

Niveles de pobreza e índices vitales en el Norte Grande Argentino. (1992-2005).

Alejandra Fantín*
Fernando Longhi*
Patricia Ortiz de D'Arterio[^]

Resumen

El Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH), generado por el equipo técnico del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC), opera como una nueva metodología para medir la pobreza a partir de los datos censales del año 2001. Este indicador permite reconocer los hogares pobres y, a su vez, caracterizar la heterogeneidad y la intensidad de las situaciones de privación.

Centrándose en la intensidad del IPMH en el Norte Grande Argentino (NGA)¹ Bolsi y Madariaga (2007) han agrupado a los 175 departamentos del territorio en cuatro niveles de pobreza, mostrando singulares comportamientos diferenciales al contrastar estos niveles con distintas variables socioeconómicas censales no incluidas dentro de la metodología del IPMH. En un trabajo anterior (Fantín, Longhi y Ortiz, 2007) hemos comprobado durante el periodo 1992-2001, un comportamiento diferenciado de los índices vitales en estos niveles de pobreza. En la presente contribución el análisis se extiende hasta el año 2005, y en un abordaje comparativo entre los cuatro niveles de pobreza del NGA, se han estudiado las tendencias de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal; el perfil epidemiológico con la distinta composición de causas de muerte; la natalidad y también la fecundidad.

Con este estudio se pretendió, de algún modo, profundizar los análisis que se vienen realizando dentro del proyecto de investigación “Pobreza y territorio en el Norte Grande Argentino” sobre la relación pobreza –índices vitales, y en última instancia, entre la pobreza y los distintos grados de la transición demográfica.

* Universidad Nacional del Nordeste. Instituto de Investigaciones Geohistóricas/CONICET.

afantin@bib.unne.edu.ar

* Instituto de Estudios Geográficos. Universidad Nacional de Tucumán. CONICET.

fernandolonghi@webmail.filo.unt.edu.ar

[^] Instituto de Estudios Geográficos. Universidad Nacional de Tucumán. poda@webmail.filo.unt.edu.ar

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 762.883 Km², lo que equivale al 27.4 % del territorio nacional; y en ellas reside el 20.7% de la población del país.

1. Introducción

En las últimas décadas, diferentes estudios realizados para América Latina han demostrado que la pobreza no es un fenómeno homogéneo; en este sentido, considerando la intensidad de la pobreza medida por el IPMH, se han agrupado a los departamentos de las nueve provincias que conforman la región del Norte Grande Argentino (NGA) en cuatro conjuntos, cuyos umbrales máximos se determinaron en los niveles de 40% de intensidad de privaciones para el primer caso, 60% para el segundo, 70% para el tercero, mientras las jurisdicciones de la cuarta clase registraron valores superiores a dicho porcentaje.

Teniendo en cuenta las disparidades sociales y económicas de los distintos grupos poblacionales, esta investigación reconoce además la existencia de diferenciales en el comportamiento demográfico de tales grupos. Diversas contribuciones mostraron que el proceso de transición demográfica se presenta en forma diferencial según las estructuras sociales y las regiones geográficas. Hay consenso en aceptar que las poblaciones de los estratos sociales más altos son las primeras en iniciar el camino transicional que luego transita el resto de la población (Cfr. Chackiel y Schkolnik, 1992). Es de esperar entonces que en el Norte Grande Argentino sean las áreas geográficas con mayor intensidad de la pobreza, las que presenten en la actualidad las tasas más altas de mortalidad infantil y postneonatal, y que la mortalidad infantil por causas reducibles (incluidas las enfermedades asociadas a la pobreza) manifieste un porcentaje considerable de defunciones que podrían evitarse o reducirse de acuerdo al estado de la medicina actual en el país. Es de suponer además, que en estas áreas críticas por sus niveles de pobreza los patrones de reproducción no experimentaron cambios demasiado profundos; es decir que el número de hijos por mujer sería aún elevado al mismo tiempo que los altos niveles de fecundidad adolescente estarían sugiriendo un mayor potencial de fecundidad, por el ingreso temprano a la maternidad.

En este contexto, este trabajo tiene como objetivo analizar el nivel y el comportamiento de la mortalidad infantil y la fecundidad en las poblaciones departamentales clasificadas según los niveles del IPMH que ya se especificó. Se propone establecer las interrelaciones entre la pobreza y los “índices vitales” y proporcionar un estudio transversal que ayude a enriquecer la visión de las diferentes áreas geográficas y grupos sociales.

