

Mortalidad infantil y perfil epidemiológico en los "núcleos duros" de pobreza del Norte Grande Argentino (1992-2005).

Fernando Longhi.

Cita:

Fernando Longhi (2007). *Mortalidad infantil y perfil epidemiológico en los "núcleos duros" de pobreza del Norte Grande Argentino (1992-2005)*. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ixjornadasaepa/8>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eqfA/Aqq>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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

Mortalidad infantil y perfil epidemiológico en los “núcleos duros” de pobreza del Norte Grande Argentino (1992-2005).

Fernando Longhi.

Instituto Superior de Estudios Sociales (ISES) - CONICET.

fernandolonghi@webmail.filo.unt.edu.ar

“Desde los albores de la modernidad, cada generación sucesiva ha dejado sus naufragos abandonados en el vacío social: las ‘víctimas colaterales’ del progreso”

Zygmunt Bauman (2005), p. 28.

Resumen

Definidos los núcleos duros de pobreza del territorio del Norte Grande Argentino, esta investigación supone la existencia de diferenciales respecto a las conductas de salud infantil de tales grupos. Se infiere además que tales diferencias no solo son visibles al comparar estos núcleos con el resto del territorio, sino que además, existirían contrastes al estudiar comparativamente niveles de mortalidad infantil y perfil epidemiológico entre los seis núcleos duros de pobreza.

Por este motivo, este trabajo analizó el nivel y el comportamiento de la mortalidad infantil y el perfil epidemiológico comparativamente en estas áreas críticas durante la década de 1990 y extendió su análisis hasta el año 2005. Asimismo, pretendió comprobar el grado de cumplimiento respecto a las Metas del Milenio, y analizó el equipamiento sanitario en número y calidad en estas áreas de pobreza extrema.

Con este análisis pudo observarse la estrecha relación existente entre la pobreza y la mortalidad infantil, puesta en evidencia a través de las denominadas “enfermedades de la pobreza”, donde las afecciones intestinales, las enfermedades infecciosas y respiratorias adquieren el mayor protagonismo.

Asimismo, se observó también las fuertes asimetrías existentes entre los distintos núcleos duros. En este sentido, la Puna jujeña se convirtió así en el área más pobre y con perfiles de salud infantil más debilitados. Pudo observarse la necesidad, sobretodo en este último núcleo, de instrumentar enfoques cualitativos (de sesgo cultural) en el análisis de los procesos condicionantes de la salud, enfermedad y muerte en esta área de extrema pobreza.

1. Introducción.

Este trabajo intenta aproximarse al estudio de la mortalidad y el perfil epidemiológico infantil en las áreas más pobres del territorio del Norte Grande Argentino (NGA)¹. Tales áreas han sido definidas mediante la aplicación en el año 2001 del Índice de Privación Material de los Hogares –IPMH- generado por el equipo técnico del INDEC².

En las últimas décadas, diferentes estudios realizados para América Latina han demostrado que la pobreza no es un fenómeno homogéneo; en este sentido teniendo en cuenta la intensidad de la pobreza medida por el IPMH, se han agrupado a los departamentos del NGA en cuatro conjuntos según sus niveles de pobreza, donde los niveles más críticos conforman los denominados núcleos duros de pobreza.

Estos núcleos duros son el Chaco algodonero, el viejo corazón aborigen del Gran Chaco, los esteros y campesinos correntinos, la Puna jujeña, la meseta indígena de Misiones y el campesinado santiaguense. Estos núcleos se extienden por 37 departamentos del territorio, involucrando una superficie de 200.100 Km² (el 26% de la superficie regional) y engloban el 9.2 % de la población (184.528 personas de acuerdo al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001).

Teniendo en cuenta las disparidades socioeconómicas de los distintos grupos poblacionales del territorio, esta investigación reconoce además la existencia de diferenciales en las conductas de salud infantil de tales grupos. Sin embargo, se infiere que tales diferencias en cuanto a los comportamientos de salud, no solo son visibles al comparar estos núcleos duros con el resto del territorio³, sino que además, existirían contrastes al estudiar la mortalidad infantil y el perfil epidemiológico entre los seis núcleos duros de pobreza.

En este contexto, este trabajo tuvo como objetivo analizar el nivel y el comportamiento de la mortalidad infantil y el perfil epidemiológico comparativamente en estas áreas críticas durante la década de 1990 y extender su análisis hasta el año 2005. De esta manera se pretendió aportar al conocimiento de los problemas de salud infantil en las áreas más pobres del NGA, produciendo información útil para la reorientación de las prácticas y programas sanitarios que

¹ El NGA está integrado por las cinco provincias del Noroeste Argentino (Tucumán, Jujuy, Salta, Catamarca y Santiago del Estero) y las cuatro provincias del Nordeste Argentino (Chaco, Corrientes, Misiones y Formosa). En conjunto suman 768.911 Km², lo que equivale al 27.4 % del territorio nacional; y en ellas reside el 20.7% de la población del país.

² El IPMH utiliza como fuente de información el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. El mismo permite reconocer los hogares pobres y caracterizar la heterogeneidad y la intensidad de las situaciones de privación. Al respecto se sugiere ver Gómez, Mario y Olmos (2004).

³ Ver Fantín, Longhi y Ortiz de D'Arterio (2007).

buscan alcanzar mayores impactos en los deteriorados niveles de salud de la población infantil.

2. Aspectos conceptuales.

La mortalidad infantil constituye una temática compleja en la cual los procesos de salud-enfermedad-muerte se presentan como fenómenos biológicos en un contexto social.

Desde la perspectiva de la edad del fallecido, a la mortalidad de los menores de un año se la distingue en mortalidad neonatal y postneonatal. 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.

Es evidente una relación 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.

Asimismo, la mortalidad infantil está motivada por causas endógenas y exógenas. El límite entre ambas no es preciso, ya que en su estudio se tratan poblaciones humanas y no responden meramente al 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 exógena⁴, debida a causas socio-ambientales, y una mortalidad endógena, debida fundamentalmente a factores congénitos⁵.

El cambio en la composición de causas de muerte que ha llevado a la consistente disminución de la mortalidad infantil se conoce con el nombre de teoría de la transición epidemiológica. Fue Abdel Omran (1971), quien acuñó esta expresión para referirse a los cambios en la composición de las causas de muerte ocurridos en la población, donde las enfermedades

⁴El 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). La mortalidad exógena es mucho más factible de controlar que la mortalidad endógena, es por eso que los países avanzados han disminuido considerablemente la mortalidad exógena y por eso han reducido drásticamente las tasas de mortalidad infantil. Por el contrario, los países pobres coinciden, en su composición de causas de muerte, con la preeminencia de causas de muerte infantil exógenas.

⁵ 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 y se considera que es debida 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 su estudio dentro de la mortalidad infantil.

degenerativas y provocadas por el hombre desplazaron gradualmente a las infecciones como primera causa de morbilidad y mortalidad (Omran, 1971)⁶.

La fase que atraviesa determinada sociedad en su transición epidemiológica puede ser estudiada a través del análisis de su perfil epidemiológico, entendiéndose como tal a las características que adquieren las condiciones de salud y enfermedad de la población, y a la transición de la atención de la salud, lo cual hace referencia al cambio en las características de la respuesta social organizada a las condiciones de salud (Frenk, 1994). En este sentido, el perfil epidemiológico, en nuestro caso de la población infantil, permite identificar las necesidades en salud de esa población, y a través del método evitabilidad-reducibilidad identificar los principales problemas y plantear propuestas de transformación⁷. Esta cuestión adquiere crucial importancia al tratarse de áreas con predominio de población pobre, donde son prioritarias las mejoras en la salud como un aspecto de gran importancia en la superación de la pobreza.

De esta manera el concepto de “enfermedades de la pobreza” se convierte en una cuestión clave en nuestro trabajo. Thomas Mckeown (1998) plantea que las enfermedades de la pobreza describen acertadamente dolencias que han predominado durante la mayor parte de la existencia de la humanidad y las distingue de otras asociadas con la riqueza relativa que produjo la industrialización. Afirma que la pobreza no es causa directa de muerte, sino que es más bien la principal razón por la cual existen muchas condiciones que desembocan en la enfermedad. Entre este grupo de enfermedades, los padecimientos de origen infeccioso toman el mayor protagonismo. Manifiesta que en el pasado eran cuatro las influencias que motivaron el predominio de las infecciones como causa de enfermedad y muerte: la existencia de poblaciones lo bastante numerosas para que algunas infecciones humanas arraigaran a la vez que otras iban en aumento; la higiene deficiente y el hacinamiento, que incrementaron todavía más la exposición a enfermedades contagiosas; la insuficiencia de alimentos, que redujo la resistencia a las infecciones, y el contacto estrecho con animales domesticados y otros, probable fuente de muchos microorganismos.

