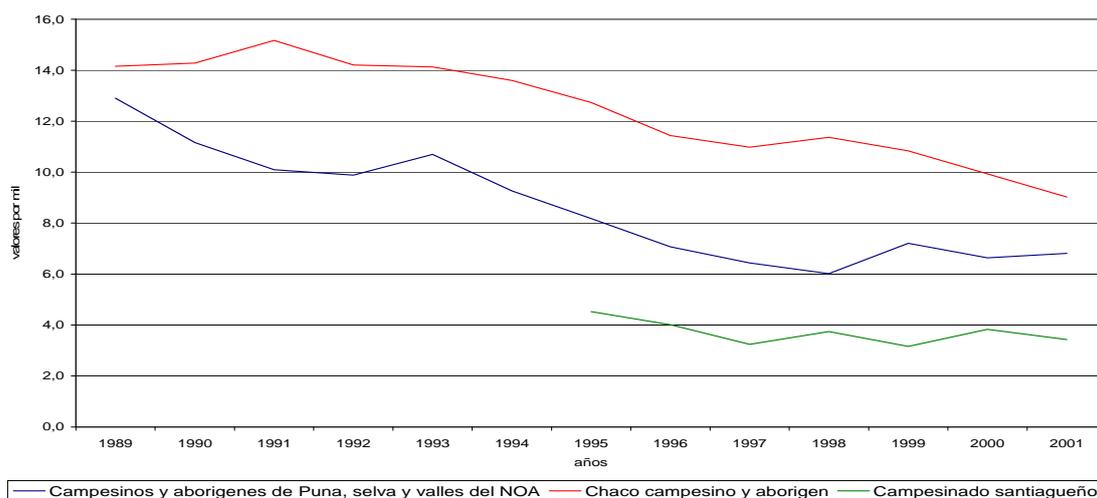


Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Las tasas analizadas brindan un panorama general de las características de la mortalidad infantil en los núcleos de miseria. Cabe preguntarse entonces como evolucionaron algunas de sus manifestaciones precisas tales como la mortalidad infantil según bajo peso al nacer, educación crítica de la madre y la estructura de causas de muerte - poniendo énfasis en las denominadas *enfermedades de la pobreza*.

Las tasas referidas al bajo peso al nacer y a la educación crítica de la madre¹⁰⁸ (figuras 54 y 55), exhiben -en el primer caso- el ritmo descendente que presentan los valores en las áreas consideradas, con excepción del campesinado santiagueño, el cual mantiene cierta estabilidad dentro de niveles bajos. El núcleo de la Puna, selva y valles del NOA presenta tal como se observara anteriormente dos picos pronunciados durante la década, el primero en 1993 y el segundo sobre 1999. Asimismo, una tendencia de descenso similar se observa en el Chaco aborígen-campesino, aunque los niveles son más elevados respecto a la Puna, selva y valles del NOA.

Figura 54. Núcleos duros de miseria. Tasa de mortalidad infantil según bajo peso al nacer. 1989/2001.



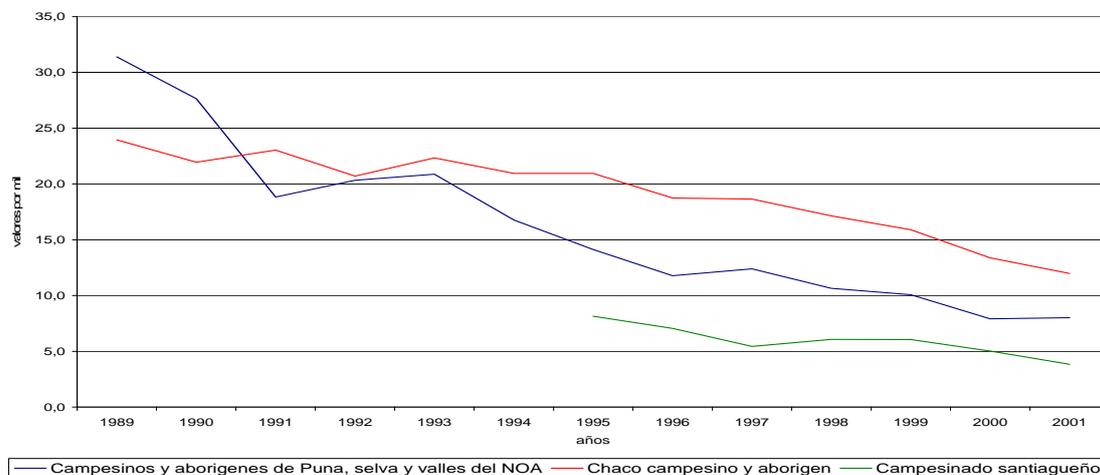
Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Respecto a la mortalidad infantil considerando la educación crítica de la madre existe una tendencia descendente de la tasa, principalmente en la Puna, selva y valles del NOA, donde se presentan dos momentos con un descenso significativo, ocurridos en

¹⁰⁸ Los niños que nacen con menos de 2500 gramos son considerados de bajo peso y con alto riesgo de muerte, aludiendo con este concepto al desnutrido fetal y al neonato que nace antes de las 37 semanas de gestación, cuyo grado de adaptación a la vida extrauterina se ve en consecuencia dificultada. Por otro lado, el nivel de instrucción materno se relaciona inversamente con la probabilidad de muerte del hijo. El Programa Nacional de Estadísticas de Salud sugiere agrupar las categorías “madre analfabeta” y “madre con primario incompleto” dentro del grupo de alto riesgo.

1991 y 1996. Esta figura -al igual que la anterior- muestra un comportamiento similar, destacándose una mayor pendiente de descenso respecto a la figura anterior.

Figura 55. Núcleos duros de miseria. Tasa de mortalidad infantil según nivel educativo crítico de la madre. 1989/2001.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

El estudio epidemiológico de la mortalidad infantil fue un complemento necesario para el estudio de esta problemática. A partir del mismo fue posible identificar las persistencias y los cambios en la estructura de las causas de muerte, lo cual funcionaría como un instrumento que podría ser válido para la formulación de políticas públicas.

Se analizaron las causas de muerte según los criterios de reducibilidad¹⁰⁹ y según el criterio de los grandes grupos de causas de muerte definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹⁰.

¹⁰⁹ Este criterio fue definido por Taucher (1979) y toma en cuenta la posibilidad de reducir o evitar determinadas causas de muerte de acuerdo con los conocimientos médicos actuales. El concepto de mortalidad evitable surge de la concepción de que las muertes por ciertas causas no deberían ocurrir de acuerdo con el nivel de conocimientos científicos disponibles en ese momento y la aplicación de acciones suficientes y adecuadas del sistema de atención, siendo más adelante reemplazado por la misma autora por el concepto de reducibilidad. Su uso en salud pública está orientado hacia la definición de prioridades y la evaluación de resultados de políticas y programas de salud; sin embargo, los criterios de reducibilidad cambian de acuerdo con el desarrollo de los conocimientos y herramientas en salud, con el momento histórico y la experiencia de cada población, por lo cual es un concepto operativamente dinámico. Este criterio clasifica las causas de muerte en cuatro categorías: evitables/reducibles, difícilmente evitables/reducibles; otras causas -categoría residual que incluye las defunciones cuyas causas no pueden ser asignadas a las categorías definidas- y por último la categoría desconocidas o mal definidas incluye ciertas causas de muerte tales como el tumor de comportamiento incierto o desconocido, de sitio no especificado, las otras arritmias cardíacas, la insuficiencia cardíaca, las complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad cardíaca, la bronquitis crónica no especificada, las otras enfermedades del sistema respiratorio, los otros trastornos originados en el periodo neonatal y la insuficiencia renal no especificada.

¹¹⁰ Este criterio -elaborado por la OMS (1995)- define 21 grandes grupos de causas de muerte, asociados a patologías y etiologías similares. Los principales grupos de causas que inciden en estas áreas de pobreza extrema son las enfermedades infecciosas, respiratorias y de la nutrición -asociadas a las denominadas enfermedades de la pobreza-, como también las patologías endocrinas, nerviosas, circulatorias, digestivas,

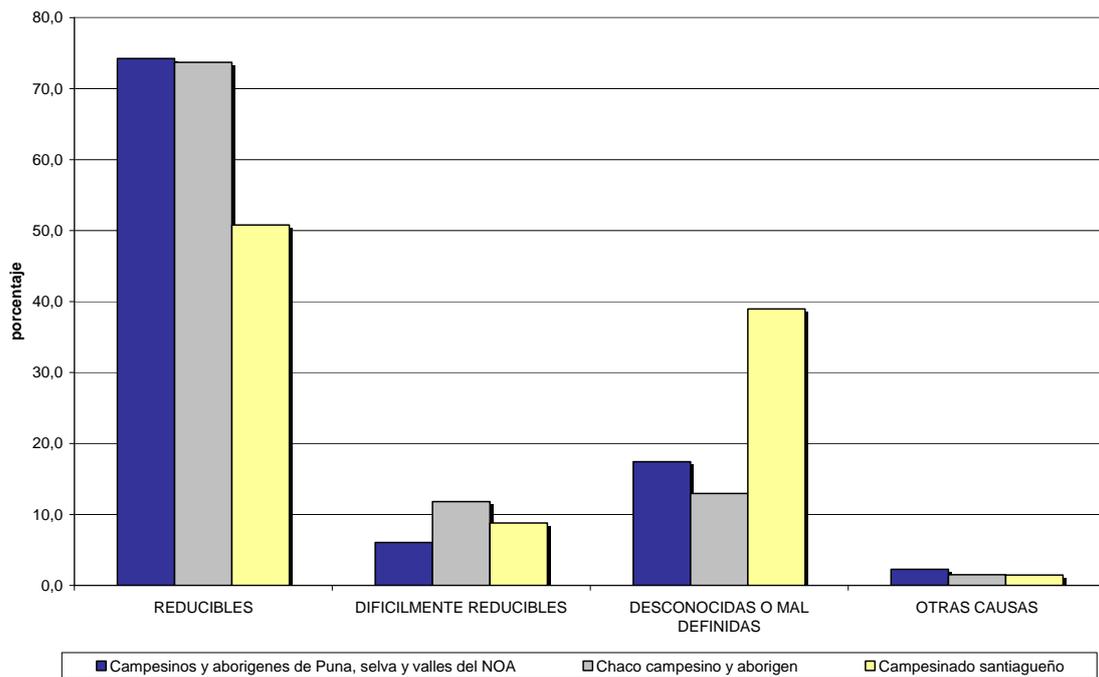
De esta manera se concibió utilizar ambos criterios complementando los resultados para aproximarnos al complejo mundo de la enfermedad en estas áreas de pobreza extrema. Estos criterios fueron homologados teniendo en cuenta la variación a mediados de la década en las formas de codificación de las enfermedades (Clasificación Internacional de Enfermedades N° 9 y N° 10), de modo que los perfiles detectados puedan ser comparables en tal evolución. Asimismo la información fue analizada diacrónicamente - considerando los quinquenios 1989/93, 1994/98 y 1999/03- y sincrónicamente, de modo comparativo entre las tres áreas.

La figura 56 exhibe la elevada proporción de causas de muerte reducibles existentes en los tres núcleos de miseria. Los valores más elevados se localizan en la Puna, selva y valles del NOA y en el Chaco aborígen-campesino, con proporciones que superan el 70%. Continúa en importancia siguiendo el orden decreciente el grupo de causas desconocidas o mal definidas, cuya magnitud alcanza proporciones importantes próximas al 40% en el caso del campesinado santiagueño. Las causas difícilmente reducibles y las otras causas completan el análisis con proporciones menores. Se detecta en esta figura una mayor semejanza en la estructura de causas entre la Puna, selva y valles del NOA y el Chaco aborígen-campesino, a diferencia del campesinado santiagueño, donde la calidad del registro ocasiona las distorsiones ya señaladas.

Dentro del conjunto de causas de muertes reducibles es posible diferenciar la incidencia de ciertos factores según el tramo de edad del fallecido. Se detecta así -en el intervalo neonatal- aquellas causas de muerte reducibles por prevención, diagnóstico o tratamiento (distinguiéndose el momento del embarazo, del parto y del recién nacido), y otras causas reducibles. Asimismo, en el tramo postneonatal, es factible identificar aquellas causas de muerte reducibles por prevención, por tratamiento, por prevención y tratamiento, y otras reducibles. Las figuras 57 y 58 exhiben la distribución proporcional según las categorías mencionadas.

congénitas, externas, relacionadas al periodo perinatal y los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. En conjunto, estos grupos dan cuenta del 99.5% de las defunciones infantiles ocurridas. Por estos motivos, los análisis realizados tomaron en cuenta estas categorías y no el resto de los 21 grandes grupos planteados por la OMS.

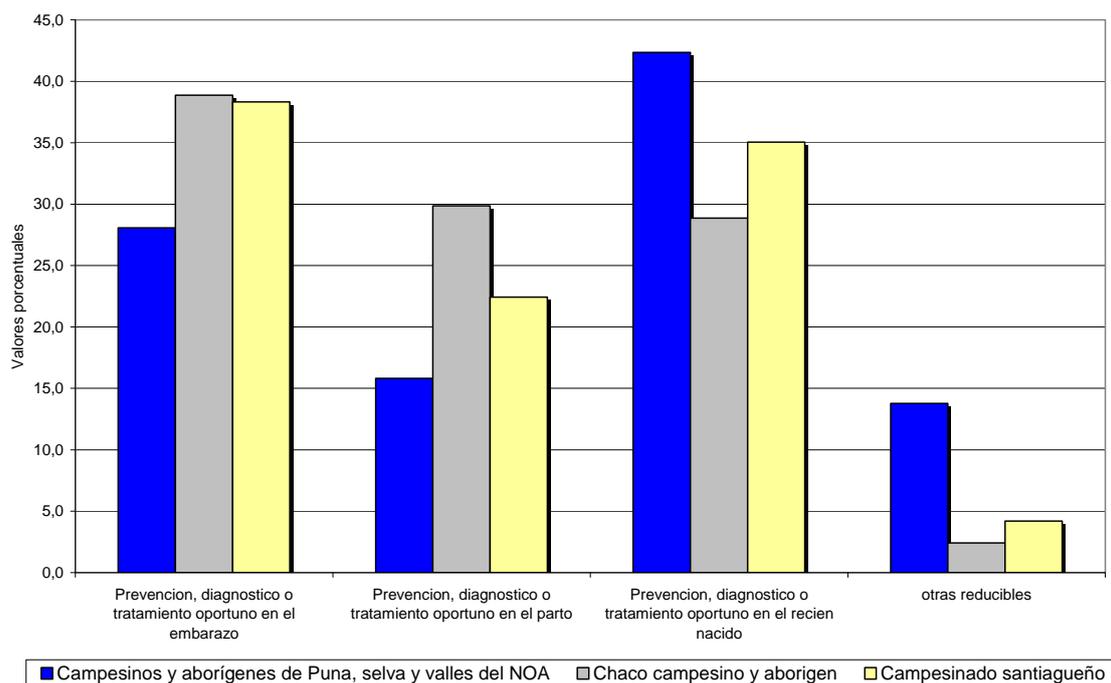
Figura 56. Núcleos duros de miseria. Causas de muerte según criterios de reducibilidad. 1989/2003.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

En el componente neonatal domina en cada núcleo de miseria una composición diferenciada -notable acaso en la Puna, selva y valles del NOA - constituyendo este hecho una advertencia importante a la hora de la toma de decisiones en materia de salud pública. Las muertes neonatales reducibles en el momento del parto en esta área ocupan una proporción menor en comparación con el resto de categorías, poniendo de manifiesto la necesidad de inversión en recursos humanos, materiales y financieros destinados prioritariamente al control del embarazo y del recién nacido. Se distingue por otro lado un perfil similar entre el Chaco aborígen-campesino y el campesinado santiagués, con una estructura más equilibrada.

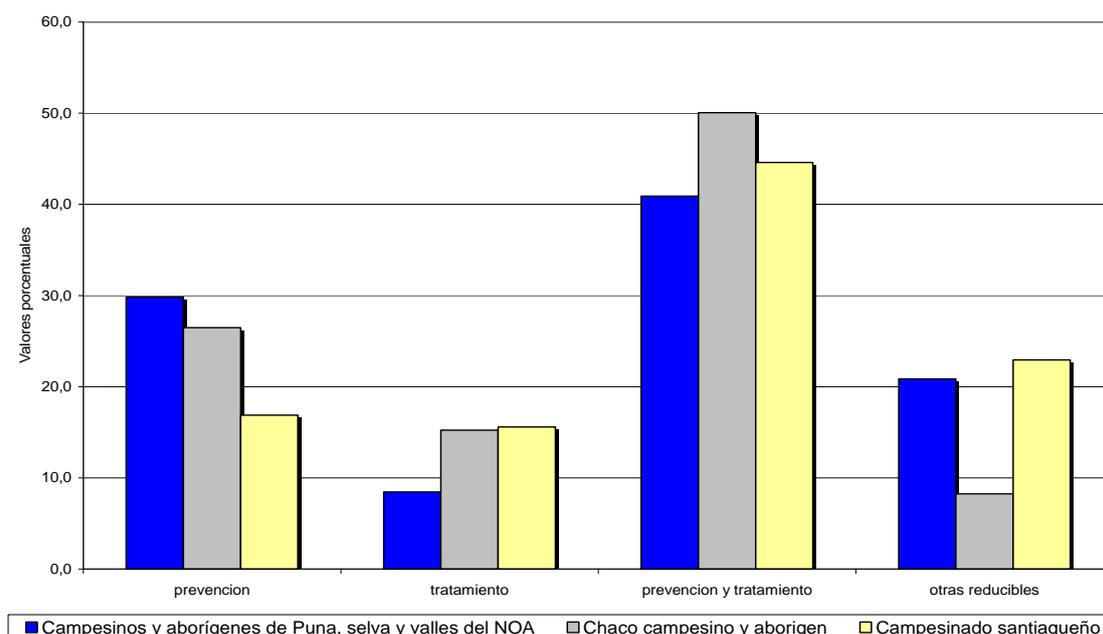
Figura 57. Núcleos duros de miseria. Tipología de muertes infantiles neonatales reducibles. 1989/2003.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Diferente a la figura anterior, las muertes reducibles en el tramo postneonatal presentan un perfil similar entre los tres núcleos de miseria analizados. En todo el conjunto departamental la atención de la salud infantil focalizada hacia la prevención y el tratamiento de las enfermedades debería constituir una prioridad, en tanto abarca en los tres núcleos entre el 40 y el 50% de las defunciones infantiles reducibles.