2. El estudio de las relaciones pobreza-índices vitales.

Numerosos son los trabajos en los que se desarrolla el campo conceptual en torno a la relación entre pobreza e indicadores vitales de generación continua y que orientan esta investigación.

La mayor parte de los aportes, tanto en América Latina como en Argentina, se refieren a la relación que mantiene la pobreza con la mortalidad infantil. Entre estos pueden diferenciarse al menos dos grupos: los que estudiaron la relación de esta variable sociodemográfica con la pobreza debida a la insuficiencia de recursos o coyuntural² y los que estudiaron tal relación con la pobreza estructural³.

Entre los primeros, se distingue el trabajo de Romero y Landmann Szwarcwald (1991), quienes procuran medir el impacto de las crisis coyunturales en los eventos sociodemográficos poniendo especial énfasis en la mortalidad infantil. Encuentran que la asociación entre renta y salud no es lineal, y esto queda evidenciado en la disminución de la tasa de mortalidad infantil aun en períodos de crisis económicas coyunturales, aunque con un ritmo menor. Del mismo modo Guzmán y Orellana (1987) encuentran que la coyuntura económica puede no tener un efecto directo e inmediato en la mortalidad infantil si al momento en que esta se produce ya existe un sistema de salud que privilegie la atención del niño y la madre y este sea mantenido. Asimismo Gershanik (1997) distingue que no todos aquellos que se empobrecen presentan un empeoramiento en las condiciones de salud. En este sentido, los autores reseñados señalan la existencia de una relación manifiesta entre la mortalidad infantil y la pobreza estructural, y no así con la pobreza coyuntural.

Por otro lado, existen contribuciones que estudiaron la relación que mantiene la pobreza estructural con la mortalidad infantil y encontraron mayores asociaciones entre ambos fenómenos en distintas áreas de América Latina. Entre estos se destacan los estudios de Behm Rosas (1962), Trifiró (2001), Spinelli (2001) y Fantín (2003). Estos autores no encontraron una medida de 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 el concepto de pobreza, y desde este ángulo las relaciones con la mortalidad infantil alcanzan mayor sustento.

Un antecedente relevante en el estudio de la mortalidad infantil y la pobreza en el Norte Grande Argentino lo constituye el trabajo de Ortiz, Madariaga y Longhi (2004), quienes analizaron la distribución espacial de la pobreza en el Norte Grande Argentino en el año 1991 mediante el uso del Índice de Pobreza Compuesto, definiendo cuatro categorías de

² La pobreza coyuntural o “nueva pobreza” se refiere a aquellas personas residentes en hogares que, habiendo adquirido una buena educación, vivienda adecuada, y otras características que hacen a sus rasgos estructurales, han visto un deterioro en sus ingresos por lo cual han caído bajo la línea de pobreza. Para mayor detalle sobre este tema en el caso argentino se puede consultar Minujín y Kessler (1995) y Minujín (1997).

³ La pobreza estructural hace referencia a la presencia en el hogar de carencias persistentes y acumuladas a lo largo del tiempo (Álvarez, 2002). Dentro de estas se puede mencionar las que se relacionan con la presencia de vivienda deficitaria, hacinamiento, sistema de eliminación de excretas de baja calidad, insuficiente nivel de educación alcanzado, etc.

departamentos, que fueron correlacionados independientemente con la mortalidad infantil mostrando distintos niveles de asociación.

Del mismo modo, encontramos contribuciones que relacionaron la pobreza con otras variables sociodemográficas distintas a la mortalidad infantil. Tal es el caso de diferentes estudios de la CEPAL (1996) y del documento “Población, Salud reproductiva y pobreza” del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (1988) donde se afirma que la alta fecundidad contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza. También, Schkolnik plantea que la fecundidad es un indicador de las condiciones de vida, y considera que “las mujeres con elevado número de hijos son las más pobres, las menos instruidas y las que viven en zonas rurales, ellas 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).