En este sentido, considera que las infecciones disminuyeron por dos motivos:

- Mayor resistencia a las enfermedades debido a la mejora en la nutrición.

⁶ La transición epidemiológica es a su vez un ingrediente sustancial de la transición demográfica, y nos aproxima, según lo plantean Boli y Ortiz de D'Arerio (2001) al grado de transformación económica, social y cultural de la sociedad.

⁷ Esta idea está profundamente relacionada con el concepto de epidemiología que aceptamos en este trabajo, refiriéndonos a tal como “las teorías y métodos desarrollados por las ciencias sociales para dar cuenta de los estados de salud poblacionales, de sus determinantes y de las respuestas sociales a los problemas de salud” (Spinelli et al., 2002).

- Menor exposición a infecciones después de que las medidas higiénicas se introdujeran progresivamente a partir de las postrimerías del siglo XIX.

Tomando a Mckeown como referente de importancia, se considera en este trabajo la pervivencia de áreas donde probablemente estas mejoras que ayudaran a disminuir el peso de tales enfermedades no hayan actuado aun de manera contundente. De este modo, son esas áreas donde este estudio pretende detectar y caracterizar la presencia de las enfermedades de la pobreza.

Dentro del conjunto de las enfermedades de la pobreza, la muerte de niños por diarrea infantil y por la incidencia de enfermedades respiratorias agudas constituye una manifestación clara del problema. En este sentido, Lesevic et al. (1989) proponen un esquema conceptual que detecta las variables asociadas a cada una de la incidencia de estas enfermedades.

Figura 1. Esquema asociado a la incidencia de la enfermedad diarreaica aguda en la población infantil.

Variables Independientes	Variables intervinientes	Variable dependiente
<u>Factores Económicos</u>		
Disponibilidad de artefactos	Conservación y depuración de alimentos	INCIDENCIA
Servicios de agua y desagüe	Eliminación de desperdicios y excretas	DE LA
Material del piso de la vivienda	Higiene personal de la madre y el niño	ENFERMEDAD
Ingreso monetario	Tiempo destinado al cuidado del niño	DIARREICA
Nivel de hacinamiento y de promiscuidad	Lactancia materna	AGUDA
<u>Factores Organizacionales</u>	Presencia de animales en la vivienda	
Status laboral de la madre		
Distribución de roles domésticos		
<u>Factores Culturales</u>		
Nivel de instrucción		
Creencia sobre la higiene y el cuidado infantil		

Tomado de Lesevic et al. (1989).
Elaboración propia

Figura 2 .Esquema asociado a la incidencia de las enfermedades respiratorias agudas en la población infantil.

Variables Independientes	Variable dependiente
Material del techo y las paredes	INCIDENCIA DE LAS
Hacinamiento y promiscuidad	ENFERMEDADES
Condiciones del vestido de la madre y el niño	RESPIRATORIAS.
Ingreso monetario	

Tomado de Lesevic et al. (1989)
Elaboración propia

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 enfermedades. De este modo, el concepto de enfermedades de la pobreza se convierte en una noción central para interpretar el nexo entre mortalidad infantil, perfil epidemiológico y pobreza. En efecto, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004) manifiesta que “la mortalidad infantil expresa inequidad en términos de desarrollo socioeconómico de la población, y se observan inaceptables asimetrías entre provincias así como dentro de estas, entre zonas con diferente nivel social, concentrándose la pobreza y la mortalidad reducible en forma asociada” (MSAN, 2004, p.8).

3. Aspectos metodológicos.

Para el análisis de la mortalidad infantil se utiliza convencionalmente la tasa de mortalidad infantil (TMI), entendida como la relación entre las defunciones de menores de un año de edad, correspondientes a cada año calendario, cada mil nacidos vivos del mismo año⁸.

Uno de los cuidados que se deben tener al analizar esta tasa reside en la oscilación que manifiesta en zonas con escaso número de muertes infantiles y de nacimientos. En nuestro caso, existen núcleos duros que poseen tales características poblacionales oscilantes, por lo cual, en el análisis de los distintos grupos de causas de muerte, fue necesario unir determinados grupos y crear un solo conjunto. Asimismo, este problema se traslada a los valores que registra cada año la tasa, sin embargo, esta investigación prioriza el estudio de las tendencias en detrimento de los valores anuales de la tasa

Respecto a la clasificación de las causas de muerte para la definición del perfil epidemiológico se utilizaron dos criterios. El primero, elaborado por Taucher (1979) toma en cuenta la posibilidad de reducir o evitar determinadas causas de muerte de acuerdo con los conocimientos médicos actuales⁹. Este agrupamiento clasifica las causas de muerte en evitables-reducibles y difícilmente evitables-reducibles. La categoría “otras causas” es una categoría residual que incluye las defunciones cuyas causas no pueden ser asignadas a las

⁸ El concepto de tasa se define como la relación que existe entre un fenómeno y una población concreta, siempre que esta sea susceptible de ser afectada por el fenómeno al que nos referimos. (Gómez Redondo, 1992).

⁹ 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. 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 evitabilidad 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 muy dinámico. Esta clasificación agrupa las causas de muerte relacionadas con factores o acciones que permitan disminuir el poder de las mismas, además de proveer una descripción más adecuada de la incidencia diferencial de los grandes grupos

categorías definidas. 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.

El segundo criterio, fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud (1995) y define 21 grupos de enfermedades. Estos conjuntos fueron re-agrupados para nuestro estudio en 7 categorías¹⁰. Asimismo fue necesario agrupar las causas según estos grandes grupos en quinquenios (1992-1996, 1997-2001 y 2002-2005). No obstante, el último de los quinquenios definidos no posee cuatro años como los anteriores; por este motivo se calculó un promedio dividiendo el número de casos de muerte dentro de cada grupo sobre la cantidad de años del quinquenio. De esta manera el problema quedó corregido.

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. Los mencionados criterios fueron homologados teniendo en cuenta la variación en las formas de codificación de las enfermedades (CIE 9 y CIE 10) de modo que los perfiles detectados puedan ser comparables en tal evolución.

4. Fuentes de información

Las fuentes de información que se utilizaron corresponden a las Estadísticas Vitales provistas por la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, ajustadas al periodo 1992-2005. Esta información se encuentra relevada a nivel departamental y contiene datos referidos al año, provincia y departamento de residencia, nacidos vivos, muertes infantiles y causa de la defunción¹¹. Tal información fue analizada individualmente en los seis núcleos duros de pobreza del NGA.

Con respecto a estas fuentes de información, es preciso aclarar que existen problemas de cobertura y calidad de los datos vitales en algunas provincias y si bien en la última década se

¹⁰ Tales categorías son: anomalías congénitas; ciertas afecciones del periodo perinatal; enfermedades de las glándulas endócrinas, de la nutrición del metabolismo y trastornos de la inmunidad; enfermedades del aparato respiratorio; enfermedades infecciosas y parasitarias; signos, síntomas y estados morbosos mal definidos y otras (incluye las causas externas de traumatismos y envenenamientos, las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del aparato digestivo, las enfermedades del aparato genitourinario, las enfermedades del sistema nervioso y los tumores, las cuales fueron reagrupadas dada su escasa representatividad en el total de defunciones)

¹¹ 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.

han implementado programas de mejoramiento de los mismos, aún son elevados los casos de muerte infantil en los que se ignora el número de muertes, la edad del fallecido, el lugar de residencia y, especialmente, la causa de la defunción, cuestión esta de fundamental importancia en el análisis epidemiológico de la población¹². Por este motivo, la disponibilidad y confiabilidad de información respecto a estadísticas de salud en el NGA se considera variable¹³.

A esto se suma una nueva limitación de las fuentes de información, la cual se refiere a la metodología aplicada en el país para codificar las muertes. Hubo un cambio de metodología en a partir del año 1997¹⁴, lo cual implicó la homologación de los grupos de causas para poder analizar la evolución.

Ante esto 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 situación es muy 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 especial cautela.