Figura 58. Núcleos duros de miseria. Tipología de muertes infantiles postneonatales reducibles. 1989/2003.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Por otro lado el análisis diacrónico da cuenta de los cambios ocurridos en la estructura epidemiológica entre 1989 y 2003. Focalizando el análisis en las causas de muerte reducibles/evitables se distingue en cada núcleo un comportamiento diferenciado (tabla 42):

- En la Puna, selva y valles del NOA la proporción de causas reducibles oscila alrededor del rango 70-80%. La tendencia de este grupo al igual que las tasas de mortalidad infantil analizadas anteriormente mantiene un comportamiento irregular, prueba de ello lo constituye el pico ocurrido en el quinquenio 1994/1998.
- En el Chaco aborígen-campesino el perfil es similar al de la Puna, selva y valles del NOA, aunque los niveles de descenso observado superan al de esta última.
- Finalmente, en el campesinado santiaguense se destaca una tendencia ascendente tanto de las causas de muerte reducibles como de las difícilmente reducibles, siendo notorio el descenso sostenido que experimentan las causas desconocidas o mal definidas, aunque aun mantienen las proporciones más elevadas dentro del contexto.

Tabla 42. Núcleos duros de miseria. Porcentajes de causas de muerte infantil según el criterio de reducibilidad. 1989/2003.

		Reducibles	Difícilmente reducibles	Desconocidas o mal definidas	Otras causas
Puna, selva y valles del NOA	1989/93	72,4	4,4	23,2	0,0
	1994/98	79,4	4,9	13,2	2,4
	1999/03	69,7	10,1	14,9	5,3
Chaco aborígen-campesino	1989/93	77,5	6,2	15,7	0,6
	1994/98	75,8	9,2	13,8	1,2
	1999/03	66,5	22,0	8,6	3,0
Campesinado santiagués	1989/93	48,7	5,1	45,5	0,7
	1994/98	48,9	10,5	38,8	1,7
	1999/03	57,6	14,8	24,6	3,0

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Considerando el criterio de clasificación propuesto por la OMS (op cit.) se distingue en tal composición de causas de muertes la prevalencia de los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos como el principal grupo tanto en la Puna, selva y valles del NOA como en el Campesinado santiagués (figura 59). En el Chaco aborígen-campesino las patologías relacionadas al periodo perinatal concentran las mayores proporciones de defunciones infantiles. Ocupan proporciones importantes también en los tres núcleos las patologías respiratorias, infecciosas, congénitas y las causas externas y traumatismos.

No obstante estas similitudes, se hallan diferencias notorias en algunos grupos de causas de muerte entre los núcleos considerados. Entre estos merecen destacarse:

- Prevalencia de causas de muerte relacionadas a la desnutrición en el Chaco aborígen-campesino. Los valores hallados en este núcleo (7.3%) duplican el registrado por el campesinado santiagués y triplican los de la Puna, selva y valles del NOA. Dentro de este grupo ocupan las mayores proporciones la desnutrición proteicocalórica (77.9%) y el marasmo nutricional (17.4%)¹¹¹.
- Concentración de causas externas en la Puna, selva y valles del NOA. Se hallaron proporciones elevadas en comparación con el resto de los núcleos analizados, siendo estas cinco veces superior a las del Chaco aborígen-campesino y triplicando el registro del campesinado santiagués. Prevalen dentro de este grupo la obstrucción no especificada de la respiración (46.8%) y

¹¹¹ El marasmo es un tipo de malnutrición energética y proteínica severa acompañada de emaciación (flaqueza exagerada), caracterizada por una deficiencia calórica y energética.

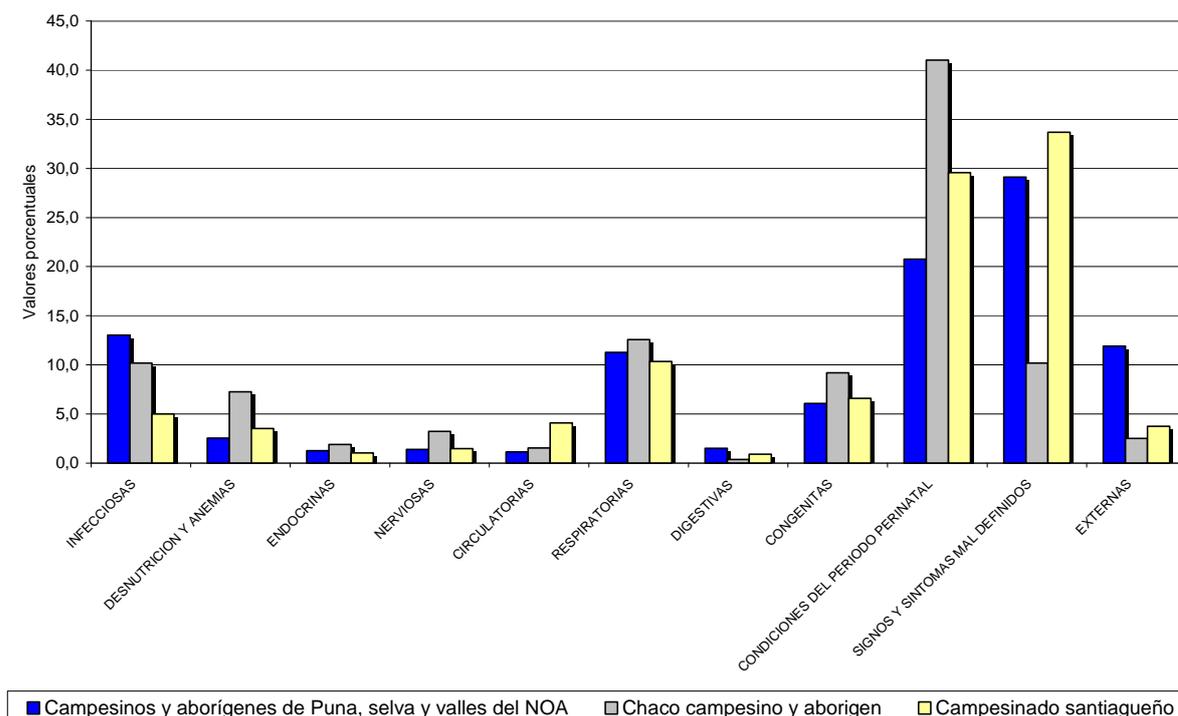
la inhalación e ingestión de alimentos que causan obstrucción de la vía respiratoria (24.5%)¹¹².

- Alta proporción de causas infecciosas en el Chaco aborígen-campesino y en la Puna, selva y valles del NOA. En este caso, ambos núcleos duplican los registros del campesinado santiagueño; no obstante, el subregistro y la mala calidad de la información en este último son una constante, prueba de ello es la presencia en este núcleo de la mayor proporción de signos y síntomas mal definidos (33.7%). Dentro de las causas infecciosas prevalecen en el Chaco aborígen-campesino la infección intestinal mal definida (33.6%), las septicemias (24.8%) y las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (23.7%); mientras en la Puna, selva y valles del NOA se destacan la infección intestinal mal definida (43.7%) y las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (35%).

¹¹² Ante las elevadas proporciones de muertes por estas causas se realizaron entrevistas a médicos, enfermeros y agentes sanitarios de la Puna, selva y los valles del NOA. La principal explicación que manifiestan se relaciona con la broncoaspiración, es decir el paso de líquidos o sólidos a través de las vías respiratorias, lo cual puede ocasionar asfixia o infección. En este sentido -argumentan los entrevistados- la entrada de leche materna a los pulmones del niño ante un descuido materno sería la responsable de la muerte. Por otro lado -desde una visión diferente- el ex Director del Hospital de Iruya expone: “...la funcionalidad del modelo médico explica la broncoaspiración y la responsabilidad de la familia en la muerte infantil. La estrategia de atención primaria de la salud implica que la medicina sea oferta de salud y no demanda de servicios. El agente sanitario debe ir al domicilio, cosa que no es lo habitual”, a esto agrega “[...]dicen los médicos: la madre tiene la culpa de ser sucia, de llegar tarde con la enfermedad del niño, de no atenderlo ni alimentarlo bien, etc. Este discurso es funcional con un modelo hegemónico, dominante y excluyente[...] la responsabilidad en estos casos es del modelo hegemónico imperante y no de la familia”.

Por otro lado, investigaciones llevadas a cabo por Sacchi (1997) en barrios marginales de la ciudad de Salta pusieron de manifiesto la existencia de la muerte infantil por broncoaspiración en esta ciudad, aunque en los valores relativos no adquiera proporciones significativas. En estos casos la muerte por broncoaspiración estuvo relacionada con distancias geográficas, temporales y culturales extremas, cuestión que caracteriza también a la sociedad puneña, donde el aislamiento y las distancias son mayúsculas. Dos de los casos de estudio de dicha autora evidenciaron una tardanza de varias horas desde el momento del diagnóstico del problema hasta la atención médica del niño, siendo en ambos casos el ingreso de vómito a los pulmones el responsable de la muerte. Asimismo un condicionante común en ambas defunciones que podría haber incidido en el desarrollo de la enfermedad lo constituye el “grado de integración social”, es decir la inserción dentro de las relaciones sociales del lugar, factor ausente en ambos casos. En ese sentido se manifiesta la autora: “La presencia de abuelos, hermanos o cuñadas viviendo en el barrio o por lo menos en la misma ciudad, favorece la ocasión de pedido de ayuda, sobretudo en el cuidado de los menores de edad. Son sobretudo los parientes quienes ejercen estos roles, pero también se da entre amigos o vecinos” (Sacchi, op cit., p: 95). Esta cuestión fue analizada en el modelo teórico presentado en el capítulo II, sin embargo, la información disponible no permite analizar el grado de interacción social en el universo del Norte Grande Argentino.

Figura 59. Núcleos duros de miseria. Tipología de muertes infantiles según grandes grupos de causas. 1989/2003.



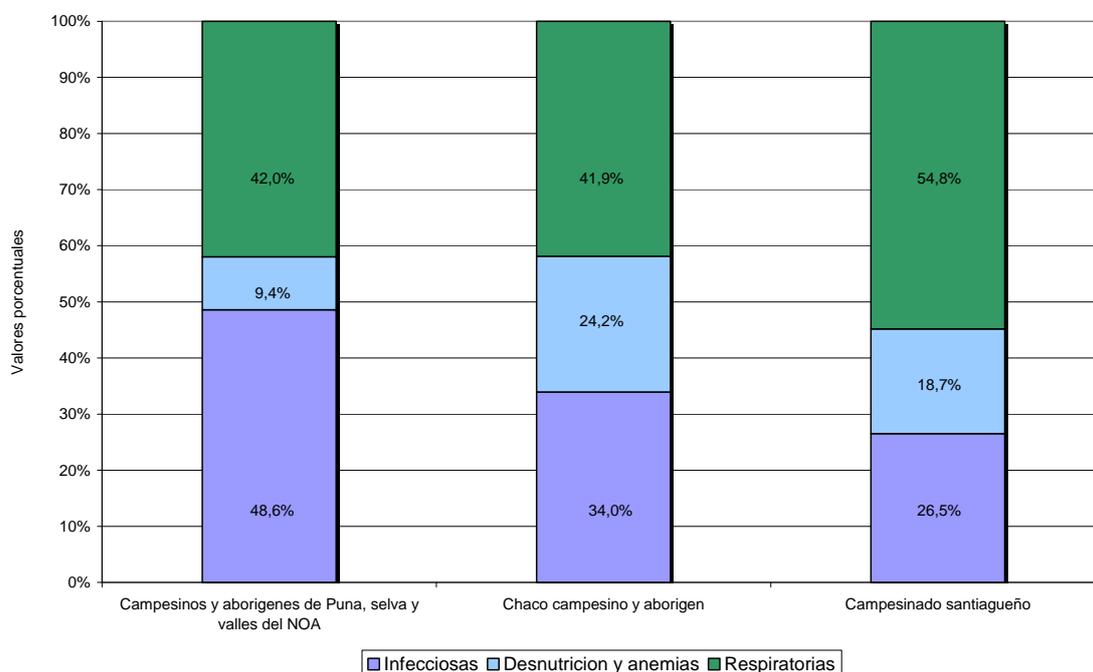
Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Centrando la atención en las *enfermedades de la pobreza* -categoría que incluye las causas de muerte infantil con mayor grado de vinculación a la pobreza¹¹³ se observa en la figura 60 que -si bien los tres grandes grupos de causas inciden en los tres núcleos de miseria- es destacable la preeminencia de patologías respiratorias en el campesinado santiaguense como también las enfermedades infecciosas en la Puna, selva y valles del NOA. En ambos casos la incidencia de estos grupos abarca aproximadamente el 50% de las defunciones. Asimismo, el Chaco aborígen-campesino presenta una estructura más homogénea en la distribución de las enfermedades de la pobreza, destacándose en este

¹¹³ Si bien en este estudio se considera el desenlace fatal que generan condiciones relacionadas con la pobreza, las consecuencias de estas condiciones en los niños sobrevivientes no son menores, generando un daño cerebral de magnitudes considerables (ver modelo teórico pobreza - mortalidad infantil del capítulo II). En este sentido plantea Colombo (2007: 108) “Durante las etapas iniciales del desarrollo, desde su concepción hasta aproximadamente los 2-3 años de vida ocurren fenómenos vinculados con el crecimiento de las poblaciones celulares y sus conexiones básicas. Ellas constituirán el sustrato inicial del cerebro adulto y el marco operativo del mismo, de sus habilidades, de su perfil emocional, de su comportamiento social. Por lo tanto las alteraciones producidas en ese tiempo -según sean su naturaleza, intensidad y duración- pueden llegar a ser de difícil recuperación. Durante ese periodo la malnutrición severa, las intoxicaciones, las carencias, las infecciones, el consumo materno de sustancias tóxicas legales o prohibidas, la falta de atención, etc., pueden constituir fuentes de alteraciones cerebrales focales o distribuidas cuyas consecuencias funcionales entrarán dentro de la variación o dispersión estadística poblacional, o de la nosología médica”.

núcleo los mayores registros de patologías relacionadas con la desnutrición, valor que alcanza al 24% de las enfermedades de la pobreza en este núcleo¹¹⁴.

Figura 60. Núcleos duros de miseria. Distribución proporcional de las enfermedades de la pobreza. 1989/2003.

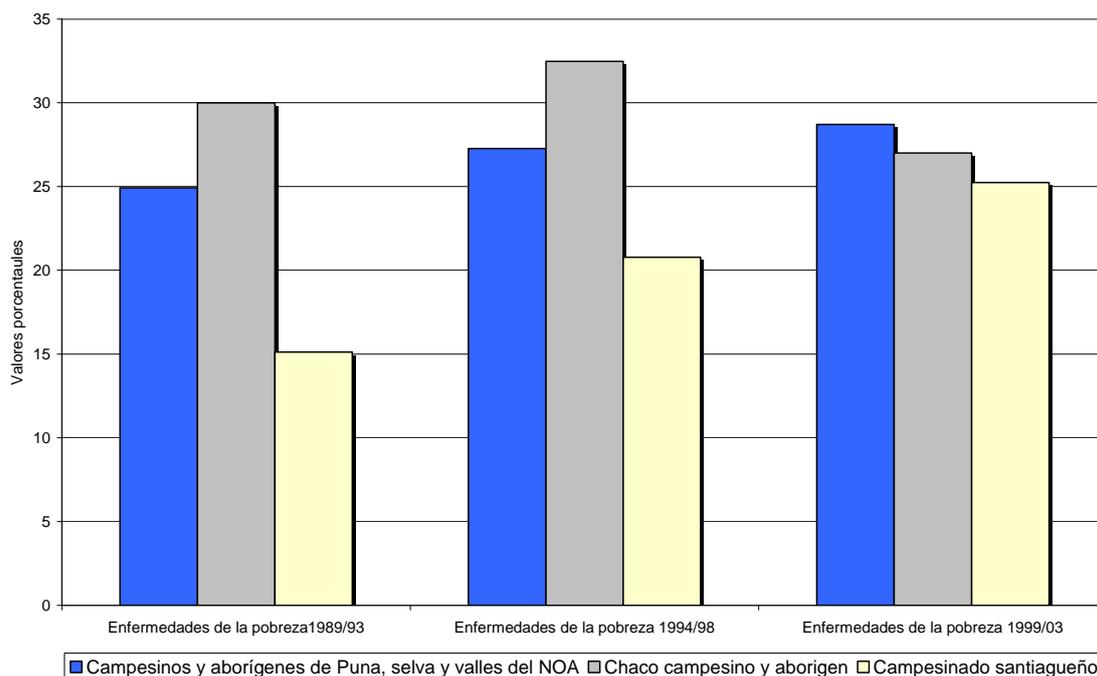


Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Del mismo modo se analizó la variación del grupo de enfermedades de la pobreza en los tres quinquenios enunciados (figura 61). Pudo observarse un crecimiento sostenido del conjunto de estas patologías en el campesinado santiaguero y en la Puna, selva y valles del NOA, siendo más importante en el primero que en el segundo; en tanto en el Chaco aborigen-campesino la tendencia ascendente se revirtió en el último quinquenio. Se destaca también en este último la mayor proporción de enfermedades de la pobreza en los tres quinquenios analizados, alcanzando un máximo del 32.5% en 1994/98.