5. Los núcleos duros de la pobreza regional.

Estas áreas de pobreza extrema deben ser entendidas como relictos, o como señala Bauman, “residuos”, de una sucesión de procesos socioeconómicos involucrados especialmente con la consolidación del capitalismo en la región (fines del siglo XIX y comienzos del XX), que diera lugar al surgimiento de los principales complejos agroindustriales del Norte, o con

¹² Respecto a esto, Córdoba et al. (1989) tres grandes limitaciones de tal registro: a) 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; b) 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; y c) 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 lo que estos ocurren; de esto se deduce la posibilidad de defunciones o nacimientos no registrados o mal registrados.

¹³ Santiago del Estero es la provincia que mayores problemas presenta en este sentido. En efecto, esta provincia no dispone de los datos de nacidos vivos según lugar de residencia de la madre para el período 1992-1994, sumado al marcado subregistro del resto de datos vitales correspondientes al periodo de estudio. Asimismo, dificulta aun mas este análisis el hecho de que este trabajo se concentre en los núcleos duros de pobreza, áreas estas donde el subregistro es aun más marcado de lo que es en el resto del NGA. A esto se suma el alto porcentaje de causas de muertes desconocidas o mal definidas, que alcanzan en algunos años más del 50% de las causas de muerte infantil registradas. En este sentido Jaspers-Faijer (1994) y Chackiel (1987) manifiestan que existe una relación directa entre el porcentaje de subregistro y el de causas mal definidas.

¹⁴ Hasta el año 1996 se utilizó en el país la Clasificación Internacional de Enfermedades 9º Revisión (CIE 9), la cual constaba de 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.

procesos posteriores inscriptos en diferentes políticas y contextos nacionales e internacionales, que en general estuvieron también asociados con la idea de progreso o de desarrollo (Bolsi et al., 2007).

En su conjunto suman algo más de 200.000 kilómetros cuadrados y reúnen 184.528 habitantes, lo cual significa una densidad un poco superior a los 0.9 habitantes por kilómetro cuadrado. En este contexto casi vacío, donde el campesinado y la población aborígen son los actores principales, la pobreza, y una de las formas en las cuales se manifiesta, esto es la muerte infantil, cobran un protagonismo especial en el seno del territorio del NGA. El mapa 1 permite detectar la ubicación espacial de estos núcleos en el mencionado territorio, y la tabla 1 presenta algunos caracteres poblacionales.

Tabla 1: Núcleos duros de pobreza del NGA. Algunos aspectos poblacionales. 2001.

	Meseta indígena de Misiones	Chaco algodonero	Viejo corazón aborígen del Gran Chaco	Puna jujeña	Campesinado Santiagueño	Esteros y campesinos correntinos	NGA
Población 2001	23736	52315	37886	8291	38734	23566	2000960
Superficie	3690.1	21058.8	91960	19662.6	47360.1	16368.5	768911.2
Densidad de población	6.4	2.4	0.4	0.4	0.8	1.4	2.6
Porc. de Población rural	60.6	32.6	51.1	100	75.8	43.1	22.3
Porc. de Población aborígen ¹⁵	2.1	6.0	20.9	54.1	1.9	0.78	3
Porc. de población menor a 1 año de edad.	14.2	10.9	13.9	14.1	12.6	10.8	8.9

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

Se observa así que en los núcleos duros predomina la población rural, la densidad de habitantes por kilómetro cuadrado es de las más bajas del territorio, existe una presencia importante de población aborígen (sobretudo en la Puna jujeña y en Viejo corazón aborígen del Gran Chaco) y la estructura por edad de la población presenta un perfil joven¹⁶.

¹⁵ La metodología usada por el censo para detectar la población aborígen opera sobre la base de la pregunta: ¿existe en este hogar alguna persona que se reconozca descendiente o perteneciente a algún pueblo indígena? Tal metodología ha sido criticada, poniendo de manifiesto que solo nos aproxima someramente al mundo indígena, subestimando gran parte de esta población. Para mas detalle se puede consultar a Massé (2004)

¹⁶ Para observar una pormenorizada caracterización de los núcleos duros de pobreza del NGA (según hogares y población) puede consultarse a Bolsi y Madariaga (2007).

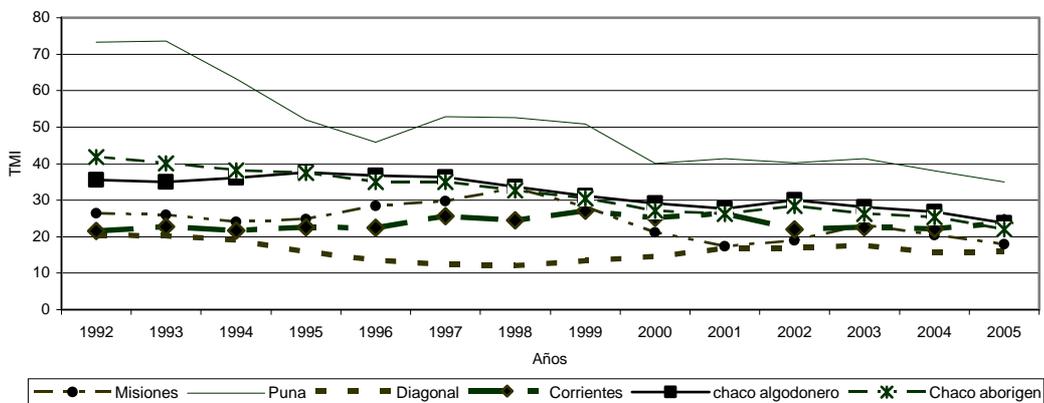
5.1 Mortalidad infantil en los núcleos duros de pobreza del NGA.

Para analizar la evolución de la tasa de mortalidad infantil en estos núcleos de extrema pobreza en el periodo 1992-2005 se realizó la figura 3. En la misma puede observarse la presencia de núcleos que tienden a descender su TMI y otros en los cuales la tasa se mantiene estable en su nivel y variable en su comportamiento. En este sentido muestran una tendencia descendente la Puna, el Chaco algodonero y el Chaco aborigen. En tanto, la Meseta misionera presenta un comportamiento variable con un pico en el año 1998 donde alcanza una TMI igual a 33.2 por mil. El núcleo correntino, en cambio, evidencia un comportamiento estable con una sutil tendencia ascendente, revelando registros de TMI al final del periodo en un 2.2 por mil superiores a los registrados al comienzo del mismo.

Dos casos especiales en el análisis del comportamiento de la TMI lo constituyen la Puna y el campesinado santiagueño. La Puna se destaca debido a los elevados niveles de mortalidad infantil durante todo el periodo. El Chaco algodonero es el núcleo que le sigue en el nivel de criticidad a la Puna, la cual en 1992 duplicaba la TMI de este. No obstante, esta amplitud tendió a descender, llegando al 2005 a poseer valores en un 8 por mil por encima. Es decir, mientras el Chaco algodonero disminuyó su TMI en un 25%, la Puna lo hizo en un 110 %.

El otro caso especial que mencionáramos lo constituye el núcleo correspondiente al campesinado santiagueño. El mismo muestra niveles muy bajos de TMI, los cuales, a través de la mala calidad de las estadísticas, esconden la realidad social en esta área. Paradigmáticamente evidencia en el año 1998 una TMI igual a 12.1, inferior al 13 por mil registrado en el mismo periodo por la Ciudad de Buenos Aires, el área mejor equipada del país.

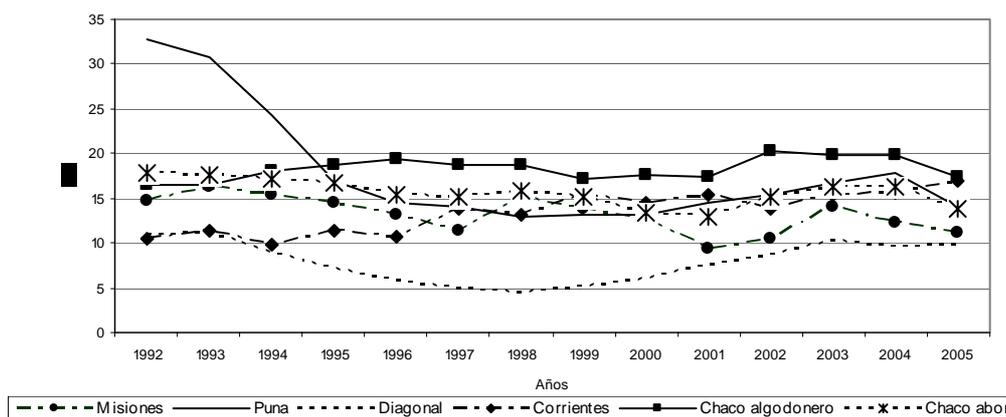
Figura 3. Núcleos duros de pobreza. Evolución de la tasa de mortalidad infantil. (1992-2005).



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud.
 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
 Elaboración propia.

Con respecto a la tasa de mortalidad neonatal (TMN) se observa en general un comportamiento estacionario, donde la excepción la constituye el fuerte descenso del núcleo Puna en los primeros cuatro años del periodo. De ahí en más, predomina la estabilidad en la evolución de la TMN, ofreciendo una visión en la cual los niveles parecieran haber alcanzado un umbral alrededor del 13 por mil donde es difícil, al menos con el estado de los conocimientos actuales, reducir la TMN por debajo de ese valor.

Figura 4. Núcleos duros de pobreza del Norte Grande Argentino. Evolución de la tasa de mortalidad infantil neonatal. (1992-2005).



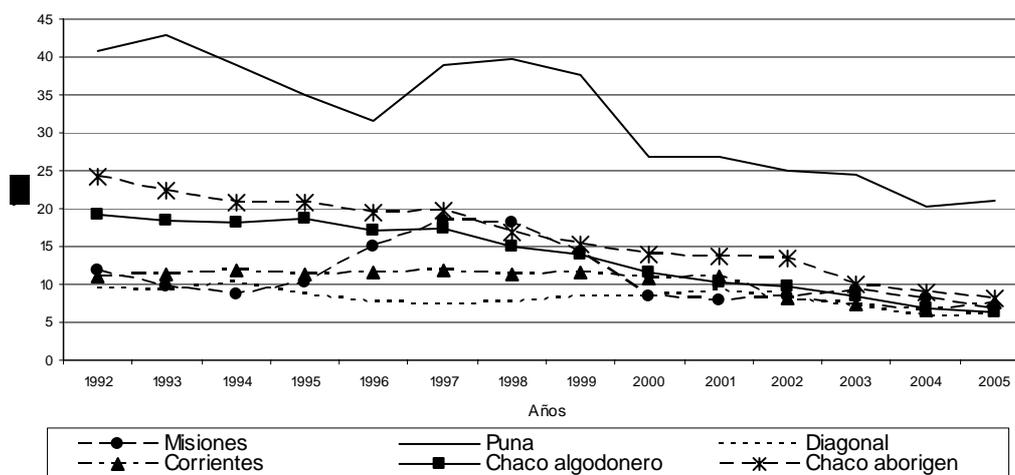
Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud.
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
Elaboración propia.

En este caso, se destaca también el núcleo del campesinado santiagueño, donde los niveles de TMN, al igual que los de TMI, son “extrañamente” bajos. Respecto al resto de los núcleos duros, se observa en las diferencias entre las TMN de comienzos y finales de periodo, un sutil aumento en los núcleos de Corrientes y el Chaco algodonero, mientras que levemente descendieron la TMN el resto de los núcleos considerados.

Por último, respecto a la tasa de mortalidad infantil postneonatal (TMP), la cual, debido a la prevalencia de la componente exógena en los determinantes de la mortalidad, se aproxima de mejor manera las condiciones de vida de la población (figura 5).

Al igual que en el análisis de la TMI prevalece una tendencia descendente continua, aunque los niveles son notablemente altos. La Puna contrasta con respecto al resto de los núcleos duros, alcanzando en 2005 una TMP igual a 20.9, ampliamente superior al 8.1 por mil registrado por en núcleo que la sigue en su nivel de criticidad, es decir el Chaco aborigen.

Figura 5. Núcleos duros de pobreza del Norte Grande Argentino. Evolución de la tasa de mortalidad infantil postneonatal. (1992-2005).



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud.
 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
 Elaboración propia.

Respecto al resto de los núcleos duros se observa la mencionada tendencia descendente, aunque en algunos casos como el de la meseta misionera, con marcados picos en el centro del periodo. Es notoria también la distancia en los niveles de TMP entre los distintos núcleos, tendiendo esta a disminuir a medida que pasan los años.

5.2 Perfil epidemiológico en los núcleos duros de pobreza del NGA.

Como indicáramos anteriormente, se utiliza en el análisis del perfil epidemiológico de la población infantil la metodología de Taucher (1979), la cual evalúa las causas de muerte según el criterio de reducibilidad de las mismas, y la metodología de la OMS (1995), la cual clasifica las causas de muerte según los grandes grupos de enfermedades. En primer lugar, las figuras 6, 7, 8, 9, 10, y 11 presentan el mencionado perfil según el grado de reducibilidad. Las mismas están ordenadas según los niveles de criticidad de los núcleos¹⁷.

¹⁷ Ver Bolsi y Madariaga (op cit.)

Figura 6. Ciudad y departamento de Córdoba. Composición de causas de muerte según el estado de salud (1992-2004).

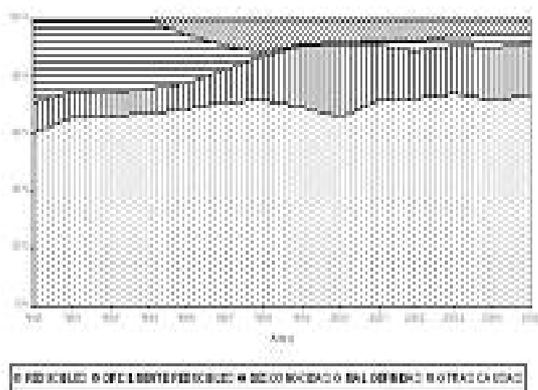


Figura 7. Ciudad de Bogotá. Composición de causas de muerte según el estado de salud (1992-2004).

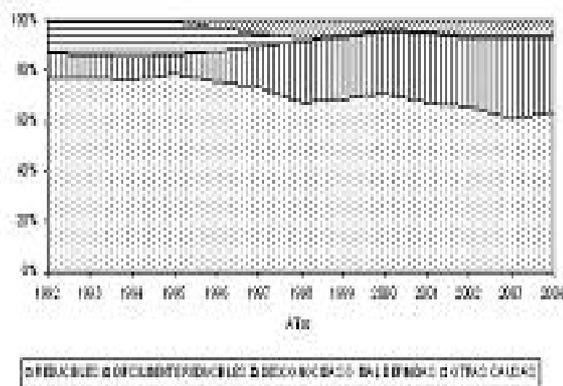


Figura 8. Ciudad de Bogotá (zona rural). Composición de causas de muerte según el estado de salud (1992-2004).

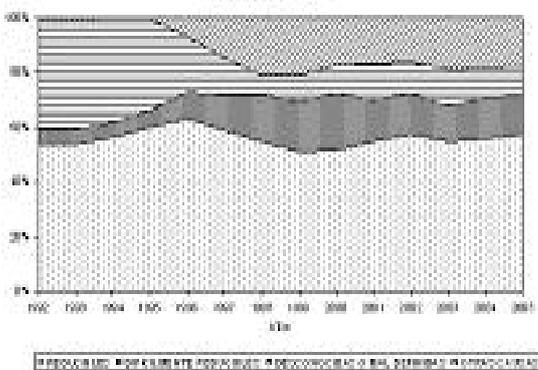


Figura 9. Ciudad de Bogotá (zona urbana). Composición de causas de muerte según el estado de salud (1992-2004).

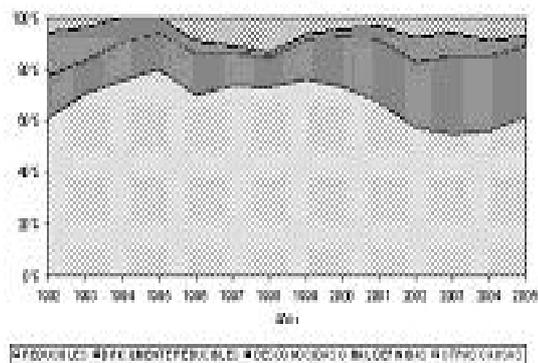


Figura 10. Valle Occidental del Cauca. Composición de causas de muerte según el estado de salud (1992-2004).