¹¹⁴ Si bien en la Puna, selva y valles del NOA los registros de defunciones según causas de muerte identifican al 9.4% de los fallecidos por deficiencias relacionadas a la nutrición, una encuesta realizada por la Prelatura de Humahuaca en 1995 identificaba al 64% de los niños con algún tipo de desnutrición (La Gaceta, 13/04/1996). Esta magnitud en la diferencia de las cifras pone de manifiesto el problema de la mortalidad por desnutrición como también el de la morbilidad y las secuelas cerebrales que su presencia genera.

Figura 61. Núcleos duros de miseria. Evolución proporcional del conjunto de enfermedades de la pobreza. 1989/2003.

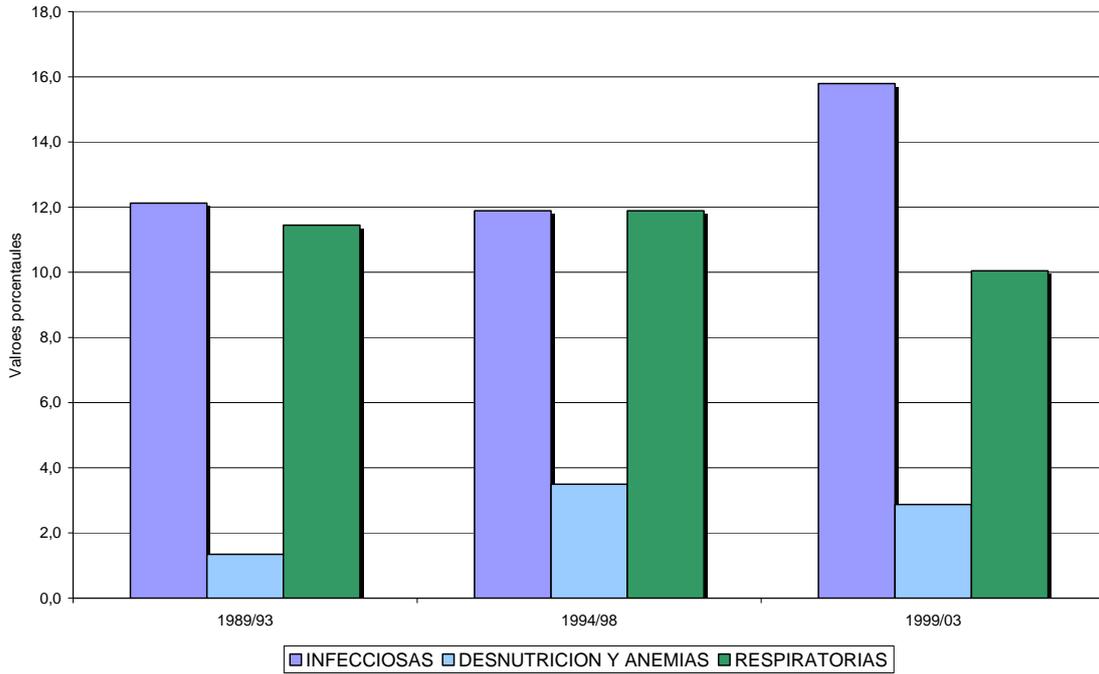


Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Las figuras 62, 63 y 64 expresan individualmente el comportamiento de cada grupo de causas del conjunto de enfermedades de la pobreza en cada uno de los núcleos definidos. En la Puna, selva y valles del NOA fue el grupo de patologías infecciosas el que tuvo un crecimiento importante, principalmente sobre el último quinquenio, ascenso que alcanzó el 4%. El grupo relacionado con las deficiencias en la nutrición duplicó su registro en 1994/98 estabilizándose luego en el orden del 3%. Finalmente las enfermedades respiratorias ocupan una proporción importante de las defunciones y, sin presentar grandes variaciones, representan entre el 10/12% de las muertes infantiles.

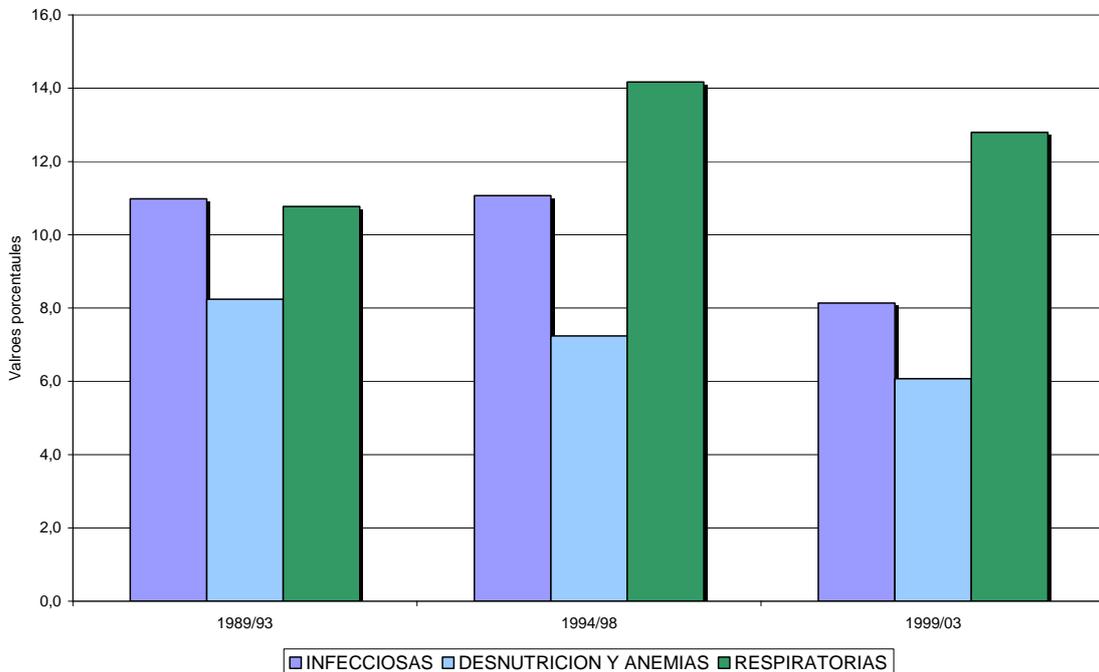
El Chaco aborígen-campesino exhibe una tendencia descendente en los grupos de patologías infecciosas y la desnutrición, no obstante la componente respiratoria marca un ascenso, notorio acaso en el quinquenio 1994/98, cuando superó el 14% del total de las defunciones infantiles. Finalmente, en el campesinado santiagués -el núcleo que mostrara un mayor crecimiento de las enfermedades de la pobreza- se destaca el crecimiento sostenido de las enfermedades infecciosas, cuyos registros finales triplican los iniciales; además mostraron un crecimiento las patologías respiratorias, principalmente a mediados de la década, mientras la desnutrición y anemias mantienen un proporción constante en el orden del 3.5%.

Figura 62. Campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA. Proporción de muertes infantiles por causas relacionadas a la pobreza respecto al total de defunciones infantiles. 1989/2003.



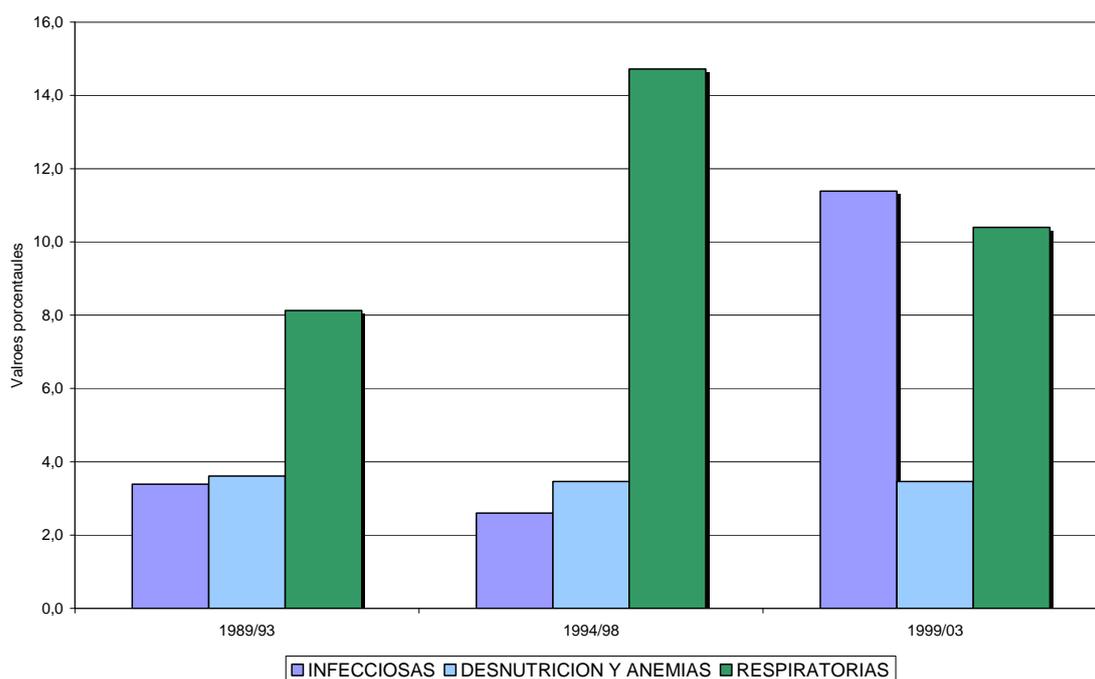
Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Figura 63. Chaco aborígen y campesino. Proporción de muertes infantiles por causas relacionadas a la pobreza respecto al total de defunciones infantiles. 1989/2003.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Figura 64. Campesinado santiagueño. Proporción de muertes infantiles por causas relacionadas a la pobreza respecto al total de defunciones infantiles. 1989/2003.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

C.1 La respuesta social organizada.

Los diferentes problemas de salud infantil hallados en estas áreas -puestos en evidencia a partir de distintas manifestaciones de la mortalidad infantil- mostraron también distintas respuestas sociales en cada núcleo. Tales respuestas adquieren una importancia radical, puesto que se refieren a la forma en que la política pública concibe tales problemas e identifica -al mismo tiempo- las propuestas de solución.

Se analizó la información referida a centros de atención, sus características y la disponibilidad de camas hospitalarias, extraído de la Guía de Establecimientos del año 2000¹¹⁵, la cual se estructuró a partir de un estudio basado en la información secundaria del Programa Nacional de Estadísticas de Salud y el relevamiento de datos de establecimientos oficiales a través de las Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud¹¹⁶. También la fuente censal permitió análisis de variables y comparaciones entre las proporciones halladas en los dos últimos censos. Se continuó el análisis anterior de

¹¹⁵ Disponible en www.deis.gov.ar/guia.htm. [14 de septiembre de 2007].

¹¹⁶ Se incluyeron en este trabajo todos los establecimientos asistenciales de los subsectores oficial, obras sociales y privado cuya actividad consista exclusivamente en el cuidado y la atención de la salud en cualquiera de sus modalidades: atención preventiva, internación, hospital de día, atención domiciliar programada, diagnóstico, tratamiento, medicina preventiva, emergencias y traslados, y cualquiera de las combinaciones entre las mismas. Es preciso aclarar que tal información posee, según el establecimiento, distintos grados de actualización, los cuales oscilan entre los años 1995 y 2000.

comparación diacrónica y sincrónica entre los núcleos de miseria y a ello se agregó el contraste con los registros del NGA¹¹⁷.

La cantidad de camas hospitalarias por cada 1000 habitantes es un indicador frecuentemente utilizado en estudios de salud pública. En los núcleos de miseria se distingue un total de 2 camas por cada 1000 habitantes en la Puna, selva y valles del NOA y en el campesinado santiagueño, 3 camas cada 1000 habitantes en el Chaco aborígen-campesino, y la misma relación alcanza a 4 en el caso del NGA. Si la comparación intenta ser más contrastada el caso de la Capital Federal -el área más desarrollada del país- es significativa, puesto que en esta área la tasa alcanza a 8 camas cada 1000 habitantes.

La medicina especializada no alcanza un desarrollo importante en los núcleos de miseria. Se encontró solo un centro médico privado especializado en pediatría en Castelli, ubicado en el Chaco aborígen-campesino. El resto de los centros médicos de este núcleo y del resto de los núcleos se incluye dentro de la categoría de medicina general. Estos indicadores dan cuenta del grado de desprotección el que se encuentra la población infantil en áreas donde prevalece la miseria.

Otros indicadores utilizados se refieren a la cantidad de recursos humanos en materia de salud residentes en las áreas de estudio en 2001¹¹⁸. En este caso la fuente de información es de origen censal, y puede observarse en la tabla 43 los resultados obtenidos. Presentan un perfil similar la Puna, selva y valles del NOA con el campesinado santiagueño, donde existe un promedio de entre 4 y 5 profesionales médicos cada 10000 habitantes, siendo duplicados estos registros por el Chaco aborígen-campesino.

Tabla 43. Núcleos duros de miseria. Profesionales de la medicina y auxiliares. 2001.

	Puna, selva y valles del NOA	Chaco aborígen-campesino	Campesinado santiagueño	NGA
Población 2001	44375	208924	140241	7536005
Profesionales médicos 2001	22	206	61	21958
Médicos y auxiliares cada 10.000 habitantes	5,0	9,9	4,3	29,1

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

¹¹⁷ Se realizaron análisis considerando las distintas respuestas sociales según las variaciones de la miseria. Sin embargo, el universo considerado caracterizado por mínimos hechos vitales y la calidad del registro de la información -principalmente en el núcleo santiagueño- mostró resultados ambiguos y difusos, por lo cual se decidió no incluirlos en el apartado dado el riesgo de cometer graves errores. No obstante, pudo advertirse un equipamiento mayor en las áreas de avance de la miseria, lo cual podría atenuar el efecto sobre la salud infantil de dichas condiciones socioeconómicas desventajosas.

¹¹⁸ Esta información solo fue relevada en el año 2001, de modo que no puede ser comparada con el censo anterior.

La cobertura ante la enfermedad fue analizada a través de la proporción de población menor a un año sin obra social respecto al total de menores a un año. Los resultados arrojaron proporciones elevadas en todos los casos de estudio. Asimismo operó un crecimiento de tal proporción en el orden del 9% entre 1991 y 2001, tanto en los núcleos de miseria como también en el NGA (tabla 44). Si bien no existen diferencias importantes entre los núcleos de miseria si existe un contraste pronunciado con el NGA, valor que alcanza alrededor del 18% en ambas fechas censales.

Tabla 44. Núcleos duros de miseria. Proporción de población menor a un año sin obra social. 1991 y 2001.

	Puna, selva y valles del NOA	Chaco aborígen-campesino	Campesinado santiagueño	NGA
1991	81,5	80,4	79,7	63,2
2001	90,4	89,0	88,7	72,2

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.

Elaboración propia.

Finalmente se relacionó la proporción de mujeres analfabetas en edades fértiles -19 a 35 años- con el total de mujeres en el mismo tramo de edad (tabla 45)¹¹⁹. Este indicador permite dar cuenta del riesgo de muerte infantil ante los menores niveles educativos alcanzados por la madre. Se observa un descenso significativo de las mujeres en esta condición en 2001, alcanzado la mayor merma en la Puna, selva y valles del NOA. No obstante tal descenso no fue suficiente para excluir a estos núcleos dentro de un contexto de extrema vulnerabilidad, dados los altos porcentajes que aun mantiene en el año 2001. Tales valores alcanzan los mayores registros en el Chaco aborígen-campesino, duplicando los registros de los núcleos restantes y quintuplicando los del NGA.

Tabla 45. Núcleos duros de miseria. Proporción de mujeres que no saben leer y escribir con edades comprendidas entre 19 y 35 años. 1991 y 2001.

	Puna, selva y valles del NOA	Chaco aborígen-campesino	Campesinado santiagueño	NGA
1991	17,7	18,6	8,6	6,2
2001	6,2	11,7	5,1	2,6

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.

Elaboración propia.

¹¹⁹ El límite etario fue definido sobre la base del criterio utilizado por el Programa Nacional de Estadísticas de salud.

3. Comentarios finales.

En este capítulo se profundizó el estudio territorial y epidemiológico en los denominados *núcleos duros de miseria del Norte Grande Argentino*. Tales núcleos se asocian con la preeminencia de población aborígen y campesina vinculados con los territorios de la Puna, selva y valles del NOA, el corazón campesino santiagueño y el sector noroccidental del Gran Chaco. Esta condición puso de manifiesto el carácter “residual” de ambos grupos sociales en la generación de la riqueza del NGA. Asimismo, la identificación de tales áreas y su posterior análisis del proceso de territorialización, definieron similitudes solo en la concentración de miseria, destacándose procesos, historias y sociedades desemejantes.

En dichos núcleos se detectaron sectores que mostraran avance, disminución o estabilidad en las variaciones de la miseria; analizándose en ellos algunos de los principales procesos territoriales ocurridos: cambios en las grandes masas de cultivo, estructura ganadera, explotaciones agropecuarias y procesos poblacionales.

Respecto al avance de la miseria se distinguieron dos sectores, ambos ubicados a oriente del campesinado santiagueño y del chaco campesino aborígen. En ambos operó un marcado proceso de sojización, asociado al desmonte en el caso santiagueño y al reemplazo del cultivo de algodón en el chaqueño. Asimismo crecieron las explotaciones de mayor tamaño y, en el caso santiagueño, hubo saldos migratorios positivos, asociados al crecimiento de la población urbana. Por el contrario, en el caso chaqueño, cobró significación la emigración de población y la desaparición de numerosas explotaciones asociadas a pequeños productores.

Es importante destacar en el núcleo chaqueño dos procesos diferenciados relacionados a la sojización. Este cultivo creció tanto en el sector de avance como de descenso de la miseria. En el primero la sojización operó en un contexto donde la economía campesina constituía un protagonista de la estructura agraria. Se observó que las explotaciones pequeñas disminuyeron sustancialmente, hubo saldos migratorios negativos y descenso de la población rural. Estas características nos permiten conjeturar sobre la desarticulación entre el proceso de sojización y el campesinado. Por otro lado en el sector de descenso de la miseria también operó un marcado proceso de sojización; no obstante, tal desarticulación no se observó puesto que la economía campesina no constituye un actor importante en tal sector. Puede observarse así un proceso similar en territorios diferentes dentro del mismo núcleo, generando los *residuos* mencionados a lo largo de la investigación -en este caso relacionados a la economía campesina-.

En el contexto general las áreas de descenso de la miseria presentaron situaciones también heterogéneas. En el caso santiaguense crecieron los cultivos de forrajeras, asociados a una creciente pecuarización -de ganado caprino fundamentalmente-, aumento de eap's pequeñas y expulsión de población. En el Chaco campesino-aborigen creció de manera significativa la superficie implantada, los principales cultivos fueron las oleaginosas, asociadas con el crecimiento de las eap's de mayor tamaño. Finalmente en el núcleo asociado a la Puna, selva y valles andinos fueron los departamentos mayormente asociados al ecosistema de la selva los que escaparon a la categoría "núcleo duro" en 2001.

Las áreas que manifestaran estabilidad en las variaciones de la miseria ocupan las mayores proporciones de la población de los núcleos duros. En los núcleos chaqueño y santiaguense las persistencias en la miseria se asocian con el descenso de los cultivos industriales, creciente pecuarización y aumento de las eap's de mayor tamaño. Por el contrario, en el núcleo de la Puna, selva y los valles del NOA se relaciona con un dominio ganadero -fundamentalmente ovino- y el notorio incremento de los extremos de la estructura agraria. Existe en el mismo un dominio de población rural y un marcado proceso emigratorio de la misma.

Esta persistencia y avance de la miseria no tuvo su correlato en la evolución de la tasa de mortalidad infantil, la cual continuó la tendencia descendente. No obstante, este indicador permitió diferenciar los contrastes y asimetrías existentes entre los tres núcleos de miseria. En este sentido merece destacarse la condición crítica de la Puna, selva y valles del NOA, manifiesta a través de tasas de mortalidad postneonatal por encima del 25 por mil durante la mayor parte del periodo de estudio, seguido por el Chaco aborigen-campesino, con tasas por encima del 15 por mil durante gran parte de la década. La calidad del registro de la información en la provincia de Santiago del Estero distorsionó los análisis y mostró tasas bajas y estables.

A su vez, el análisis del perfil epidemiológico permitió detectar el amplio vacío de las políticas sociales, evidenciadas en proporciones por encima del 70% de defunciones infantiles que podrían haberse evitado o reducido con el grado de avance de la medicina actual. En este sentido las políticas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno en el tramo neonatal orientadas al embarazo, parto y recién nacido -en el caso del campesinado santiaguense y el Chaco aborigen-campesino, y al momento del recién nacido fundamentalmente en la Puna, selva y valles del NOA -redundarían en la posibilidad de reducción de tales muertes. A su vez, en el tramo postneonatal la

prevención y el tratamiento constituyen en los tres núcleos de miseria la política principal a profundizar.

El estudio de las causas específicas de defunción reveló la importancia que adquieren las enfermedades infecciosas, respiratorias y la desnutrición -denominadas *enfermedades de la pobreza*- en los tres núcleos identificados. A su vez, las patologías respiratorias ocupan las mayores proporciones en el Chaco aborígen-campesino y en el campesinado santiagueño, mientras las infecciosas prevalecen en la Puna, selva y valles del NOA. Este grupo de causas de muerte mostró un crecimiento sostenido a lo largo de la década en la Puna, selva y valles del NOA y en el campesinado santiagueño, en tanto en el Chaco aborígen-campesino la tendencia ascendente se revirtió en el último quinquenio, no obstante las enfermedades de la pobreza registran la mayor proporción en este núcleo, con valores por encima del 30%. Merece destacarse la elevada proporción que registran las muertes por desnutrición en este último núcleo, alcanzando al 7% del total de las defunciones infantiles ocurridas. La condición de infraconsumo alimentario genera una vulnerabilidad en los niños ante cualquier patología, de las cuales la muerte por desnutrición es solo un indicio de la gravedad del problema. Asimismo, esta misma situación de riesgo y vulnerabilidad fue constatada mediante las tasas de mortalidad infantil según bajo peso al nacer y educación crítica de la madre, la cual exhibe los valores más elevados en este núcleo.

La importancia del conocimiento de la componente etiológica constituye un instrumento válido para la política social. Esta condición de vulnerabilidad no fue considerada por tales políticas, prueba de ello lo constituye el escaso capital humano y material instalado en el área. Si bien los tres núcleos poseen contrastes marcados en comparación al NGA, se destaca el Chaco aborígen-campesino por ser el que presenta una situación menos apremiante, puesta de manifiesto a través de la relación entre cantidad de camas hospitalarias disponibles, centros médicos especializados en pediatría y número médicos y auxiliares de enfermería, aunque ello no haya sido suficiente para atenuar la condición puesta de manifiesto en este núcleo. Prueba de ello lo constituye - como se mencionara- el elevado número de muertes infantiles por causas directamente relacionadas con la desnutrición. Asimismo, las proporción de menores sin obra social y de mujeres en edades fértiles analfabetas poseen registros elevados, poniendo de manifiesto el riesgo latente en el que se encuentran las sociedades residentes en estos territorios.

CAPÍTULO VI

CONSIDERACIONES FINALES

Quizás el año 2001 -asociado con una de las crisis socio-político-económica más importantes de la historia argentina- señale mejor las distancias existentes entre el Norte Grande y la Pampa Húmeda, dos territorios que ilustran una manifiesta heterogeneidad. Tal vez la extensión y magnitud que alcanza la pobreza entre los argentinos del Norte Grande indique una de las problemáticas sociales más relevantes en la actualidad. Esta condición aproxima este territorio a perfiles más similares a Latinoamérica que a la Pampa Húmeda.

El estudio de la pobreza -a pesar de los avances realizados- mantiene un carácter inasible, dado el manantial de subjetividades que yace en su interior. En este contexto, el problema de la distribución espacial del fenómeno como el de sus variaciones espaciales no ha ocupado un interés principal en las ciencias sociales. Ambas manifestaciones constituyen una interesante puerta de entrada al conocimiento del problema, ya que permite identificar no solo a los hogares pobres, sino también sus características y las sociedades involucradas con el universo detectado. Las preguntas ¿dónde están? y ¿quiénes son los pobres? encontrarían de esta manera respuestas. El análisis adquiere particular interés tratándose de la década del '90, periodo en el cual el modelo neoliberal fue aplicado en todas sus dimensiones en el país.

La información necesaria para estudiar la distribución espacial de la pobreza en el Norte Argentino solo se encuentra relevada por los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas, realizados cada diez años. Esta limitación temporal de la serie motivó la búsqueda de alternativas en un indicador socioeconómico de génesis continua. Se encontró así en la mortalidad infantil postneonatal un adecuado índice que se asemeja a la distribución espacial de la pobreza y, por lo tanto, permite el análisis de las variaciones de dicha distribución. La elaboración de un modelo teórico junto al cálculo de los coeficientes de correlación hizo posible la articulación entre los fenómenos de la pobreza y la mortalidad infantil; sin embargo su complejidad no se asocia completamente con la información registrada por las estadísticas vitales. Estas fuentes de información fueron proporcionadas por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, presentando diferente

calidad según la provincia considerada, destacándose Santiago del Estero como aquella jurisdicción de menor calidad de la información.

A pesar de las limitaciones señaladas, fue posible corroborar la conocida relación entre la pobreza y la mortalidad infantil. A partir de esto se realizó la cartografía intercensal de la pobreza. Preguntas fundamentales de la investigación referidas al ¿dónde? y al ¿cuánto? fueron respondidas a partir del análisis cartográfico.

Se definieron cinco trienios que van desde 1989 a 2003, se analizaron las variaciones departamentales en la distribución de la pobreza, las modificaciones en el perfil epidemiológico según dichas variaciones y, finalmente, se elaboró una propuesta de tipología según las variaciones observadas.

Una valiosa herramienta de medición de la pobreza fue el índice de privación material de los hogares (IPMH). Sin embargo, solo pudo ser utilizado -de acuerdo con las variables que lo componen- en el año 2001. Por esta razón, dados los objetivos y la propuesta de la investigación, fue necesaria la elaboración de un nuevo indicador de la pobreza que permita la comparación en ambos fechas. La tasa de miseria de los hogares (TMH) solucionó estos problemas, mostrando marcada asociación con el IPMH y siendo coherente y consistente en su formulación. La aplicación de la TMH identificó las áreas más críticas del territorio -denominadas *núcleos duros de miseria*- como así también sus variaciones espaciales en el transcurso de la década.

¿Cuáles serían los conocimientos logrados más importantes? Pues bien, los mismos podrían clasificarse en cuatro grandes líneas:

A. Las variaciones espaciales de la pobreza en el Norte Grande Argentino

La distribución espacial de la pobreza no presentó mayores modificaciones, la estabilidad fue el comportamiento dominante. No obstante, en el mencionado contexto, el trienio 1995/97 registró su mayor crecimiento espacial.

B. Los núcleos duros de la miseria regional.

Incluyen a los campesinos y aborígenes de Puna, selva y valles del NOA, el Chaco campesino - aborígen y el campesinado santiaguense. El predominio en los mismos de poblaciones aborígenes y campesinas estaría relacionado con los grandes residuos de la marcha del progreso en el NGA¹²⁰.

C. Procesos, territorios y sociedades diferentes en los núcleos duros

¹²⁰ Tal cual lo observara Tasso (2003) el capitalismo se articuló con la economía preexistente utilizando los elementos funcionales de la misma y desechando aquellos que no le servían.

Las similitudes entre los *núcleos duros* solo se manifiestan en la concentración de miseria. Los procesos territoriales, las sociedades que habitan dichos territorios y sus pautas culturales difieren sustancialmente. No considerar dichas diferencias en la formulación de políticas públicas continuará con la génesis de residuos.

D. Una derivación inevitable: análisis sobre los procesos territoriales de las áreas de miseria y de las características de la mortalidad infantil.

En cada núcleo fue posible identificar sectores de avance, retroceso y estabilidad de la miseria, analizándose en ellos algunos de los principales procesos territoriales ocurridos. Se puso mayor interés en los sectores de avance de la miseria, distinguiéndose dos procesos principales:

- a. En el campesinado santiagueño el avance de la miseria se asoció con el aumento del cultivo de soja y el desmonte;
- b. En el Chaco campesino - aborígen el aumento de la miseria estuvo vinculado con la sustitución de los cultivos de algodón por los de soja. No obstante la soja creció también en el sector de descenso de la miseria; la distinción en este caso no se halla solo en la “sojización” sino en la presencia de sociedades campesinas, constituyendo estas un actor importante en el sector de avance de la miseria. Esta condición afirma que la relación soja-campesinos derivaría en un aumento de la miseria.

Pudo observarse también que la miseria no es inocua, mata y enferma. Prueba de ello lo constituye el enorme potencial para la política pública de muertes infantiles que pueden evitarse/reducirse, especialmente aquellas vinculadas a la pobreza, de las cuales la muerte por desnutrición constituye una manifestación elocuente del problema. Los pronósticos no son alentadores, el problema mostró crecimiento durante la década y tiende a profundizarse. Asimismo la causa de muerte mostró un marcado subregistro o registro erróneo¹²¹, por lo cual solo se advierten los indicios de un problema aun mayor. Por otro lado, esta investigación solo consideró el desenlace fatal que genera la condición de miseria en la población infantil, soslayándose a todos aquellos niños que - aun sobreviviendo a determinadas condiciones- presentan secuelas irreversibles en su desarrollo físico-psíquico y social.

Una consecuencia de los conocimientos logrados: propuestas para una probable política social.

¹²¹ El registro del paro cardiorrespiratorio o la muerte súbita constituyen ejemplos de esta situación. En ambos casos la causa básica de la defunción es desconocida.

En un territorio caracterizado por la escasa respuesta social (recursos humanos y materiales), la persistente sobremortalidad infantil postneonatal, una tendencia al aumento de la brecha, y el aumento en la concentración de la miseria hacia 2001, se detecta el potencial de acciones para la política social. Se observó que las mismas han sido insuficientemente efectivas para atenuar la pobreza. Asimismo los pronósticos no son alentadores, se profundiza la fragmentación y los perfiles que diferencian las dos argentinas se vuelven más nítidos a fin de siglo.

Se sugiere la formulación de una política de Estado que reúna las siguientes características:

- 1) Estructurar las numerosas acciones aisladas o inconexas en un contexto general.
- 2) Confeccionar un plan global: dicho plan debe prever la existencia de por lo menos dos sociedades: la tradicional y la moderna, de lo contrario la receta liberal seguiría produciendo residuos.
- 3) Considerar una ingeniería social específica para los núcleos duros de miseria: su escasez/ausencia se manifiesta en la amplia proporción de enfermedades de la pobreza y causas de muerte infantil reducibles. La desnutrición es prueba de ello. Deben considerarse las particularidades de cada núcleo ya mencionadas.
- 4) Fortalecer programas de desarrollo de la infancia para una vida más plena de los niños. Mejorar la calidad de vida puede ser una parte crucial del desarrollo, ya que las inversiones durante la niñez pueden mejorar las capacidades futuras en formas muy distintas.
- 5) Profundizar el modelo de Atención Primaria de la Salud¹²²: No sirven las inversiones en equipamiento si no van acompañadas por inversiones en recursos humanos. En los mismos es fundamental que la medicina sea considerada como oferta de salud y no como demanda de servicios. Los ejes de dicho modelo son la promoción, prevención, tratamiento, y rehabilitación¹²³.

¹²² La Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata se realizó en Kazajistán, en 1978. Convocó a 134 países y 67 organizaciones internacionales y definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de "atención primaria de salud" como una estrategia para alcanzar la meta de Salud para Todos para el 2000.

¹²³ Según la Declaración de Alma Ata -disponible en http://www.ops.org.bo/alma_ata/declaracion.pdf [7 de octubre de 2009]- estos ejes incluyen las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondiente; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

Este modelo -articulado con la ingeniería social y la política de Estado- serían claves que actuarían de manera significativa en la disminución de la muertes en la infancia. El interrogante ¿por qué invertir en la infancia? bien podría ser respondido según los lineamientos de Amartya Sen: porque reducir la mortalidad evitable puede ser, en si mismo, una contribución importante al proceso del desarrollo, ya que la muerte prematura es una negación básica de la libertad más elemental de los seres humanos, la libertad de disfrutar y apreciar la vida.

CAPÍTULO VII

ANEXO ESTADÍSTICO.

Se presenta a continuación un anexo con la información sobre la Tasa de Miseria de los Hogares a nivel departamental en 1991 y 2001. Se agregan también las bases de mortalidad infantil postneonatal para los trienios 1989/91, 1992/94, 1995/97, 1998/00 y 2001/03.

Las tasas presentadas corresponden con la cartografía elaborada en el Capítulo IV.

Tabla 46. Norte Grande Argentino. División departamental. Tasa de miseria de los Hogares. 1991 y 2001.