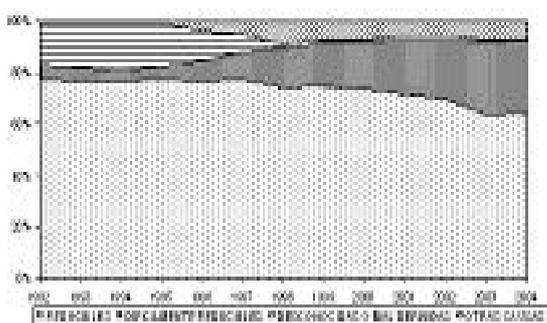
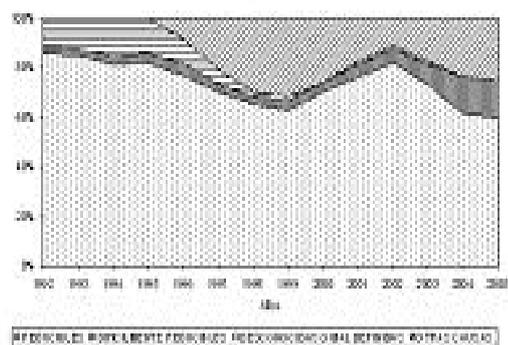


Figura 11. Valle Occidental del Cauca (zona rural). Composición de causas de muerte según el estado de salud (1992-2004).



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud.
 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
 Elaboración propia.

Se observa en las figuras anteriores el predominio en todos los núcleos de las causas de muerte reducibles, lo cual pone en evidencia el amplio espectro de acción que existe en

materia de salud infantil¹⁸. Esta categoría varía según el núcleo del que se trate, en promedio es mínima en el campesinado santiagueño, y máxima en la Puna, donde alcanza al 73.7 % de las muertes infantiles, con un pico en el año 1992 del 85.9% de defunciones infantiles que podrían haberse evitado o reducido. Le sigue en orden de criticidad el Chaco aborígen con el 73.3% de muertes reducibles durante el lapso considerado. El orden jerárquico en el que se ubican estos núcleos según el promedio de muertes reducibles es similar al orden establecido por Bolsi y Madariaga (op. cit.) según la intensidad de la pobreza. La excepción la constituye el campesinado santiagueño, donde los registros vitales adolecen de calidad; y el Chaco algodonero, donde el proceso de territorialización a través de las colonias habría dejado “huellas” del progreso en estos espacios¹⁹.

Respecto a la evolución de las causas de muerte reducibles, se observa un comportamiento variable en el campesinado santiagueño y en la meseta indígena de Misiones, una tendencia descendente en la puna, el Chaco aborígen y el Chaco algodonero, mientras en el campesinado correntino presentó una tendencia ascendente en el porcentaje de las causas de muertes reducibles.

Respecto al análisis de las causas de muerte difícilmente reducibles²⁰ se observa un aumento sostenido en todos los núcleos, siendo máximo en el Chaco aborígen (22.6%) y mínima en el campesinado correntino (7.5%). Esto, junto a la disminución de la mortalidad infantil, nos habla de un avance en la transición epidemiológica donde las causas difícilmente reducibles van cobrando cada vez un mayor protagonismo.

Por último, se observa en todos los núcleos el crecimiento de la categoría “otras causas” a partir de 1997²¹ en detrimento fundamentalmente de las “causas desconocidas y mal definidas”. Estas categorías ocupan, en conjunto, una proporción mínima en el Chaco algodonero (9.8% sobre el total de las defunciones del periodo), en el Chaco aborígen (12.4%), en la meseta misionera (13%) y en el campesinado correntino (14.5%). Sin embargo, ocupan una proporción elevada en la Puna (20.4%), y sobretodo en el campesinado santiagueño (33.2%). Estos valores, indirectamente, nos cuantifican el subregistro del área.

Es posible complementar el análisis epidemiológico anterior con la metodología de la OMS (1995). En este sentido, se definieron tres periodos (1992-1996, 1997-2001, y 2002-2005). Se

¹⁸ En ningún caso, el porcentaje de defunciones reducibles está por debajo del 50%.

¹⁹ Sobre el proceso de territorialización en el NGA, sus “pulsaciones” y la huellas del progreso se puede consultar Bolsi et al. (2007).

²⁰ Las defunciones difícilmente reducibles incluyen los tumores, degeneración cerebral, insuficiencia renal aguda, anencefalia, espina bífida, anomalías congénitas, inmadurez extrema, parálisis cerebral, etc.

²¹ Recordemos que es en este año cuando cambia la metodología de clasificación de las causas de muerte en el país, pasando de la utilización de la CIE 9 a la CIE 10.

sumaron la cantidad de defunciones dentro de cada uno de los grupos considerados y se las dividió en el total de años del periodo. Los perfiles epidemiológicos resultantes figuran a continuación y fueron ordenados, al igual que anteriormente, según el grado de criticidad en materia de pobreza.

Figura 12. Compañero y áreas cercanas. Evolución de los grandes grupos de causas de muerte infantil (1992-2005)

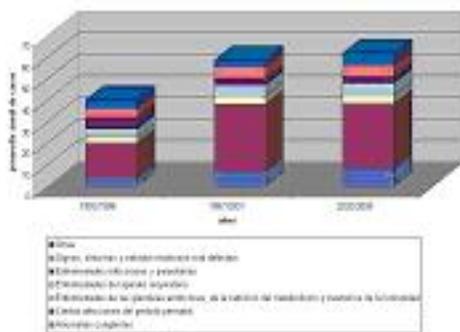


Figura 13. Chaco almerino. Evolución de los grandes grupos de causas de muerte infantil (1992-2005)

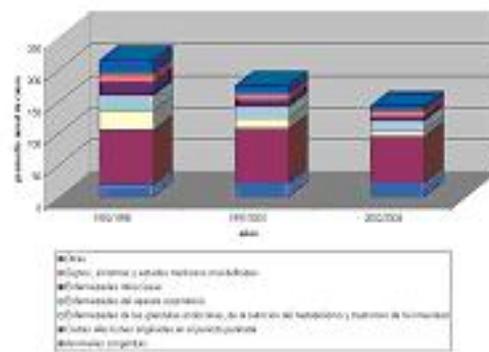


Figura 14. Compañero santiagués. Evolución de los grandes grupos de causas de muerte infantil (1992-2005)

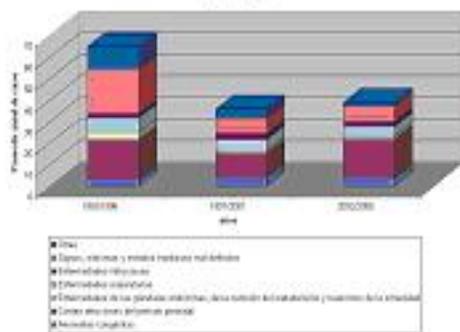


Figura 15. Altiplano indígena de Moquegua. Evolución de los grandes grupos de causas de muerte infantil (1992-2005)

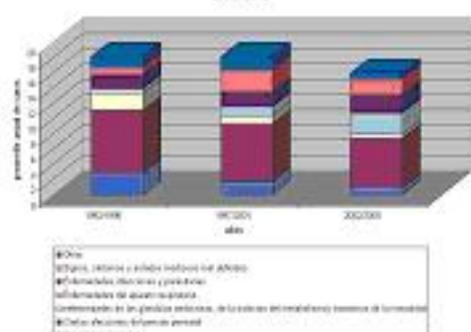


Figura 16. Bajo valleón almerino del Gran Chaco. Evolución de los grandes grupos de causas de muerte infantil (1992-2005)

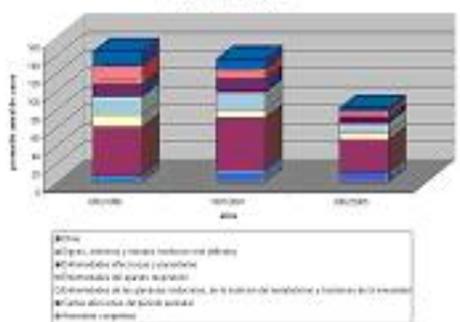
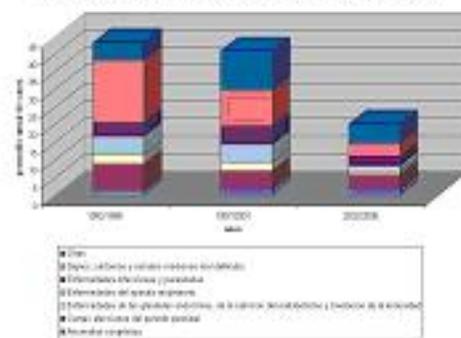


Figura 17. Puno. Evolución de los grandes grupos de causas de muerte infantil (1992-2005)



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud.
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
Elaboración propia.