PROVINCIA	NOMBRE DEL DEPARTAMENTO	TMH 1991	TMH 2001
CATAMARCA	Ambato	1,66	0,24
	Ancasti	8,17	2,05
	Andalgala	2,27	0,47
	Antofagasta de la Sierra	6,81	4,19
	Belén	8,60	2,05
	Capayan	3,38	0,58
	Capital	0,16	0,04
	El Alto	6,85	0,93
	Fray Mamerto Esquiú	0,42	0,13
	La Paz	3,49	1,02
	Paclín	1,30	0,23
	Poman	1,88	0,67
	Santa María	3,85	1,01
	Santa Rosa	4,08	0,92
	Tinogasta	4,10	0,90
	Valle Viejo	0,67	0,11
	Bella Vista	5,84	3,28
	Berón de Astrada	6,62	4,02
	Capital	0,88	0,14
	CORRIENTES	Concepción	12,65
Curuzu Cuatia		6,11	2,41
Empedrado		10,54	3,72
Esquina		8,69	4,56
General Alvear		3,13	1,61
General Paz		3,20	2,35
Goya		5,90	3,14
Itati		6,89	1,57
Ituzaingo		2,47	0,95
Lavalle		9,21	3,71
Mburucuya		4,69	2,11
Mercedes		5,46	2,04
Monte Caseros		1,96	0,50
Paso de los Libres		1,99	0,70
Saladas		6,69	2,64
San Cosme		4,24	0,94

CHACO	San Luís del Palmar	7,30	3,21
	San Martín	4,05	1,67
	San Miguel	6,84	2,81
	San Roque	9,97	4,59
	Santo Tomé	2,21	0,70
	Sauce	11,48	4,85
	Almirante Brown	15,09	6,45
	Bermejo	6,07	2,78
	Comandante Fernández	3,65	1,91
	Unificación Santa María de Oro - 2 de abril - 12 de octubre	6,17	3,00
	Chacabuco	3,37	2,20
	General Belgrano	11,11	5,78
	General Donovan	3,69	2,19
	General Güemes	15,06	10,58
	Independencia	10,90	5,54
	Libertad	3,34	1,71
	Libertador General San Martín	11,99	7,14
	Maipú	10,47	4,79
	Mayor Luís J. Fontana	3,34	2,66
	Nueve de Julio	5,70	3,71
	O'Higgins	9,72	3,93
	Presidente De la Plaza	6,58	4,54
	1° de Mayo	6,33	1,56
	Quitilipi	9,31	4,00
	San Fernando	1,15	0,46
	San Lorenzo	8,67	4,31
	Sgto. Cabral	13,46	5,16
Tapenaga	4,28	2,34	
25 de Mayo	9,55	5,62	
FORMOSA	Bermejo	27,99	15,23
	Formosa	1,85	0,74
	Laishi	9,02	3,85
	Matacos	15,01	6,61
	Patiño	10,09	5,80
	Pilagas	8,42	4,22
	Pilcomayo	4,48	2,29
	Pirane	7,71	3,44
	Ramón Lista	24,28	25,64
	Cochinoca	6,07	1,95
	El Carmen	3,20	0,84
	Dr. Manuel Belgrano	1,20	0,26
	Humahuaca	10,41	4,92
	Ledesma	2,37	0,50
	Palpala	1,51	0,48
	Rinconada	14,85	9,26
	JUJUY	San Antonio	10,06
San Pedro		3,63	0,83
Santa Bárbara		8,43	2,67
Santa Catalina		28,59	10,53
Susques		12,50	2,46
Tilcara		8,57	2,80
Tumbaya		15,36	3,97
Valle Grande		24,02	6,37
Yavi		9,26	2,04

MISIONES	Apóstoles	3,11	2,16
	Cainguas	1,21	0,55
	Candelaria	2,13	1,26
	Capital	1,15	0,33
	Concepción	4,95	2,52
	El Dorado	1,18	0,33
	General Manuel Belgrano	2,90	0,55
	Guaraní	2,30	0,82
	Iguazú	1,53	0,67
	Leandro N. Alem	2,61	1,35
	General San Martín	1,45	0,84
	Montecarlo	0,93	0,47
	Obera	1,71	0,89
	San Ignacio	2,05	1,39
	San Javier	2,40	1,53
	San Pedro	2,76	0,53
	25 de Mayo	1,03	0,33
	Anta	10,74	4,00
	Cachi	13,25	2,71
	SALTA	Cafayate	4,12
Capital		0,45	0,09
Cerrillos		1,92	0,37
Chicoana		2,32	0,93
General.Guemes		1,84	0,60
General José San Martín		10,81	3,06
Guachipas		13,31	1,41
Iruya		30,10	8,87
La Caldera		7,91	1,33
La Candelaria		4,29	1,38
La Poma		18,03	7,08
La Viña		5,92	2,05
Los Andes		10,39	5,09
Metan		4,20	1,80
Molinos		21,14	7,11
Oran		7,48	1,55
Rivadavia		35,96	17,81
Rosario de la Frontera		4,44	1,62
Rosario de Lerma		3,59	1,38
SANTIAGO DEL ESTERO		San Carlos	18,48
	Santa Victoria	48,05	14,81
	Aguirre	9,73	4,91
	Alberdi	12,32	7,07
	Atamisqui	16,64	6,52
	Avellaneda	16,52	9,07
	Banda	4,04	1,85
	Belgrano	2,72	0,50
	Capital	1,26	0,30
	Copo	13,70	5,98
	Choya	2,45	1,08
	Figueroa	30,70	16,05
	General Taboada	10,50	5,47
	Guasayan	6,26	2,54
	Jimenez	19,98	4,71
Juan F.Ibarra	13,10	8,66	

TUCUMAN

Loreto	10,41	4,13
Mitre	11,46	5,22
Moreno	11,67	8,11
Ojo de Agua	5,12	1,88
Pellegrini	11,96	6,35
Quebrachos	8,60	3,50
Río Hondo	7,99	2,66
Rivadavia	1,40	0,43
Robles	4,85	3,08
Salavina	18,28	9,29
San martín	15,35	6,84
Sarmiento	13,49	6,09
Silipica	8,34	4,60
Burruyacu	6,78	2,46
Cruz Alta	1,09	0,34
Chicligasta	1,57	0,55
Famailla	1,42	0,45
Graneros	6,95	2,13
Juan B.Alberdi	2,42	1,43
La Cocha	4,07	1,23
Leales	3,15	0,68
Lules	1,00	0,36
Monteros	0,91	0,22
Río Chico	1,96	0,50
Capital	0,36	0,10
Simoca	1,58	0,93
Tafi del Valle	7,24	0,82
Tafi Viejo	1,32	0,40
Trancas	6,82	1,87
Yerba Buena	0,48	0,07

Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.
Elaboración propia.

Tabla 47. Norte Grande Argentino. División departamental. Tasa de mortalidad infantil postneonatal 1989/2003.

PROV.	NOMBRE DEL DEPARTAMENTO	TRIENIO 1989/91	TRIENIO 1992/94	TRIENIO 1995/97	TRIENIO 1998/00	TRIENIO 2001/03	
CATAMARCA	Ambato	0,0	6,1	17,2	12,2	23,0	
	Ancasti	21,7	17,9	13,5	5,4	15,4	
	Andalgalá	5,2	11,6	7,2	10,1	4,9	
	Antofagasta de la Sierra	0,0	27,5	43,1	13,5	23,8	
	Belén	15,3	11,2	16,7	11,4	13,4	
	Capayán	15,4	7,6	3,9	3,0	1,3	
	Capital	10,1	7,0	7,5	4,6	4,5	
	El Alto	22,7	6,5	8,6	25,9	8,0	
	Fray Mamerto Esquiú	11,2	4,8	5,9	1,4	4,2	
	La Paz	11,7	11,1	8,5	5,0	4,4	
	Paclín	11,2	0,0	11,2	9,8	0,0	
	Pomán	0,0	10,3	13,2	7,3	4,1	
	Santa María	4,5	9,6	14,2	3,0	7,5	
	Santa Rosa	23,2	16,9	16,3	5,9	5,7	
	Tinogasta	14,2	13,6	18,5	10,6	10,7	
	Valle Viejo	5,3	6,5	3,9	7,0	1,8	
	Bella Vista	15,3	8,9	7,2	13,5	5,6	
	Berón de Astrada	21,9	30,9	28,7	8,3	9,2	
	CORRIENTES	Capital	11,2	8,0	8,5	4,4	4,8
		Concepción	22,8	16,8	15,5	11,6	11,4
Curuzú Cuatiá		16,7	9,0	11,7	6,3	6,9	
Empedrado		20,2	6,1	5,1	7,1	4,3	
Esquina		15,8	16,0	10,3	8,6	9,8	
General Alvear		13,4	14,4	5,2	6,6	6,2	
General Paz		7,3	7,5	11,4	9,2	8,0	
Goya		7,3	10,6	13,7	8,1	7,1	
Itatí		4,4	15,2	5,0	1,7	5,5	
Ituzaingó		16,5	6,5	8,3	6,8	5,6	
Lavalle		7,1	16,0	13,4	10,9	6,1	
Mburucuyá		18,3	12,4	11,7	10,9	8,9	
Mercedes		11,4	9,8	6,5	7,7	5,0	
Monte Caseros		2,7	8,2	4,8	2,3	6,3	
Paso de los Libres		23,1	14,7	12,9	8,4	6,4	
Saladas		17,2	8,6	11,7	14,5	5,3	
San Cosme		3,2	10,1	10,0	1,5	3,6	
San Luis del Palmar		10,4	9,2	6,4	8,3	3,7	
San Martín		4,9	7,4	8,2	11,6	4,0	
San Miguel		18,5	14,9	12,0	13,4	11,7	
San Roque	9,2	12,0	18,7	17,4	7,8		
Santo Tomé	17,1	14,3	9,3	11,7	5,1		
CHACO	Sauce	15,0	s/d	s/d	s/d	12,9	
	Almirante Brown	18,0	16,2	12,2	13,2	10,0	
	Bermejo	13,4	11,7	11,7	7,3	6,0	
	Comandante Fernández	14,7	15,8	14,4	13,3	6,9	
	Chacabuco	14,8	11,9	11,3	6,9	6,8	
	12 de octubre	12,6	19,6	16,7	11,6	5,3	
	2 de abril	s/d	5,3	9,1	5,6	0,0	

	Fray Justo Sta M.de oro	14,3	6,0	6,1	6,7	6,4
	General Belgrano	16,0	14,9	22,1	15,3	16,4
	General Donovan	9,4	12,7	5,5	6,9	3,0
	General Güemes	24,2	27,7	25,5	19,7	14,1
	Independencia	16,2	18,4	16,6	14,9	8,3
	Libertad	6,3	1,5	7,3	2,9	2,9
	Libertador General					
	San Martín	14,6	16,8	14,2	11,9	7,2
	Maipú	16,9	20,4	24,2	14,6	10,6
	Mayor Luis J. Fontana	19,1	12,6	10,1	8,7	9,8
	9 de Julio	10,1	10,3	20,1	7,0	4,8
	O'Higgins	20,8	14,9	15,2	15,2	9,3
	Presidente de la Plaza	18,1	11,5	9,2	3,4	6,4
	1° de Mayo	6,7	10,6	4,7	3,1	7,8
	Quitilipi	15,8	19,4	14,2	14,4	13,8
	San Fernando	9,5	8,4	6,7	6,6	5,2
	San Lorenzo	27,7	18,3	19,0	10,5	7,6
	Sargento Cabral	12,5	9,5	10,9	9,3	6,0
	Tapenagá	8,8	5,4	43,0	9,4	9,4
	25 de Mayo	19,5	22,7	19,7	17,5	9,8
	Bermejo	20,2	13,8	16,7	10,8	11,0
	Formosa	9,6	8,1	10,0	6,9	6,2
	Laishi	9,7	13,4	8,2	12,3	6,6
	Matacos	8,6	18,0	20,8	11,3	13,9
	Patiño	18,1	13,9	20,4	11,7	9,9
	Pilagás	15,5	10,6	8,6	8,9	8,2
	Pilcomayo	12,7	7,4	10,8	7,9	4,1
	Pirané	12,0	8,3	13,7	10,1	8,2
	Ramón Lista	17,9	20,1	18,6	16,1	12,4
	Cochinoca	57,2	40,6	36,0	41,1	18,3
	El Carmen	13,6	10,7	9,5	8,1	6,4
	Dr. Manuel Belgrano	11,7	8,4	7,3	5,8	4,0
	Humahuaca	22,9	21,9	14,7	27,6	19,2
	Ledesma	12,2	11,1	7,1	6,8	6,2
	Palpalá	10,0	6,6	7,1	7,5	4,9
	Rinconada	35,0	39,9	51,1	48,1	40,7
	San Antonio	23,1	32,7	9,0	9,4	5,2
	San Pedro	17,6	8,1	7,1	4,9	7,2
	Santa Bárbara	18,3	14,8	9,7	3,6	7,5
	Santa Catalina	50,0	67,8	29,3	38,6	25,8
	Susques	88,4	48,0	55,9	72,2	28,8
	Tilcara	18,2	10,7	20,2	11,4	9,3
	Tumbaya	20,7	21,9	7,8	24,6	9,9
	Valle Grande	53,7	51,7	33,1	49,5	35,7
	Yavi	30,0	30,5	26,5	17,6	9,4
	Apóstoles	12,6	15,8	10,3	7,1	5,2
	Cainguás	15,3	12,9	10,6	4,3	6,6
	Candelaria	11,3	12,8	5,5	7,2	5,5
	Capital	8,6	11,0	9,7	8,2	5,5
	Concepción	12,7	15,9	5,2	4,1	5,3
	Eldorado	8,2	8,8	9,4	5,4	7,2
	General Manuel					
	Belgrano	15,5	17,0	12,8	10,3	6,8
	Guaraní	15,0	14,9	13,4	10,4	6,1

SALTA	Iguazú	17,8	14,5	10,0	8,3	7,5
	Leandro N. Alem	10,3	9,8	6,5	5,9	4,7
	Libertador General					
	San Martín	9,5	9,7	6,3	4,1	8,3
	Montecarlo	9,9	9,6	6,4	9,3	4,8
	Oberá	8,6	10,6	10,8	7,3	5,9
	San Ignacio	11,2	13,5	8,8	7,9	7,8
	San Javier	11,5	13,0	6,0	5,7	6,0
	San Pedro	22,3	9,6	15,1	14,3	8,5
	25 de Mayo	11,7	10,6	9,4	6,2	6,0
	Anta	17,7	11,3	7,7	8,6	9,8
	Cachi	10,5	14,2	9,8	11,3	6,9
	Cafayate	16,8	11,8	8,2	4,5	3,9
	Capital	9,2	10,8	8,6	6,2	5,3
	Cerrillos	16,8	14,2	7,2	6,7	5,6
	Chicoana	13,4	14,4	4,6	5,9	9,8
	General Güemes	10,2	20,7	5,7	9,6	9,5
	General José de San					
	Martín	21,2	10,3	16,1	9,1	7,8
	Guachipas	0,0	26,8	0,0	13,7	18,5
	Iruya	9,3	25,3	25,2	21,5	5,7
	La Caldera	49,5	17,0	11,1	s/d	7,8
	La Candelaria	s/d	8,7	37,5	3,1	7,5
	La Poma	s/d	33,3	36,2	32,9	30,8
	La Viña	0,0	9,5	4,0	6,8	0,0
	Los Andes	29,5	27,3	28,2	21,6	33,7
	Metán	4,8	7,9	8,5	8,8	3,6
	Molinos	19,6	15,8	12,2	18,6	10,1
	Orán	25,1	21,9	16,8	10,7	9,2
	Rivadavia	15,8	21,2	14,5	10,8	6,7
	Rosario de la Frontera	6,3	11,6	7,2	7,5	5,5
	Rosario de Lerma	11,7	20,4	13,0	10,3	8,2
	San Carlos	33,7	12,2	15,8	14,2	9,2
	Santa Victoria	62,2	39,4	26,5	31,8	32,3
Aguirre	5,8	s/d	8,0	3,8	0,0	
Alberdi	17,6	s/d	14,1	7,4	2,0	
Atamisqui	5,9	s/d	1,9	4,0	13,5	
Avellaneda	20,4	s/d	7,2	12,7	1,8	
Banda	11,2	s/d	8,6	7,0	6,7	
Belgrano	18,0	s/d	11,8	13,9	6,0	
Capital	6,5	s/d	4,8	3,5	4,3	
Copo	11,9	s/d	11,3	9,0	6,1	
Choya	5,3	s/d	12,0	5,7	8,0	
Figueroa	9,3	s/d	5,1	9,7	8,5	
General Taboada	19,4	s/d	11,5	12,5	4,0	
Guasayán	11,9	s/d	11,7	17,4	8,6	
Jiménez	18,1	s/d	5,3	17,3	3,5	
Juan F. Ibarra	8,6	s/d	4,4	6,5	8,0	
Loreto	18,9	s/d	6,6	4,7	5,0	
Mitre	s/d	s/d	12,0	7,9	23,8	
Moreno	9,5	s/d	11,6	14,5	8,5	
Ojo de Agua	14,2	s/d	12,9	4,0	9,9	
Pellegrini	5,9	s/d	7,2	s/d	6,7	
Quebrachos	13,5	s/d	2,9	6,1	4,3	
Río Hondo	11,1	s/d	7,8	4,0	5,6	

TUCUMAN

Rivadavia	0,0	s/d	8,3	8,6	19,6
Robles	10,5	s/d	9,4	9,9	4,7
Salavina	12,7	s/d	6,6	10,4	13,9
San Martín	25,8	s/d	10,1	8,4	20,4
Sarmiento	22,0	s/d	18,7	14,1	17,2
Silípica	s/d	s/d	9,3	11,8	10,8
Burruyacú	8,5	10,5	9,2	6,6	6,7
Cruz Alta	13,1	6,0	7,1	5,8	5,7
Chicligasta	8,2	7,7	10,9	5,2	5,4
Famaillá	11,6	4,2	9,0	5,0	7,0
Graneros	9,8	9,1	16,4	7,1	6,6
Juan B. Alberdi	8,5	10,3	6,8	6,2	8,1
La Cocha	25,3	8,7	8,3	4,6	7,5
Leales	11,0	8,6	6,7	6,1	4,8
Lules	7,9	5,5	5,5	5,3	5,2
Monteros	10,0	7,5	8,6	6,4	6,0
Río Chico	14,1	9,0	9,8	6,0	6,7
Capital	6,5	5,0	5,1	4,3	4,6
Simoca	10,5	7,3	10,0	8,1	3,9
Tafí del Valle	17,7	11,7	19,2	9,6	12,4
Tafí Viejo	8,9	7,3	5,4	4,8	4,2
Trancas	13,7	5,9	8,8	8,8	9,3
Yerba Buena	7,3	6,5	5,6	5,6	4,3