En las figuras 12, 13, 14, 15, 16 y 17 pueden realizarse dos tipos de análisis. El primero respecto a la estructura que toma el perfil epidemiológico en cada uno de los núcleos de pobreza, y el segundo respecto a la evolución y los cambios del perfil en los quinquenios considerados.

Se observa que en la estructura que adquiere el mencionado perfil prevalece, en casi todos los núcleos, el grupo “ciertas afecciones del periodo perinatal”, el cual es máximo en el campesinado correntino (48.4%) y mínimo en la Puna (16.1%). Ordenados los porcentajes de este grupo según los núcleos de pobreza se observa que a menor nivel de criticidad socioeconómica, aumenta la proporción de muertes infantiles en este grupo, a excepción del campesinado santiagueño por los consabidos problemas de calidad de los datos. Similar situación ocurre con el grupo anomalías congénitas, donde las mayores proporciones se encuentran en el Chaco algodonero (12.2%)²², y las mínimas en la Puna (4.6%). Esto de alguna manera pone en evidencia la relación indirectamente proporcional entre pobreza y muertes infantiles de carácter endógeno. En estos grupos, las causas que mayor peso adquieren son el peso extremadamente bajo al nacer, el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, la duración corta del embarazo, y las malformaciones congénitas del corazón.

El grupo “signos, síntomas y estados morbosos mal definidos” nos aproxima indirectamente al subregistro de las defunciones infantiles. En este sentido, los valores son máximos en la Puna (30.4%) y el campesinado santiagueño (24.1%), y mínimos en el resto de los núcleos duros (con porcentajes en torno al 9%). Esto pone de manifiesto la mala calidad de los datos en los núcleos santiagueño y puneño y, al mismo tiempo, el amplio espectro de acción en materia de mejoramiento de los mismos.

Las enfermedades infecciosas y respiratorias poseen una presencia importante en los seis núcleos de pobreza. Las enfermedades infecciosas presentan los porcentajes más elevados en la meseta indígena de Misiones y en la Puna, con un 11.8 y 11.5 % respectivamente; en tanto, los valores más bajos se encuentran en el campesinado santiagueño con el 4.9%. Dentro de este grupo la infección intestinal aguda, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y las septicemias ocupan la mayor proporción, representando en este grupo el 87.5% de las defunciones.

Las enfermedades respiratorias presentan la mayor proporción en el viejo corazón aborigen del Gran Chaco, donde representa el 13.7% de las defunciones. No obstante, el valor más bajo se encuentra en la meseta indígena de Misiones, donde alcanza el 8.1% de las muertes

²² El campesinado correntino se halla muy próximo a este valor, registrando una proporción de muertes infantiles debidas a anomalías congénitas igual al 11.6%.

infantiles. Dentro de las enfermedades respiratorias, la neumonía, bronquitis, bronquiolitis, bronconeumonía y neumonitis son las más representativas, constituyendo el 60.9% de las defunciones en este grupo.

Las enfermedades de las glándulas endócrinas, de la nutrición del metabolismo y trastornos de la inmunidad, presentan una concentración en los núcleos del Chaco algodonero y el Chaco aborigen con el 10.3 y 8.1% respectivamente. Dentro de este grupo se destacan la desnutrición proteocalórica y el marasmo nutricional, las cuales representan el 72.5% de las defunciones en este grupo. Esto constituye una clara manifestación del flagelo del hambre en núcleos donde mas que la pobreza prevalece la miseria²³.

Por último, la categoría “otras causas” presenta una concentración importante en la Puna (20.3%). Al indagar sobre el grupo de mayor peso dentro de los distintos conjuntos que integran tan heterogénea categoría, encontramos la prevalencia de las causas externas de morbilidad y enfermedad, las cuales representan en la Puna el 16.9% del total de defunciones infantiles ocurridas en el periodo de estudio²⁴. Este porcentaje es considerable respecto a los valores encontrados en el resto de los núcleos, donde tal proporción no sobrepasa el 3.1%. Asimismo, dentro de las causas externas en la Puna, los accidentes que se relacionan con la asfixia o sofocación accidental cubren los mayores porcentajes. En efecto, la inhalación e ingestión de alimentos que causan obstrucción de las vías respiratorias o sofocación, la sofocación mecánica accidental y la obstrucción no específica de la respiración representan el 64.7% de las defunciones en el grupo. Esto de alguna manera nos sugiere la profundización del estudio en el área, procurando, mediante un enfoque cultural, aproximarnos a la comprensión de las causas que intervienen en este hecho vital.

Respecto a la evolución de estos grandes grupos se definieron tres periodos: 1992-1996, 1997-2001, y 2002-2005. El total de defunciones ocurridas fue relacionado con el número de años del periodo, de modo de obtener un promedio de casos acontecidos en cada grupo. Se observa en los núcleos de la meseta indígena de Misiones, el Chaco algodonero, el Chaco aborigen y la Puna una tendencia descendente de todos los grupos. Sin embargo, en estos dos últimos grupos, el descenso es mas significativo que en los anteriores, sobretudo en el periodo

²³ El Diccionario de la Lengua Española en su 22º Edición 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 mencionado.

²⁴ Este valor supera incluso al registrado por las “ciertas afecciones del periodo perinatal”, el cual es el grupo que concentra los mayores porcentajes en el resto de los núcleos considerados.

2002-2005. El grupo que presenta el mayor descenso son las ciertas afecciones del periodo perinatal y los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos respectivamente.

El núcleo del campesinado santiagueño presenta, a diferencia de los anteriores, un comportamiento de máximo descenso en el periodo 1997-2001, para ascender levemente en el periodo siguiente. En este núcleo, el mayor descenso se evidenció, al igual que en la Puna, en el grupo “signos, síntomas y estados morbosos mal definidos”.

Por último, el núcleo de los esteros y campesinos correntinos es el único que presenta una tendencia ascendente en su evolución, siendo las ciertas afecciones del periodo perinatal las que representan la mayor proporción en tal aumento.

5.3 Las metas del milenio en los seis núcleos duros de pobreza.

En septiembre de 1990, en el marco de la Cumbre Mundial de Jefes de Estado a favor de la Infancia en Nueva York, los estados participantes se comprometieron a “dirigir todos los esfuerzos y recursos posibles a elevar la calidad de vida de las madres y los niños y, a la vez, asegurarles un lugar prioritario en la agenda política” (Mazzeo, 2003).

En 1991, el Gobierno Argentino realizó una adaptación a las metas a la realidad argentina expresadas en el Compromiso Nacional a favor de la madre y el niño, el cual fuera suscripto por representantes de todas las provincias del país. Con respecto a la salud infantil se propuso, entre otras, reducir hacia el año 2000 la tasa de mortalidad infantil a 20 por mil en todo el país, reducir en no menos del 25% la tasa de mortalidad infantil en aquellas provincias con valores que actualmente superan el promedio nacional, eliminar el tétanos neonatal y controlar el sarampión (INDEC, 1996).

En este sentido, un trabajo previo de Fantín, Longhi y Ortiz de D’Arterio (2007) puso de manifiesto que el Norte Grande Argentino no pudo disminuir su TMI a menos del 20 por mil hacia el año 2002, mientras el país tenía para el mismo año una TMI igual a 16.8 por mil. Asimismo, las provincias del NGA, en su mayoría, tampoco cruzaron este umbral, objetivo que sólo lo lograron cuatro provincias del NOA.

Respecto al control y eliminación de ciertas enfermedades en los núcleos duros, tales como el tétanos y el sarampión, se observa, en el caso del tétanos, la presencia de tres casos asilados de muerte infantil por esta enfermedad en los núcleos duros durante el periodo analizado. Estos tres casos corresponden, uno al Chaco algodonero, ocurrido en el año 2002; y los otros

dos al Chaco aborígen, ocurridos en 1997 y 1999 respectivamente. El resto de los núcleos no presenta en sus estadísticas alguna muerte por tétanos entre 1992/2005²⁵.

Por último, respecto al control del sarampión se registra solo un caso de muerte infantil por esta causa. La misma ocurrió en el año 1992 en el núcleo del Chaco algodonero. Esto demuestra el control de esta enfermedad en los núcleos duros. No obstante, el resto del territorio del NGA evidencia el mencionado control solo a partir del año 1995, ya que en los años anteriores se registraron 34 casos en el NGA (Longhi, 2007).