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

CAPÍTULO VIII

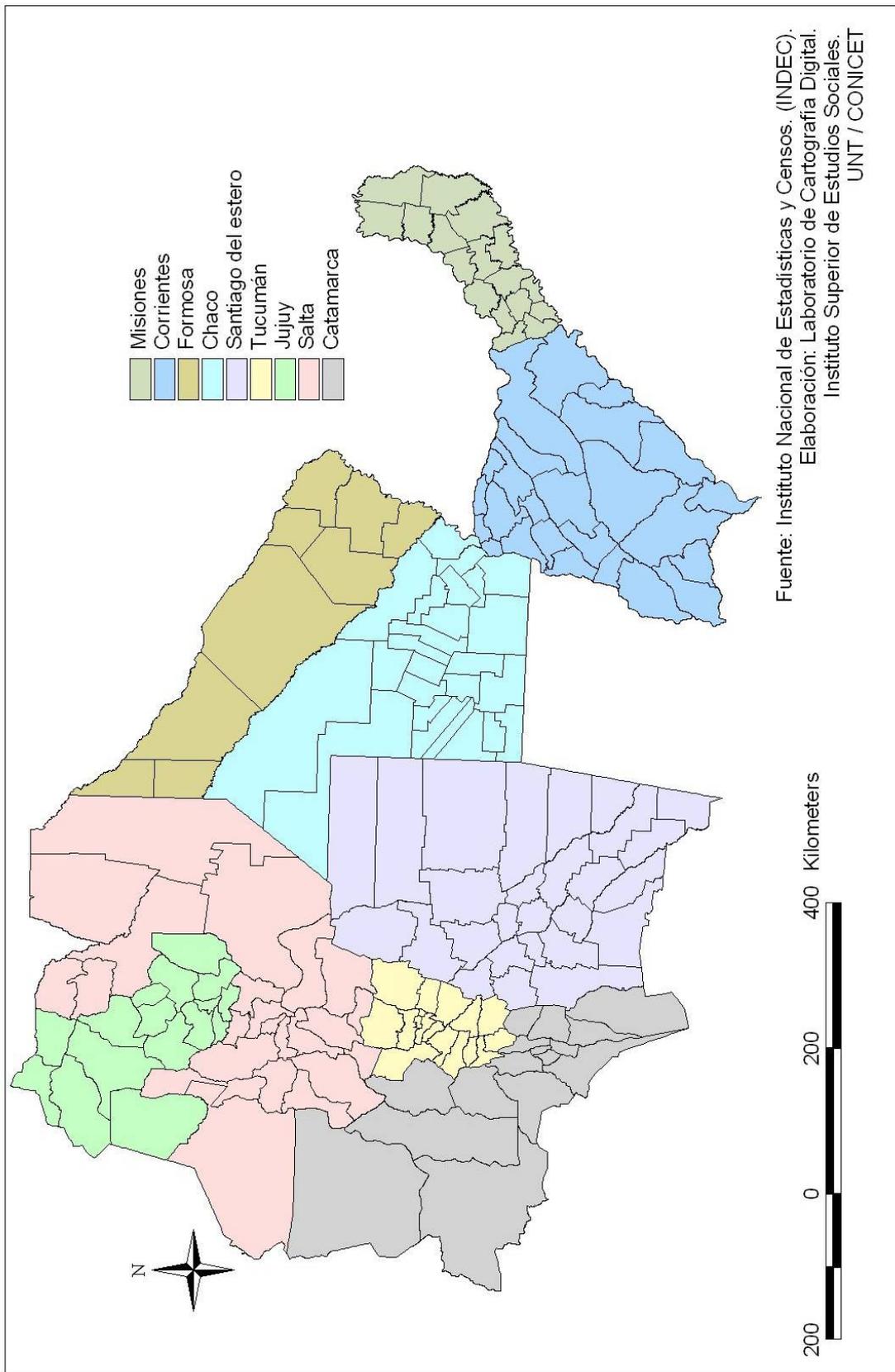
ANEXO C ARTOGRÁFICO.

En este anexo cartográfico se presentan cuatro mapas. Los dos primeros están relacionados con la división política del territorio del Norte Grande Argentino -nivel provincial y departamental-. Los restantes se relacionan con un objetivo añadido de la presente tesis.

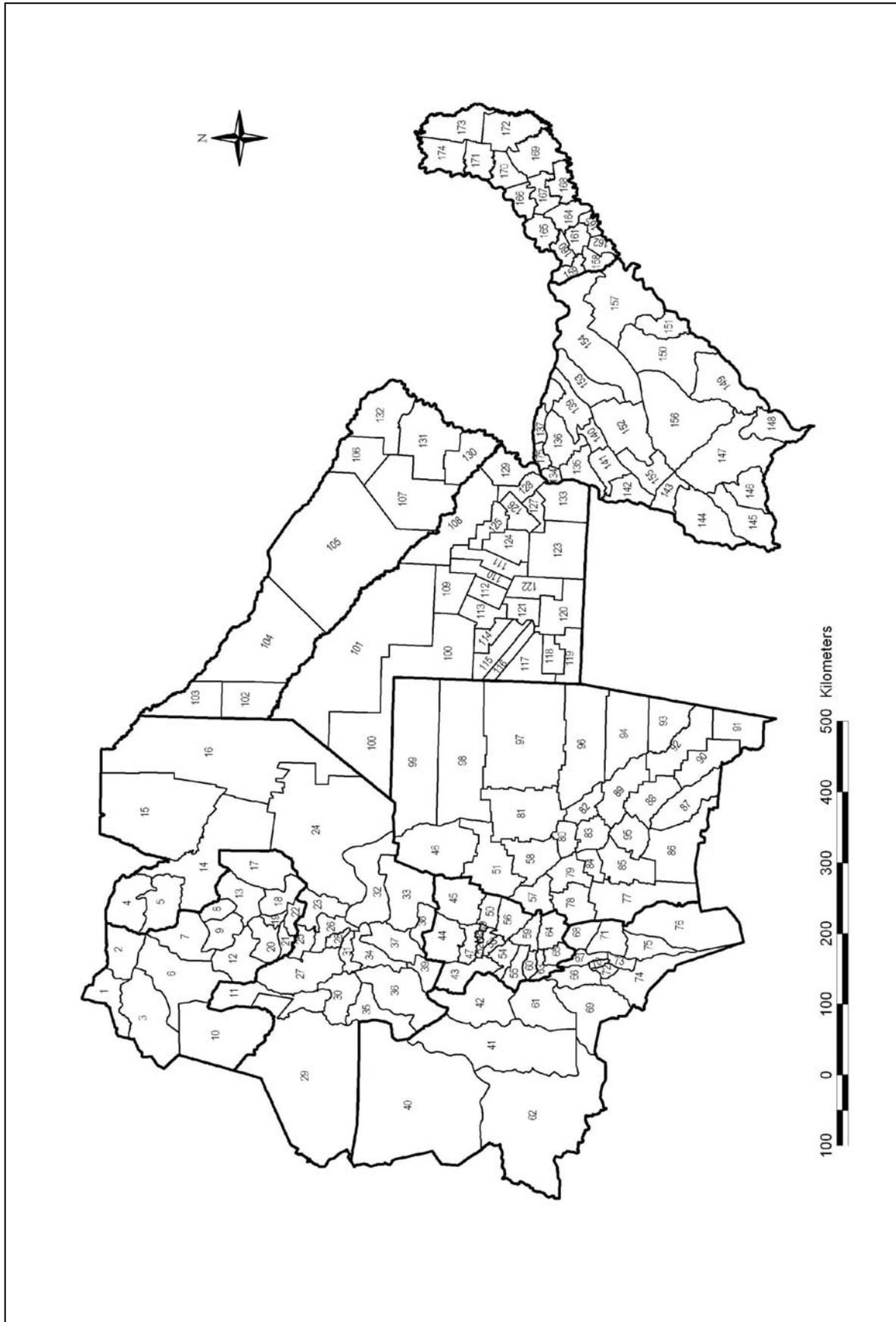
La investigación llevada a cabo en esta tesis tuvo como supuesto la validez de la mortalidad infantil como indicador de la distribución espacial de la pobreza. Por este motivo se planteó en el curso de la investigación la realización de mapas de pobreza - usando la tasa de mortalidad infantil postneonatal- en periodos en los cuales la pobreza no era relevada por el sistema estadístico nacional, y además escapaban al lapso de estudio propuesto.

Para la realización de dicha cartografía se usó como fuente de información al Programa POBLAR. Dicho programa fue el resultado de un proyecto más amplio sobre *Mortalidad infantil en la República Argentina. Análisis de sus determinantes y evaluación de las estrategias para su reducción*. Estuvieron involucrados con el mismo el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), la Secretaría de Planificación de la Nación, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud y Acción Social y el Centro de Estudios de Población (CENEP), además de diversos organismos provinciales. El periodo analizado es 1976/1981 y se realizaron dos mapas del Norte Grande Argentino. El primero de ellos presenta la distribución espacial de la tasa de mortalidad infantil postneonatal para el trienio 1979/78 y el segundo en 1979/81. El criterio estadístico de clasificación fue idéntico al utilizado anteriormente, es decir la definición de clases mediante el promedio y la desviación estándar.

Mapa 24. Norte Grande Argentino. División política provincial. 2001.



Mapa 25. Norte Grande Argentino. División política departamental. 2001.



REFERENCIAS

A) Orden Numérico.

1. Santa Catalina
2. Yavi
3. Rinconada
4. Santa Victoria
5. Iruya
6. Cochinoca
7. Humahuaca
8. Valle Grande
9. Tilcara
10. Susques
11. La Poma
12. Tumbaya
13. Ledesma
14. Orán
15. General San Martín
16. Rivadavia
17. Santa Bárbara
18. San Pedro
19. Palpalá
20. Dr. Manuel Belgrano
21. San Antonio
22. El Carmen
23. General Güemes
24. Anta
25. La Caldera
26. Capital
27. Rosario de Lerma
28. Cerrillos
29. Los Andes
30. Cachi
31. Chicoana
32. Metán
33. Rosario de la Frontera
34. La Viña
35. Molinos
36. San Carlos
37. Guachipas
38. La Candelaria
39. Cafayate
40. Antofagasta de la Sierra
41. Belén
42. Santa María
43. Tafí del Valle
44. Trancas
45. Burruyacu
46. Pellegrini
47. Tafí Viejo
48. Yerba Buena
49. Capital
50. Cruz Alta
51. Jiménez
52. Lules
53. Famaillá
54. Monteros
55. Chichigasta
56. Leales
57. Río Hondo
58. Banda
59. Simoca
60. Río Chico
61. Andalgalá
62. Tinogasta
63. Juan Bautista Alberdi
64. Graneros
65. La Cocha
66. Ambato
67. Paclín
68. Santa Rosa
69. Pomán
70. Fray Mamerto Esquiú
71. El Alto
72. Capital
73. Valle Viejo
74. Capayán
75. Ancasti
76. La Paz
77. Choya
78. Guasayán
79. Capital
80. Robles
81. Figueroa
82. Sarmiento
83. San Martín
84. Silipica
85. Loreto
86. Ojo de Agua
87. Quebrachos
88. Salavina
89. Avellaneda
90. Mitre
91. Rivadavia
92. Aguirre
93. Belgrano
94. General Taboada
95. Atamisqui
96. Juan Felipe Ibarra
97. Moreno
98. Alberdi

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 99. Copo | 138. Berón de Astrada |
| 100. Almirante Brown | 139. General Paz |
| 101. General Güemes | 140. Mburucuyá |
| 102. Matacos | 141. Saladas |
| 103. Ramón Lista | 142. Bella Vista |
| 104. Bermejo | 143. Lavalle |
| 105. Patiño | 144. Goya |
| 106. Pilagás | 145. Esquina |
| 107. Pirané | 146. Sauce |
| 108. Libertador General San Martín | 147. Curuzú Cuatiá |
| 109. Maipú | 148. Monte Caseros |
| 110. Quitilipi | 149. Paso de los Libres |
| 111. 25 de Mayo | 150. San Martín |
| 112. Comandante Fernández | 151. General Alvear |
| 113. Independencia | 152. Concepción |
| 114. General Belgrano | 153. San Miguel |
| 115. 9 de Julio | 154. Ituzaingó |
| 116. Chacabuco | 155. San Roque |
| 117. 12 de Octubre | 156. Mercedes |
| 118. 2 de Abril | 157. Santo Tomé |
| 119. Fray Justo Santa María de Oro | 158. Apóstoles |
| 120. Mayor Luis G. Fontana | 159. Capital |
| 121. O' Higgins | 160. Candelaria |
| 122. San Lorenzo | 161. Leandro N. Alem |
| 123. Tapenagá | 162. Concepción |
| 124. Presidencia de la Plaza | 163. San Javier |
| 125. Sargento Cabral | 164. Oberá |
| 126. General Donovan | 165. San Ignacio |
| 127. Libertad | 166. Libertador General San Martín |
| 128. 1º de Mayo | 167. Caingüas |
| 129. Bermejo | 168. 25 de Mayo |
| 130. Laishí | 169. Guaraní |
| 131. Formosa | 170. Montecarlo |
| 132. Pilcomayo | 171. El Dorado |
| 133. San Fernando | 172. San Pedro |
| 134. Capital | 173. General Manuel Belgrano |
| 135. Empedrado | 174. Iguazú |
| 136. San Luis del Palmar | 175. San Cosme |
| 137. Itatí | |

B) Orden alfabético.

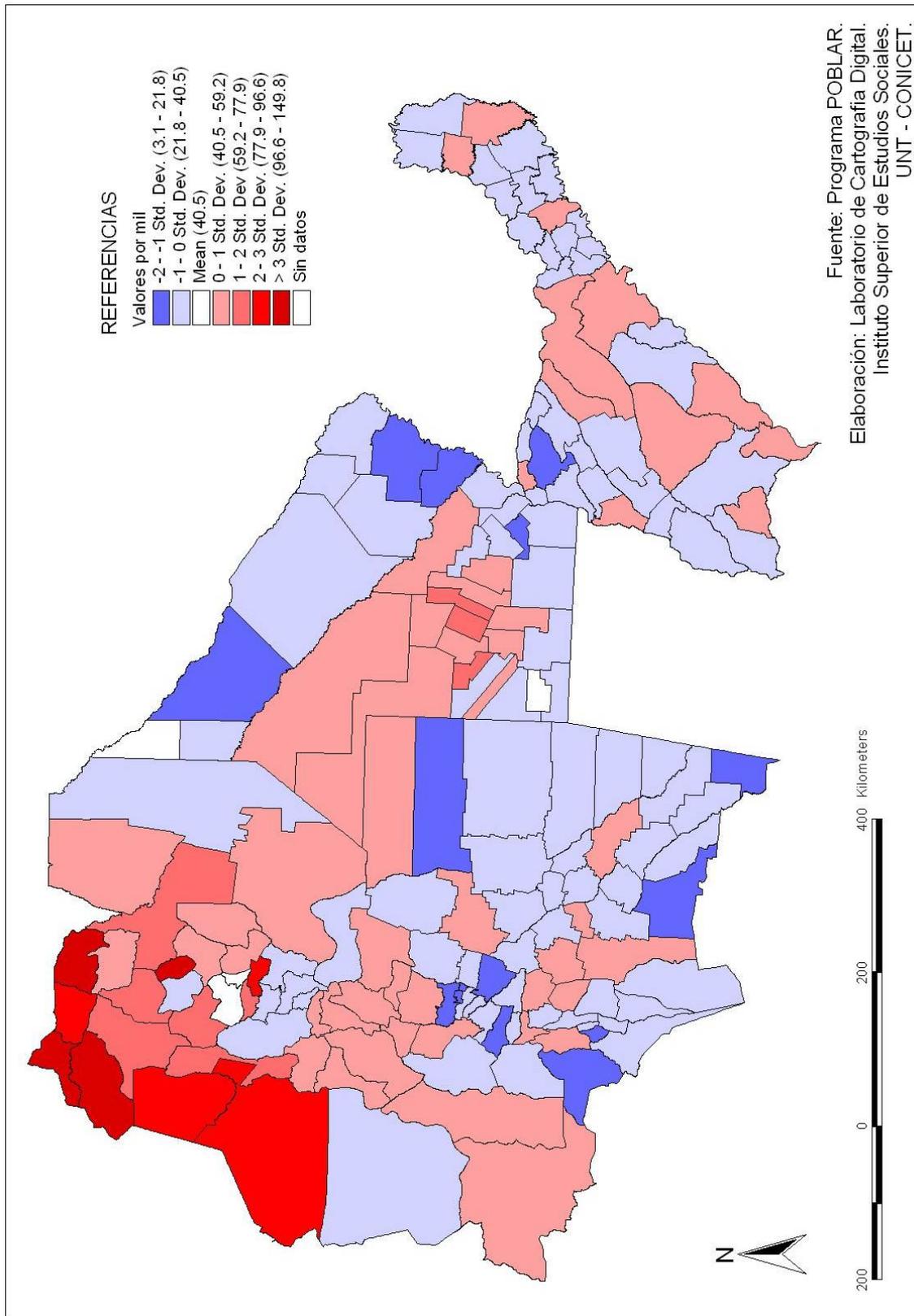
- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| Aguirre (92) | Belén (41) |
| Alberdi (98) | Belgrano (93) |
| Almirante Brown (100) | Bella Vista (142) |
| Ambato (66) | Bermejo (104) |
| Ancasti (75) | Bermejo (129) |
| Andalgalá (61) | Berón de Astrada (138) |
| Anta (24) | Burruyacu (45) |
| Antofagasta de la Sierra (40) | Cachi (30) |
| Apóstoles (158) | Cafayate (39) |
| Atamisqui (95) | Caingüas (167) |
| Avellaneda (89) | Candelaria (160) |
| Banda (58) | Capayán (74) |

Capital (134)
 Capital (159)
 Capital (26)
 Capital (49)
 Capital (72)
 Capital (79)
 Cerrillos (28)
 Cochinoca (6)
 Comandante Fernández (112)
 Concepción (152)
 Concepción (162)
 Copo (99)
 Cruz Alta (50)
 Curuzú Cuatiá (147)
 Chacabuco (116)
 Chicligasta (55)
 Chicoana (31)
 Choya (77)
 12 de Octubre (117)
 Dr. Manuel Belgrano (20)
 2 de Abril (118)
 El Alto (71)
 El Carmen (22)
 El Dorado (171)
 Empedrado (135)
 Esquina (145)
 Famaillá (53)
 Figueroa (81)
 Formosa (131)
 Fray Justo Santa María de Oro (119)
 Fray Mamerto Esquiú (70)
 General Alvear (151)
 General Belgrano (114)
 General Donovan (126)
 General Güemes (101)
 General Güemes (23)
 General Manuel Belgrano (173)
 General Paz (139)
 General San Martín (15)
 General Taboada (94)
 Goya (144)
 Graneros (64)
 Guachipas (37)
 Guaraní (169)
 Guasayán (78)
 Humahuaca (7)
 Iguazú (174)
 Independencia (113)
 Iratí (137)
 Iruya (5)
 Ituzaingó (154)
 Jiménez (51)
 Juan Bautista Alberdi (63)
 Juan Felipe Ibarra (96)
 La Caldera (25)
 La Candelaria (38)
 La Cocha (65)
 La Paz (76)
 La Poma (11)
 La Viña (34)
 Laishí (130)
 Lavalle (143)
 Leales (56)
 Leandro N. Alem (161)
 Ledesma (13)
 Libertad (127)
 Libertador General San Martín (108)
 Libertador General San Martín (166)
 Loreto (85)
 Los Andes (29)
 Lules (52)
 Maipú (109)
 Matacos (102)
 Mayor Luís G. Fontana (120)
 Mburucuyá (140)
 Mercedes (156)
 Metán (32)
 Mitre (90)
 Molinos (35)
 Monte Caseros (148)
 Montecarlo (170)
 Monteros (54)
 Moreno (97)
 9 de Julio (115)
 O' Higgins (121)
 Oberá (164)
 Ojo de Agua (86)
 Orán (14)
 Paclín (67)
 Palpalá (19)
 Paso de los Libres (149)
 Patiño (105)
 Pellegrini (46)
 Pilagás (106)
 Pilcomayo (132)
 Pirané (107)
 Pomán (69)
 Presidencia de la Plaza (124)
 1° de Mayo (128)
 Quebrachos (87)
 Quitilipi (110)
 Ramón Lista (103)
 Rinconada (3)
 Río Chico (60)
 Río Hondo (57)
 Rivadavia (16)
 Rivadavia (91)
 Robles (80)
 Rosario de la Frontera (33)
 Rosario de Lerma (27)
 Saladas (141)
 Salavina (88)
 San Antonio (21)
 San Carlos (36)
 San Cosme (175)
 San Fernando (133)
 San Ignacio (165)
 San Javier (163)
 San Lorenzo (122)
 San Luís del Palmar (136)

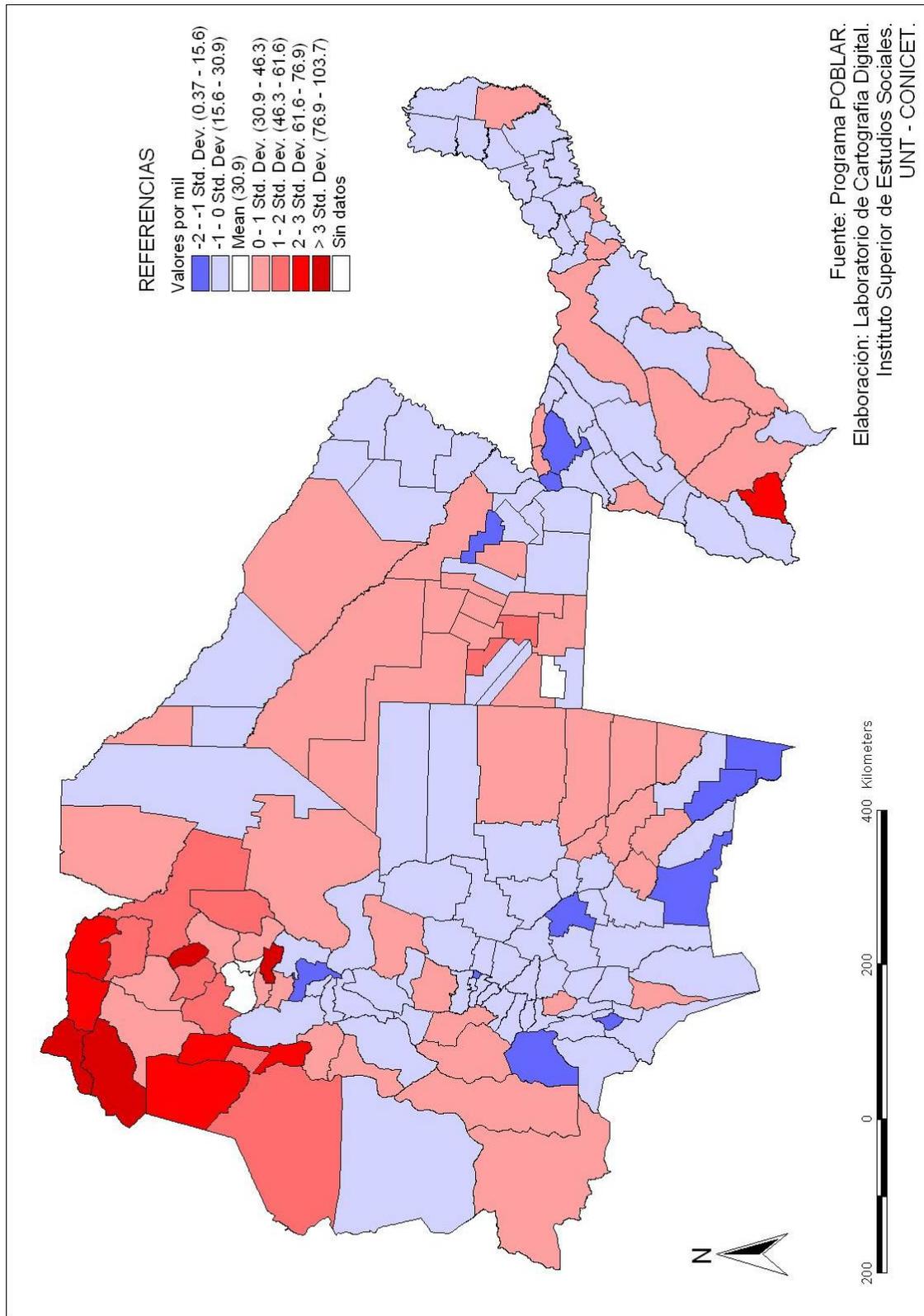
San Martín (150)
San Martín (83)
San Miguel (153)
San Pedro (172)
San Pedro (18)
San Roque (155)
Santa Bárbara (17)
Santa Catalina (1)
Santa María (42)
Santa Rosa (68)
Santa Victoria (4)
Santo Tomé (157)
Sargento Cabral (125)
Sarmiento (82)
Sauce (146)
Silipica (84)

Simoca (59)
Susques (10)
Tafí del Valle (43)
Tafí Viejo (47)
Tapenagá (123)
Tilcara (9)
Tinogasta (62)
Trancas (44)
Tumbaya (12)
Valle Grande (8)
Valle Viejo (73)
25 de Mayo (111)
25 de Mayo (168)
Yavi (2)
Yerba Buena (48)

Mapa 26. Norte Grande Argentino. Tasa de mortalidad infantil postneonatal. 1976/78.



Mapa 27. Norte Grande Argentino. Tasa de mortalidad infantil postneonatal. 1979/1981.



CAPÍTULO IX

BIBLIOGRAFÍA.

Allazraqui, M.; Mota, E. y Spinelli, H. (2005). *Sistemas de información en salud: proceso dialéctico DICCA*. Trabajo presentado en 9º congreso mundial de información en salud y bibliotecas, El Salvador.

Almeida-Filho, N. (1999). *Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

Altimir, Oscar (1979). La dimensión de la pobreza en América Latina. *Serie Cuadernos de la CEPAL*, N° 27, CEPAL. Santiago de Chile.

Altvater, E. (2007). Hambre, subdesarrollo y medio ambiente. Temas de Josué de Castro en tiempos de globalización. *Realidad Económica* N° 226, IADE, Buenos Aires, 79-100.

Álvarez, G. (2002). Capacidad económica de los hogares. Una aproximación censal a la insuficiencia de ingresos. *Notas de Población* N° 74, CEPAL, Santiago de Chile, 213-250.

Álvarez, G.; Gómez, A.; Lucarini, A. y Olmos F. (2005). *Métodos de medición de la pobreza en la ronda de los censos del 2000 en América Latina: viejos problemas y nuevas propuestas*. Trabajo presentando en XXV Conferencia Internacional de Población IUSSP, Tours.

Álvarez, M. (2000). *Factores de riesgo de la salud de los menores de un año. Argentina, 1980-1995*. Trabajo presentado en Anais do XII Encontro de Estudos Populacionais da ABEP, Caxámbú.

Armijo Rojas, R. (1978). *Epidemiología*. Buenos Aires: Intermédica.

Arriagada, I. (2005). Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género. *Revista de la CEPAL* N° 85, CEPAL, Santiago de Chile, 101-113.

Bauman, Z. (2005). *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*. Buenos Aires: Paidós.

Bisio, R.; Forni, F. (1976). Economía de enclave y satelización del mercado de trabajo rural. El caso de los trabajadores con empleo precario en un ingenio azucarero del noroeste argentino. *Desarrollo Económico*, vol. 16, N° 61, IDES, Buenos Aires, 3-56.

Behm Rosas, H. (1962). *Mortalidad infantil y nivel de vida*. Santiago de Chile: Editorial de la Universidad de Chile.

_____ (1992). *Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina*. Santiago de Chile: CELADE / NUFFIC.

Benedict, R. (1939). *El hombre y la cultura*. Buenos Aires: Sudamericana.

Bolsi, A. (1993). *Geografía de la población. Las estructuras demográficas*. Buenos Aires: CEYNE.

_____ (2004). *Pobreza y territorio en el Norte Grande Argentino*. Trabajo presentado en I Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población, Caxambú.

_____ (2007). *El mito de la opulencia argentina: territorio y pobreza en el Norte Grande Argentino*. Actas Latinoamericanas de Varsovia, Tomo 30, Varsovia, 189-206.

Bolsi, A. y Ortiz de D'Arterio J. (2001a). *Población y Azúcar en el Noroeste Argentino. Mortalidad infantil y transición demográfica durante el Siglo XX*. San Miguel de Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán.

_____ (2001b). *Mortalidad Infantil: un indicador de la pobreza en las áreas azucareras argentinas (Siglo XX)*. Trabajo presentado en 8° Encuentro de Geógrafos de América Latina, Santiago de Chile.

Bolsi, A. y Meichtry, N. (2006). Economía de mercado y sociedades tradicionales en la generación de la pobreza en el Norte Grande Argentino. *Estudios*, N° 19, Centro de Estudios Avanzados – Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 65-89.

Bolsi, A.; Paolasso, P. y Longhi, F. (2006). El Norte Grande Argentino entre el progreso y la pobreza. *Población y Sociedad* N° 12/13, Fundación Yocavil, San Miguel de Tucumán, 227-266.

Bolsi, A. y Paolasso, P. (2009). *Geografía de la pobreza en el Norte Grande Argentino*. San Miguel de Tucumán: PNDU / UNT.

Boltvinik, J. (1990). *Pobreza y necesidades básicas. Conceptos y métodos de medición*. Caracas: PNDU.

_____ (2007). Hacia una teoría de la pobreza campesina. *Papeles de Población* N° 54, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, 23-38.

Borón, A. (2000). *Tras el búho de Minerva. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo*. Buenos Aires: CLACSO / Fondo de Cultura Económica.

_____ (2004). *Estado, capitalismo y democracia en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.

- Bronfman, M. (2000). *Como se vive se muere. Familia. Redes sociales y muerte infantil*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bustelo, E. (1997). La producción del Estado de Malestar. Ajuste y política social en América Latina. En A. Minujín et al., *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos Aires: UNICEF / LOSADA.
- Calamante, A. (2007). Saneamiento básico, agua potable y salud pública. En J. Colombo (Ed.), *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós, 83-94.
- Calva, J. (1988). *Los campesinos y su devenir en las economías de mercado*. México: Siglo XXI Editores.
- Canevari, C. (1998). El parto de las mujeres campesinas. En R. Álvarez et al. *Sistemas campesinos en Santiago del Estero. Organizaciones y unidades de producción. Uso de tipologías en los procesos de reconversión*. Santiago del Estero: Barco edita, 157-188.
- Ceja Mena, C. (2004). La política social mexicana de cara a la pobreza. *Geocrítica. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Vol. III, Nº 176, Universidad de Barcelona. En <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-176.htm>.
- Centro Latinoamericano de Demografía (1986). *Paraguay: la mortalidad infantil según variables socioeconómicas y geográficas, 1955-1980*. Santiago de Chile: CELADE.
- CEPAL (2000). Oportunidades de bienestar en la infancia y adolescencia: avances en los años noventa y desafíos futuros. En *Panorama Social de América Latina*, CEPAL: Santiago de Chile, 149-187.
- Cervantes Carson, A. (1989). En busca de la explicación (variables socioeconómicas en el estudio de la mortalidad en la niñez). En R. Jiménez Ornelas, *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años (Primer Seminario de Demografía Formal)*. México DF: UNAM / Centro de Investigaciones Multidisciplinarias, 65-80.
- Chackiel, J. (1987). La investigación sobre causas de muerte en América Latina. *Notas de Población* Nº 44, CEPAL, Santiago de Chile, 9-30.
- Chackiel, J. y Plaut, R. (1994). América Latina: tendencias demográficas con énfasis en la mortalidad. *Notas de Población* Nº 60, CEPAL, Santiago de Chile, 11-45.
- Colombo, J. (2007). Acerca del desarrollo cerebral infantil: entre el daño y la optimización social. En J. Colombo (Ed.), *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós, 97-110.

- Córdoba, A.; Leal, G. y Martínez, C. (1989). El problema del diagnóstico médico en la investigación de la mortalidad por causa. En R. Jiménez Ornelas, *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años (Primer Seminario de Demografía Formal)*. México DF: UNAM / Centro de Investigaciones Multidisciplinarias, 39-46.
- De Castró, J. (1962). *Geopolítica del hambre. Ensayo sobre los problemas alimentarios y demográficos del mundo*. Oslo: Mathiensen – Eidsvold Vaerk.
- De Dios, R. (2006). *Expansión agrícola y desarrollo local en Santiago del Estero*. Trabajo presentado en VII Congreso Latinoamericano de Sociología Rural, Quito.
- Díaz, A. (2007). Estado nutricional y desarrollo de la infancia en situación de pobreza. Aportes para la discusión sobre posibles líneas de investigación. En J. Colombo (Ed.) *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós, 151-184.
- Díaz, Y. (2003). *¿Es necesario sacrificar equidad para alcanzar desarrollo? El caso de las inequidades en mortalidad infantil en Colombia*. Obtenido el 19 de marzo de 2008 desde www.economía.uniandes.edu.co/es/investigaciones_y_publicaciones/cede/documentos_cede/2003.htm
- Díaz Muñoz, A. (1995). *Limitaciones de las estadísticas vitales como fuente de información para el estudio de la mortalidad infantil*. Trabajo presentado en III Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Buenos Aires.
- Domínguez Domínguez, J. y Caravallo, M. (2006). Medición de la pobreza: una revisión de los principales indicadores. *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, Vol. 2, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, 27-66.
- Dubois, A. (2007). *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Obtenido el 5 de septiembre de 2007 desde www.dicc.hegoa.net/listar/mostrar/172.htm 1.
- Elizaga, J. (1979). *Dinámica y Economía de la Población*. Santiago de Chile: CELADE.
- Fantín, M. (2007). *Situación, necesidades y demandas de los servicios de salud en el Nordeste Argentino*. Trabajo presentado en IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Huerta Grande.
- Feliz, M. (2005). La reforma económica como instrumento de disciplinamiento social: la economía política de las políticas contra la pobreza y la desigualdad en Argentina en los '90. En S. Álvarez Leguizamón (Comp.). *Trabajo y producción de pobreza en*

Latinoamérica y el Caribe. Estructura, discurso y actores. Buenos Aires: CLACSO, 240-274.

Feres, J. y Mancero, X. (2001). *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*. Santiago de Chile: División de Estadística y proyecciones Económicas de la CEPAL.

Fernández Díaz, M.; García Ramos, J. Fuentes Vicente, A; y Asensio Muñoz, I. (1991). *Resoluciones de problemas de estadística aplicada a las ciencias sociales. (Guía práctica para profesores y alumnos)*. Madrid: Síntesis.

Ferullo, H. (2009). Sobre los conceptos de pobreza y subdesarrollo en el pensamiento económico moderno. La pobreza de la teoría económica tradicional. En A. Bolsi y P. Paolasso (Eds). *Geografía de la pobreza en el Norte Grande Argentino*. San Miguel de Tucumán: PNDU / UNT. 41-52.

Fogel, R. (2005). Soja transgénica y producción de pobreza: el caso de Paraguay. En S. Álvarez Leguizamón (Comp.). *Trabajo y producción de pobreza en Latinoamérica y el Caribe. Estructura, discurso y actores*. Buenos Aires: CLACSO, 404-434.

Forni, F. (2002). Caracterización dinámica de situaciones de pobreza en la Argentina. En R. Mourtagh (Coord.). *Pobreza urbana en la Argentina*. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de Buenos Aires - Instituto para la integración del saber. 1-23.

Gambina, J. (2001). Estabilización y reforma estructural en la Argentina (1989/1999). En E. Sader. *El ajuste estructural en América Latina. Costos sociales y alternativas*. Buenos Aires: CLACSO, 187-229

García Ferrando, M. (1985). *Socioestadística. Introducción a la estadística en sociología*. Madrid: Alianza Editorial.

García Molina, C. y Hernández Bringas, H. (1996). *Mortalidad, salud y discurso demográfico*. México DF: UNAM / Centro Regional de investigaciones multidisciplinares.