6. La respuesta social organizada

Como se mencionara anteriormente, el concepto de epidemiología sobre el que opera esta investigación, no solo se reduce a la descripción de las condiciones de salud y enfermedad que atraviesa una población, sino también procura detectar cuáles han sido las respuestas ante determinados problemas de salud.

En este sentido fue necesario el uso como fuente de tal información de la Guía de Establecimientos al año 2000²⁶, 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 Salud²⁷. De este modo, se analizan a continuación las mencionadas respuestas del sector, entre ellas:

1. **Modalidad de atención:** hace referencia a la forma en que se concreta el cuidado y la atención para desarrollar las actividades dirigidas a la promoción, protección recuperación y/o rehabilitación de la salud y/o prevención de la enfermedad.
2. **Tipos de establecimiento:** los establecimientos que declararon tener atención ambulatoria y/o internación fueron agrupados en tres categorías según las actividades que desarrolla.
3. **Camas disponibles:** es el número de camas realmente instaladas en el establecimiento en condiciones de uso para la atención de pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.

²⁵ Es preciso aclarar que en el territorio del NGA se han registrado once casos de muerte infantil por tétanos entre 1990 y 2002, aunque, como se observa, la mayoría de ellos no están concentrados en los núcleos duros de pobreza. (Cfr Longhi, 2007).

²⁶ Tal información fue provista por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Es posible extraer la misma del sitio www.deis.gov.ar/guia.htm. Los conceptos utilizados en este trabajo se corresponden a los mismos utilizados por la fuente mencionada.

²⁷ 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 domiciliaria 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.

Aclarados estos conceptos se procede a continuación a definir las características de los establecimientos de salud en los núcleos duros de pobreza. Para tal fin se realizó la tabla 2; en ella se observa la existencia de un mejor equipamiento, justificado a través de la relación población infantil_ número de establecimientos, en las áreas más pobres del territorio, esto es la Puna, y el Chaco aborígen; ambos núcleos están muy por debajo de la media del NGA. Teniendo en cuenta el aislamiento y las distancias que separan los establecimientos de salud de la población, se calculó la relación entre el número de establecimientos y la superficie de cada núcleo duro; en este sentido sobresale el aislamiento existente, puesto que en ninguno de los núcleos existe una concentración mayor al del NGA, territorio que a su vez manifiesta polarización de centros en algunas áreas y grandes vacíos en otras. No obstante, el núcleo con densidad más elevada es el Chaco algodonero, mientras la menor densidad de establecimientos se encuentra en el Chaco aborígen.

Respecto a la modalidad de atención de estos establecimientos, se observa la prevalencia de atención ambulatoria en todos ellos, con excepción de la meseta misionera, la cual no supera el porcentaje del NGA. Sin embargo, el servicio de internación presenta déficits en el Núcleo de Santiago, Puna y Chaco aborígen, no obstante, poseen un porcentaje por encima del NGA los núcleos restantes respecto de esta variable.

Tabla 2: Núcleos duros de pobreza. Características de los establecimientos de salud. (1995-2000).

	Camp. Sant	Puna	Meseta mis.	Camp. Corrent.	Chaco algod.	Chaco aborígen	NGA
Numero de establecimientos de salud	121	43	9	39	105	155	4394
Relación población infantil - número de estab. 2001.	35.8	17.3	82.7	57.7	48.9	29.9	37.6
Relación número de establec. de salud/superf.	0.00255	0.00218	0.010	0.00238	0.0049	0.0016	0.0057
Porc. de establec. con servicio de atención ambulatoria ²⁸	96.6	100	77.7	100	93.3	98	82.6
Porc. de establec. con servicio de internación ²⁹	14.8	13.9	33.3	46.1	20	15.4	17.8
Porc. de establec. con servicio de atención	0	0	0	2.5	1.9	0	1.3

²⁸ Hace referencia a la modalidad de atención a pacientes no hospitalizados, organizándose en torno a la consulta.

²⁹ Es la modalidad de atención que involucra instalaciones permanentes que incluyen camas, atención profesional constante, cuidados continuos de enfermería, y unidades para proporcionar diagnóstico y tratamiento a los asistidos.

domiciliaria ³⁰ .							
Porc. de establec. con servicio de hospital de día ³¹	0	0	0	0	0	0	1.6
Porc. de establec. con servicio de diagnóstico ³² .	8.2	9.3	44.4	28.2	22.8	11.6	29.9
Porc. de establec. con servicio de tratamiento ³³ .	0.8	0	0	25.6	16.2	9	16.1
Porc. de establec. con servicio de medicina preventiva ³⁴ .	0	58.1	0	20.5	94.2	96.7	45.8
Porc. de establec. con servicio de emergencias y traslados ³⁵ .	0	0	0	0	0	0	1.1
Establec. con atención tipo especializada ³⁶ .	0	0	0	1	0	1	526
Relación población infantil _ camas disponibles.	19.7	11.6	19.6	7.6	10	11.7	6

Fuente: Guía de Establecimientos al año 2000.
Programa Nacional de Estadísticas de Salud
Elaboración propia.

El servicio de atención domiciliaria se muestra inexistente en los núcleos duros, a excepción del campesinado correntino y el Chaco algodonero, donde el servicio existe y supera en porcentaje al registrado por el NGA. Sin embargo, el servicio de hospital de día y de emergencias y traslados es inexistente en todos los núcleos duros de pobreza.

Asimismo, el servicio de diagnóstico evidencia valores reducidos respecto al NGA en todos los núcleos, salvo la Meseta misionera, donde esta variable supera en un 48% al porcentaje de establecimientos con servicio de diagnóstico en el NGA. Del mismo modo, también el porcentaje de establecimientos con servicio de tratamiento muestra valores mínimos, salvo la

³⁰ Es la modalidad que se lleva a cabo a domicilio por iniciativa del establecimiento, con personal del mismo, sin que sea solicitada por el paciente ni determinada por urgencias.

³¹ Es la modalidad de atención a pacientes que no necesitan hospitalización a tiempo completo (menos de 12 horas) y que concurren para recibir tratamientos regulares, permanecer en observación y/o someterse a diagnósticos intensivos.

³² Es la modalidad consistente en la realización de prácticas prescriptas por el médico tratante, con la finalidad de llegar a un diagnóstico, evaluar un tratamiento o controlar una evolución.

³³ Es la modalidad en la cual se resuelven problemas de salud de los pacientes por medio de métodos terapéuticos. Comprende rehabilitación, procesos dialíticos, medicina tranfucional, terapia radiante, etc.

³⁴ Es la modalidad en la cual se realizan regularmente acciones de prevención sobre la población y el medio.

³⁵ Es la modalidad en la cual la atención se reorganiza para trasladar y/o resolver in situ problemas de salud de pacientes en estado potencial de riesgo, poniéndose en marcha a partir de una demanda efectuada a distancia.

³⁶ Es el establecimiento que brinda servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen una enfermedad específica.

excepción, en este caso, de los núcleos del campesinado correntino y del Chaco algodonero, donde son superiores al registrado por el NGA.

Respecto al porcentaje de establecimientos con servicio de medicina preventiva se destacan tres grupos: núcleos que no poseen ningún establecimiento con estas características (campesinado santiagueño y meseta misionera), núcleos que poseen establecimientos pero con valores inferiores al NGA (campesinado correntino) y núcleos con valores superiores al registrado por el NGA, entre estos últimos, la Puna supera al NGA en un 26.8%, mientras el Chaco algodonero y el Chaco aborígen lo hacen en un 105 y 111% respectivamente.

Por último, la atención de tipo especializada es mínima en estos núcleos existiendo solo un establecimiento especializado en el núcleo del Campesinado correntino (especializado en psiquiatría) y uno en el Chaco aborígen (especializado en pediatría). En tanto la relación camas disponibles – población infantil muestra en todos los núcleos las carencias en este servicio, siendo notorio especialmente en el campesinado santiagueño y en la meseta indígena de Misiones, donde existen 19 niños por cada cama disponible, mientras la misma relación para el NGA es igual a 6 niños por cada cama disponible.

7. Consideraciones finales.

Con los análisis realizados pudo observarse que la relación pobreza – mortalidad infantil mantiene en el Norte Grande Argentino una marcada asociación. En este sentido, es posible afirmar que las áreas que muestran los mayores niveles de intensidad de privaciones, medidas por el IPMH, evidencian asimismo perfiles de salud infantil similares: en ellos la tasa de mortalidad infantil, y especialmente la tasa de mortalidad postneonatal (fuertemente condicionada con factores sociales) son las más elevadas del territorio; la posibilidad de reducción de las muertes infantiles ocurridas, con el nivel de conocimientos actuales, es alta; asimismo se presentan causas de muerte infantil en estrecho grado con la pobreza, tales como la neumonía, bronquiolitis, enfermedades gastrointestinales, anemias, septicemias, etc., designadas por tal motivo “enfermedades de la pobreza”.