García Molina, C. (1996). Causas de muerte como indicadores indirectos de necesidades en salud. Una interpretación sociodemográfica. Los casos de la frontera Norte y de Morelos. 1980-1990. En C. García Molina y H. Hernández Bringas. *Mortalidad, salud y discurso demográfico*. México DF: UNAM / CRIM, 167-218.

Gasparini, L.; Marchionni, M. y SosaW. (2000). La distribución del ingreso en la Argentina. Evidencia, determinantes y políticas. Extraído el 14 de septiembre de 2006 de http://boiarov.com.ar/home/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=46

- Gershanik, A. (1997). Salud de los niños y empobrecimiento: su atención. En A. Minujín et al. *Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos Aires: UNICEF / LOSADA, 143-171.
- Gómez Redondo, R. (1992). *La mortalidad infantil española en el Siglo XX*. Madrid: Siglo XXI.
- Gómez, A.; Mario, S. y Olmos, F. (2003). *Índice de privación material de los hogares (IPMH). Desarrollo y aplicación con datos del Censo Nacional de población, Hogares y Vivienda 2001*. Trabajo presentado en VII Jornadas de la Asociación Argentina de Estudios de Población, Tafí del Valle.
- González, H. (1997). El sujeto de la pobreza: un problema de la teoría social. En A. Minujín et al. *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos Aires: UNICEF / LOSADA, 285-297.
- González Cervera, A. y Cárdenas Elizalde, R. (1992). *La medición de la mortalidad infantil. Los problemas y las alternativas*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Gordillo, G. (1995). Después de los ingenios: la mecanización de la zafra salto jujeña y sus efectos sobre los indígenas del Chaco centro-occidental. *Desarrollo Económico*, vol. 35, N° 137, IDES, Buenos Aires, 105-126.
- _____ (1999). Canales para un río indómito. Frontera, estado y utopías aborígenes en el noroeste de Formosa. En A. Grimson (Comp.). *Fronteras, naciones e identidades*. Buenos Aires: Picus - La Crujía, 232-255.
- Gudynas, E. (2005). Geografías fragmentadas: sitios globalizados, áreas relegadas. *Revista del Sur* N° 160, Instituto del Tercer Mundo, Montevideo, 3-13.
- Gudynas, E. y Villalba Medero, C. (2006). Crecimiento económico y desarrollo: una persistente confusión. *Revista del Sur* N° 165, Instituto del Tercer Mundo, Montevideo, 3-12.
- Guzmán, J. y Orellana, H. (1987). Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en algunos países de América Latina. *Notas de Población* N° 44, CELADE, Santiago de Chile, 31-56.
- Hernández Bringas, H. (1996). El estudio de la mortalidad infantil en contextos de crisis socioeconómica: discusión reciente sobre sus determinantes. En C. García Molina y H. Hernández Bringas. *Mortalidad, salud y discurso demográfico*. México DF: UNAM / CRIM, 127-166.

- _____ (2001). *La mortalidad infantil en México durante los años de crisis*. México DF: UNAM / CRIM.
- Hernández, C. y Verón, A. (2008). *Los cambios del uso del suelo en el Norte Grande Argentino: una agricultura de contrastes*. Trabajo presentado en X Coloquio Internacional de Neocrítica, Barcelona.
- Herrera, J. (2002). *Pobreza y desigualdad en el área andina. Elementos para un nuevo paradigma*. Tome 31, N° 3, Lima: Institut français d'études andines - Institut de recherche pour le développement.
- Hombres, R. y Soto, C. (1999). Determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil en países en desarrollo: un estudio de corte transversal. En M. Cárdenas y N. Lustig (Comp.). *Pobreza y desigualdad en América Latina*. Bogotá: Tercer Mundo Editores. 187-210.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (1984). *La pobreza en la Argentina*. Buenos Aires: Serie Estudios INDEC N° 1.
- Jaspers – Faijer, D. y Orellana, H. (1994). Evaluación del uso de estadísticas vitales para estudios de causas de muerte en América Latina. En *Notas de Población* N° 60, CELADE, Santiago de Chile, 47-77.
- Kaztman, R. (1996). Virtudes y limitaciones de los mapas censales de carencias críticas. *Revista de la CEPAL*, N° 58, CEPAL, Santiago de Chile, 23-32.
- Kossa, J. y Zola, I. (1976). *Poverty and Health, a sociological analysis*. Boston: Harvard University Press.
- Lesevic, B. y Bardales, C. (1989). Pobreza urbana y sobrevivencia. En A. Lattes, M. Farren y J. McDonald. *Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO / IDRC, 227-246.
- Livi-Bacci, M. (1990). La relación entre nutrición y mortalidad en el pasado: un comentario. En R. Rotberg y T. Rabb (Comp.). *El hambre en la historia. El impacto de los cambios en la producción de alimentos y los modelos de consumo sobre la sociedad*. Madrid: Siglo XXI Editores, 103-109.
- _____ (1993). *Introducción a la Demografía*. Barcelona: Ariel.
- Llorens, J. (2002). Etnicidad y censos: los conceptos básicos y sus aplicaciones. En J. Herrera (Comp). *Pobreza y desigualdad en el área andina. Elementos para un nuevo paradigma*. Tome 31, N° 3, Lima: Institut français d'études andines - Institut de recherche pour le développement, 655-680.

- Loriaux, M. y D. Remy (1980). La mortalité des enfants et les indicateurs socio-économiques de développement : une vision mondiale. En P. Boulanger y D. Tabutin. *La Mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire*. Liege : Ed. Ordina.
- Madariaga, H. (2003). *Propuesta de índice de pobreza y su aplicación empleando Sistemas de Información Geográfica*. Trabajo presentado en VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Tafí del Valle.
- Madariaga, H.; Ortiz de D'Arterio J. y Longhi F. (2004). *Características de la pobreza en los hogares del Norte Grande argentino. Su relación con la mortalidad infantil*. Trabajo presentado en I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Caxambú.
- Madariaga, M. (1997). *La expansión agrícola en el occidente chaqueño*. Tesis de doctorado. Mimeo. Universidad Nacional de Tucumán.
- Manzanal, M. (1990). El campesinado en la Argentina. Reflexiones para la formulación de políticas. En *Estudios Rurales Latinoamericanos*, Vol. 13, Nº 3. Bogotá: 239-315.
- Maslow, Abraham. (1970) [1954]. *Motivation and perosnality*. New York: Harper.
- Marconi, E.; Guebel, C. y Fernández, M. (2007). Estadísticas vitales. En S. Torrado (Comp.) *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del Siglo XX*. Buenos Aires: Edhasa, 287-308.
- McKeown, T. (1988). *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Editorial Crítica.
- McQuestion, M. (1994). Los comportamientos de salud correlacionados y la transición de la mortalidad en América Latina. En *Notas de Población* Nº 72, CEPAL, Santiago de Chile, 189-228.
- Meichtry, N.; Paolasso, P.; Mignone, M.; Ortiz, J.; Fantín A., Bolsi, A. (2003). *Pobreza en el Norte Grande Argentino. Consideraciones teóricas y propuesta metodológica*. Trabajo presenta en el 51º Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile.
- Menéndez, E. (1989). Mortalidad en México. A preguntas simples, solo respuestas obvias?. En R. Jiménez Ornelas. *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años*. México DF: UNAM / CRIM, 19-38.
- Ministerio de Salud y Acción Social. (1998). *Los determinantes de la mortalidad infantil en Argentina. Principales causas de muerte*. Buenos Aires: MSAL. Serie 8 Nº 18. Argentina.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2006). *Definiciones y conceptos en estadísticas vitales*. Extraído el 12 de diciembre de 2007 de <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>.

Minujín, A. (1997). En la rodada. En A. Minujín et al. *Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos Aires: UNICEF / LOSADA.

Minujín, A. y Kessler, G. (1995). *La Nueva Pobreza en Argentina*. Buenos Aires: Grupo Editorial Planeta.

Miranda Luizaga, J. y del Carpio Natcheff, V. (2004). Hacia una visión multicultural de la calidad de vida desde los Andes, la Amazonia y el Chaco. En GTZ / Goethe Institut / PIEB (Comp.) *Memorias del foro ¿adónde vamos?. Progreso en diferentes culturas*. La Paz: Agencia Alemana de Cooperación Técnica.

Mosley W. y Chen, L. (1984). An analytical framework for the study of child survival in developing countries. En *Population and development review*. Vol. 10 suppl., Seattle: University of Washington, 25-45.

Moreno, M. (1995). *La pobreza: una medición en busca de su contenido conceptual*. Trabajo presentado en III Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Santa Rosa.

Mujica, L. y Mesa, G. (2006). La enfermedad de chagas. Características generales de una enfermedad endémica de la pobreza. *Investigaciones y Ensayos Geográficos. Revista de Geografía*. Año 5, N° 5. Formosa, Editorial de la Universidad Nacional de Formosa, 27-40.

Müller, M. (1984). Mortalidad Infantil y Desigualdades Sociales en Misiones. *Cuadernos del CENEP*, N° 25-26, Centro de Estudios de Población (CENEP). Buenos Aires.

Naciones Unidas. (1961). *Definición y medición internacional del nivel de vida*. Nueva York: Naciones Unidas.

Neffa, J. (2005). Pobreza y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe. En S. Leguizamón (Comp.). *Trabajo y producción de pobreza en Latinoamérica y el Caribe. Estructura, discurso y actores*. Buenos Aires: CLACSO, 193-208.

Nun, J. (1969). Superpoblación relativa, ejército industrial de reserva y masa marginal. *Revista Latinoamericana de Sociología*, Vol. 5, N° 2. Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella, 178-236.

_____ (2001). *Marginalidad y exclusión social*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- O'Donnell, A. y Porto, A. (2007). Las carencias alimentarias en el país. Su impacto sobre el desarrollo infantil. En J. Colombo (Ed.). *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós, 141-155.
- Organización Mundial de la Salud. (1989). *Urbanización y sus repercusiones en la salud infantil*. Madrid: OMS / NU.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10º revisión*. Washington DC: OPS.
- Ortiz de D'Arterio J. y Caillou, M. (1997). La mortalidad en el primer año de vida: análisis histórico de un problema para Tucumán en el Siglo XX. En A. Bolsi (Dir.) *Problemas Poblacionales del Noroeste Argentino*. San Miguel de Tucumán: UNT-Junta de Andalucía, 73-86.
- Paolasso, P. Krapovickas, J. y Gasparri, I. (2008). *Deforestation, agricultural expansion and demographic dynamics in the Argentine semi-arid Chaco during the nineties*. Inédito.
- Pari Rodríguez, A. (2004). Progreso desde una visión quechua. En GTZ / Goethe Institut / PIEB (Comp.) *Memorias del foro ¿adónde vamos?. Progreso en diferentes culturas*. La Paz: Agencia Alemana de Cooperación Técnica.
- Patzi, Félix. (2004). Progreso occidental versus historia cíclica o ayllu. En GTZ / Goethe Institut / PIEB (Comp.) *Memorias del foro ¿adónde vamos?. Progreso en diferentes culturas*. La Paz: Agencia Alemana de Cooperación Técnica.
- Paz, R. (1997). Pobreza rural, campesino y medio ambiente. Su análisis en un contexto globalizado. *Realidad Económica*, N° 152, IADE, Buenos Aires, 74-95.
- Popper, K. (1957). *La sociedad abierta y sus enemigos*. Buenos Aires: Paidós.
- Ramírez, M. (1995). Incidencia de factores ambientales en la mortalidad infantil. Provincia de Chaco – 1991. *Revista Geográfica* N° 122. México DF: Instituto Panamericano de Geografía e Historia, 169-178.
- Repetto, F. (2000). Gestión pública, actores e institucionalidad. Las políticas frente a la pobreza en los noventa. *Desarrollo Económico* Vol 39, N° 156. Buenos Aires: IDES, 597-618.
- Rapoport, M. (2004). Notas para una comparación entre la crisis argentina actual, la de 1890 y la de 1930. En R. Boyer y J. Neffa (Coord.). *La economía argentina y su crisis (1976-2001): visiones institucionalistas y regulacionistas*. Buenos Aires: Miño y Dávila, 31-38.

- Reyes Romano, J. (1996). Presentación de metodologías aplicadas en países. La experiencia peruana en la construcción del mapa de NBI. En CELADE (Comp.) *Seminario sobre información sobre población y pobreza para programas sociales* N° 115, CELADE. Lima.
- Rodríguez Marquina, P. (1899). *La mortalidad infantil en Tucumán*. San Miguel de Tucumán: Talleres de la provincia.
- Rodríguez Vignoli, J. (2007). América Latina y el Caribe. Pobreza y población: enfoques, conceptos y vínculos con las políticas públicas. *Notas de Población* N° 83, CEPAL, Santiago de Chile, 11-40.
- Romero, D. y Landman Szwarcwald, C. (1994). Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta. En S. Rutstein (Comp.). *Infant and child mortality levels, trends and demographic differentials*. WFS Comparative Studies, N° 24.
- Romero González, J. y Pérez Esparcia, J. (1992). *Pobreza y desigualdad en los países en desarrollo*. Madrid: Síntesis.
- Rotberg, R. y Rabb, T. (1990). *El hambre en la historia. El impacto de los cambios en la producción de alimentos y los modelos de consumo sobre la sociedad*. Madrid: Siglo XXI.
- Sacchi, M. (1997). *Mortalidad infantil. Un nombre, un rostro, una familia*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Salama, P. y Valier, J. (1996). *Neoliberalismo, pobreza y desigualdades en el tercer mundo*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Sauer, C. (1941). Foreword to historical geography. *Annals of the Association of American Geographers*. Vol. 31. University of California, California, 1-24.
- Schkolnik, S. (1998). *Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud*. Trabajo presentado en la Reunión Conjunta de la Asociación Internacional de Estadísticos especializados en Encuestas y la Asociación Internacional de Estadísticas Oficiales sobre estadísticas para el desarrollo económico y social, Aguascalientes.
- Sen, A. (1978). *Poverty and famines. An essay on entitlement and deprivation*. Oxford: OIT / Clarendon Press, Oxford.
- _____ (1992). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial.
- _____ (1997). *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona: Editorial Paidós.
- _____ (2000). *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires: Editorial Planeta.

- Spinelli, H.; Alarzaqui, M.; Calvelo, L. y Arakaki, J. (2000). *Mortalidad infantil, un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos Aires en 1998*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Tasso, A. (1998). Reproducción secular de la pobreza rural. Dimensiones sociohistóricas de un caso de exclusión estructural. En R. Álvarez et al. *Sistemas campesinos en Santiago del Estero. Organizaciones y unidades de producción. Uso de tipologías en los procesos de reconversión*. Santiago del Estero: Barco edita, 135-156.
- _____ (2003). *Un ciclo de desarrollo agrario capitalista en una provincia tradicional argentina*. Tesis de doctorado. Mimeo. Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- Taucher, E. (1979). *Mortalidad infantil en Chile: tendencias, diferenciales y causas*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía.
- _____ (1989). Fecundidad y mortalidad infantil. En En A. Lattes, M. Farren y J. McDonald. *Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO / IDRC, 249-265.
- Tigre, C. (1993). Epidemiología, condiciones de vida y salud. En J. Lemus (Coord.). *Epidemiología y atención de la salud en Argentina*. Buenos Aires: Publicación N° 35 OPS.
- Tissot, S.; Poupeau, F. (2005). *La spattialisation des problèmes sociaux*. Actes de la recherche en sciences sociales N° 159. Paris: Éditions du Seuil.
- Tobar, F. (2002). Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas. *Boletín Fármacos* N° 5 (4) Buenos Aires, 35-45.
- Tola, F. (2006). Después de muerto hay que disfrutar, en la tierra o en el mundo celestial. Concepciones de la muerte entre los Tobas (Qom) del Chaco Argentino. *Alteridades*, Vol. 16, N° 32. México DF, Universidad Autónoma Metropolitana, 153-164.
- Torrado, S. (1986). *Salud – enfermedad en el primer año de vida. Rosario (1981-1982)*. Buenos Aires: Centro de Estudios Urbanos y Regionales.
- Torres Secchi, A. (2007). Pobreza, pueblos originarios y desarrollo infantil. Tierras altas del Noroeste Argentino. En J. Colombo (Ed.). *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós, 115-134.
- Trifiró, C. (2001). *Condiciones de vida y mortalidad infantil en los departamentos de la provincia de Mendoza*. Trabajo presentado en VI Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Buenos Aires.

UNICEF (2007). *Estado mundial de la infancia 2008. Supervivencia infantil*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Vega, A; Torcida, S. y Velázquez, G. (2006). Análisis de la evolución de la tasa de mortalidad infantil en los departamentos de Argentina. 1994-2003. *Revista Salud Colectiva* 2 (3), Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, 235-245.

Velázquez, G. (1997). *¿Por qué algunos viven más que otros? Desigualdades geosociales de la mortalidad. El caso del partido Tandil (Buenos Aires)*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires.

_____ (2001). *Geografía, calidad de vida y fragmentación en la Argentina de los noventa. Análisis regional y departamental utilizando SIG's*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires.

Vilas C. (1997). De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo. *Desarrollo Económico*, Vol. 36, N° 144, IDES, Buenos Aires, 931-952.

Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 2, N° 5/6, OPS, Washington DC, 316-326.

Weeks, J. (1981). *Sociología de la Población*. Salamanca: Alianza Universidad.

Yampara, S. (2004)¿Desarrollo/progreso o suma qamaña de los ayllus andinos? En GTZ / Goethe Institut / PIEB (Comp.) *Memorias del foro ¿adónde vamos?. Progreso en diferentes culturas*. La Paz: Agencia Alemana de Cooperación Técnica.