No obstante, siendo evidentes los contrastes en materia de salud entre estos núcleos, con sus “víctimas colaterales del progreso”, y el resto del territorio, se reconoce la existencia de notorias diferencias en el análisis comparativo entre los núcleos duros de pobreza. En el análisis evolutivo de la tasa de mortalidad infantil, y especialmente de la tasa de mortalidad postneonatal, se observan asimetrías importantes entre la Puna y el resto de los núcleos duros, siendo estas diferencias de hasta dos veces superior al registro del núcleo duro que se

encontrara inmediatamente a continuación de este, en este caso, el corazón aborigen del Gran Chaco.

También el porcentaje de muertes infantiles reducibles presenta asimetrías según los núcleos de los que se trate. Si bien todos poseen la mayoría de las causas de muerte reducibles, estos valores son máximos en la Puna (85%) y mínimas en el núcleo del Campesinado Santiagueño (51%), aunque las estadísticas vitales en este último, como pudo observarse, dejan mucho que desear.

El análisis del perfil epidemiológico de las poblaciones residentes en estos núcleos de pobreza puso de manifiesto la existencia de dos tipologías etiológicas dentro de los núcleos duros, las cuales evidencian al mismo tiempo distintos estadios en el avance de la transición epidemiológica. Por un lado se encuentran aquellos núcleos donde las afecciones perinatales y las anomalías congénitas cobran los mayores porcentajes (campesinado correntino Chaco algodónero y meseta indígena de Misiones). Por otro hallamos los núcleos que de alguna manera muestran retraso en la transición epidemiológica; en ellos las enfermedades infecciosas, respiratorias, y los signos y síntomas mal definidos cobran mayor protagonismo (Puna y Chaco aborigen).

Basándonos en una conceptualización moderna de la epidemiología, fue necesario complementar al estudio de las condiciones de salud, los determinantes y la respuesta social organizada ante determinados problemas de salud. En este sentido, con la información disponible fue posible analizar la cobertura de salud, el número de establecimientos y algunas características que hacen a la modalidad de atención, camas y especialidades de tales establecimientos. Pudo observarse que en las áreas de mayor pobreza es mayor el equipamiento, justificado en la relación población infantil-número de establecimientos de salud, aunque no es suficiente para aminorar los problemas sanitarios que sufre la población infantil.

La Puna constituye así el área que más contrasta con el resto de las áreas de pobreza consideradas, y hacia donde deben dirigirse, sobre la base de metodologías cualitativas y enfoques culturales, las investigaciones que permitan conocer el comportamiento del hombre ante el proceso salud-enfermedad- muerte infantil en el área. La información meramente cuantitativa deja abiertos interrogantes cuya respuesta no puede reducirse a indicadores estadísticos.

Es posible manifestar que el interés general que orientó esta investigación se basó en la aspiración de recontextualizar la temática de la mortalidad infantil como problema de la gestión en salud más que como una mera discusión estadística. Puntualmente se trató con esta

investigación de producir información útil para la reorientación de las prácticas y programas sanitarios en la búsqueda de alcanzar mayores impactos en la población infantil.

Constituye una expectativa del autor que la lectura de este trabajo contribuya a recuperar la importancia del análisis epidemiológico para la gestión de los problemas de salud-enfermedad-atención y enfatizar el valor táctico y estratégico de la información en el planeamiento, implementación y evaluación del impacto de las acciones.

8. Bibliografía

Álvarez, Gustavo: “Capacidad económica de los hogares. Una aproximación censal a la insuficiencia de ingresos”. En Notas de Población N° 74. CELADE. Santiago, Chile. 2002: 213-250.

Bauman, Zigmunt. Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2005

Bolsi, Alfredo; Ortiz de D’Arterio J. Patricia. Población y Azúcar en el Noroeste Argentino. Mortalidad infantil y transición demográfica durante el Siglo XX. IEG – Facultad de Filosofía y Letras-UNT, San Miguel de Tucumán. 2001

Bolsi, Alfredo; Paolasso, Pablo y Longhi, Fernando. El Norte Grande Argentino entre el progreso y la pobreza. En Población & Sociedad. Revista Regional de Ciencias Sociales. N° 12/13. Fundación Yocavil. San Miguel de Tucumán. 2007: 227-266.

Bolsi, Alfredo; Paolasso, Pablo. Pobreza en el Norte Grande Argentino. Mimeo. 2007

Bolsi, Alfredo; Madariaga Horacio. Atributos de los hogares y de la población según los niveles de pobreza. En Bolsi y Paolasso (Comp.). Pobreza en Norte Grande Argentino. Mimeo. 2007.

Chackiel, Juan. La investigación sobre causas de muerte en América Latina. En Notas de Población N° 44. CELADE. Santiago, Chile. 1987.

Córdoba, Alejandro; Leal, Gustavo y Martínez Carolina. El problema del diagnóstico médico en la investigación de la mortalidad por causa. En René Jiménez Ornelas: Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años. UNAM. Centro de Investigaciones Multidisciplinarias. México. 1989.

Fantín, Alejandra; Longhi, Fernando y Ortiz, Patricia. Natalidad, mortalidad y niveles de pobreza en el Norte Grande Argentino. En Bolsi y Paolasso (Comp.) Pobreza en el Norte Grande Argentino. Mimeo. 2007.

Frenk, Julio. La transición epidemiológica en América latina. En Notas de Población N° 60. CELADE. Santiago, Chile. 1994.

Gómez, Alicia; Mario, Silvia y Olmos Fernanda. Índice de privación material de los hogares (IPMH). Desarrollo y aplicación con datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. En VII Jornadas de la Asociación de Estudios de Población Argentina (AEPA). Tucumán, Argentina. 2004.

Gómez Redondo, Rosa. La mortalidad infantil española en el Siglo XX. Editorial Siglo XXI. Madrid, España. 1992

INDEC. Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales. Buenos Aires, Argentina. 1996.

Jaspers-Faijer, Dirk; Orellana, Hernán. Evaluación del uso de las estadísticas vitales para estudios de causa de muerte en América Latina. En Revista Notas de Población N° 60. CELADE. Santiago, Chile. 1994.

Lesevic, Bruno; Bardalez, Carlos. Pobreza urbana y sobrevivencia. En Lattes, Farren y McDonald: Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina. CLACSO/IDRC. Buenos Aires, Argentina. 1989.

Longhi, Fernando. Cambios y tendencias de la mortalidad infantil en el Norte Grande Argentino durante la década del noventa. Presentado en las I Jornadas de Jóvenes Investigadores. Secretaría de Ciencia y Técnica – Asociación de Universidades Grupo Montevideo. San Miguel de Tucumán, Argentina. 2007.

Massé, Gladis. La Argentina censal y el reconocimiento de la heterogeneidad. En VII Jornadas de la Asociación Argentina de Estudios de Población. Tucumán, Argentina. 2004

Mazzeo, Victoria. “Mortalidad Infantil. ¿Se cumplirán las metas del 2000?”. En VII Jornadas de la Asociación Argentina de Estudios de Población (AEPA). Buenos Aires, Argentina. 2004.

Mckeown, Thomas. Los orígenes de las enfermedades humanas. Editorial Crítica. Barcelona, España. 1988

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Definiciones y conceptos en estadísticas vitales. En www.deis.gov.ar Buenos Aires, Argentina. 2006

Omran, Abdel. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund Quaterly, 49. 1971.

Organización Mundial de la Salud. . Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10° revisión. OPS. Washington DC. EE.UU. 1995.

Spinelli, Hugo; Alarzaqui, Marcio; Calvelo, Laura, Arakaki, Jorge. Mortalidad infantil, un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos

Aires en 1998. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Publicación N° 51. Buenos Aires, Argentina. 2002.

Spinelli, Hugo; Urquía, Marcelo; Bargallis, Mario y Alazraqui Marcio. Equidad en salud. Teoría y praxis. Serie Seminarios de Salud y Política Pública N° VII. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Buenos Aires, Argentina. 2002.

Taucher, Erica. Mortalidad infantil en Chile: tendencias, diferenciales y causas. CELADE. Santiago, Chile. 1978.

ANEXO.