Entre los estudios que plantean la relación de la pobreza con otros indicadores demográficos se distinguen los estudios de Gómez, Mario y Olmos (2005) quienes analizan para el año 2001 la heterogeneidad de la pobreza, medida por el IPMH, comparando los perfiles demográficos según la estructura por sexo y edad y algunos indicadores de nupcialidad y fecundidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y cinco provincias argentinas (Mendoza, Jujuy, Chaco, La Pampa y Neuquén). Asimismo, un conjunto de contribuciones realizadas en el seno del proyecto de investigación al que pertenecen los autores de esta ponencia, dan cuenta de las características de la pobreza en el Norte Grande Argentino en la década de 1990 (Meichtry et al. 2003; Bolsi y Madariaga, 2007; Bolsi, 2004; Meichtry y Fantín, 2001; Bolsi y Paolasso, 2007) y constituyen importantes avances en el estudio de la temática.

3. Aspectos metodológicos.

La pobreza constituye un hecho de carácter multifacético con un fuerte acento cultural (González, 1997). Presenta un importante problema para su medición, razón por la cual, es necesario conocer el método utilizado para conocer que tipo de pobreza es la que se está detectando.

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). Además, existen nuevas metodologías diseñadas para el análisis de la pobreza, las cuales

pretenden superar las limitaciones de los métodos clásicos de medición⁴; entre ellas 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.

Este indicador plantea la identificación de hogares pobres a través del reconocimiento de la diferente naturaleza de las situaciones de privación que presentan los hogares. 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 estructural⁵. De esta manera, el método logra clasificar los hogares según posean solo privación patrimonial, solo privación de recursos corrientes, hogares con privación convergente (ambas) y hogares sin privación.

Asimismo, 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 solo 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.

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

En el seno del territorio del Norte Grande Argentino y sobre la base de la intensidad del IPMH, Bolsi y Madariaga (2007) definieron cuatro niveles o grados de pobreza. Es pertinente aclarar que no se encontraron en el NGA departamentos con intensidad del IPMH inferior al 20% ni superior al 80%. En ese rango es posible destacar tres grados ó niveles diferenciados, clasificados en intervalos iguales: bajo, de 20 a 40 por ciento; medio, de 40 a 60 por ciento y

⁴ Cfr Álvarez G. et al (1997). “Las necesidades básicas insatisfechas: sus deficiencias técnicas y su impacto en la definición de políticas sociales”. Ponencia presentada en el Congreso Pobres y Pobreza en la sociedad argentina. Universidad Nacional de Quilmas, Buenos Aires.

⁵ Esta metodología consta de dos indicadores para aproximarse a las privaciones del hogar, ellos son CONDHAB y CAPECO. El primero mide las condiciones habitacionales del hogar, y fue elaborado a partir de las características de los materiales constructivos y de la infraestructura sanitaria que componen la vivienda. El CAPECO (capacidad económica del hogar) procura aproximarse a la insuficiencia de ingresos, y se construye sobre la base de la relación entre los años de educación formal aprobados por los perceptores de ingresos y la cantidad total de miembros del hogar (Álvarez, 2002).

alto de 60 a 80 por ciento. Dado que el interés del trabajo profundiza el estudio en los sectores de mayor privación, se considera necesario discriminar este último nivel en dos sub-niveles, resultando entonces cuatro niveles de intensidad del índice de privación material de los hogares:

Nivel 1: de 20 a 40 por ciento

Nivel 2: de 40 a 60 por ciento

Nivel 3: de 60 a 70 por ciento

Nivel 4: de 70 a 80 por ciento

La tabla 1 exhibe la cantidad de hogares presentes en cada nivel y la proporción que representa respecto al total de hogares del NGA. Del mismo modo, el mapa 1 presenta la distribución espacial de los mencionados niveles de pobreza.

Tabla 1: Norte Grande Argentino. Número de hogares y proporción según niveles de IPMH. (2001)

Nivel de pobreza	Cantidad de departamentos	Total de Hogares	Proporción de hogares respecto al total del NGA
I (20 al 40%)	29	699.978	38.0
II (40 al 60%)	109	995.429	54.1
III (60 al 70%)	29	116.050	6.3
IV (70 al 80%)	8	29.672	1.6
Total NGA	175	1.841.129	100.0

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

Se observa en este mapa que las mayores privaciones están localizadas en seis áreas del territorio, las cuales han sido denominadas “núcleos duros de la pobreza regional”. Estos son la Puna jujeña, el Viejo Corazón aborígen del Gran Chaco, el Chaco algodonero, el campesinado santiagueño, el campesinado correntino y la meseta aborígen de Misiones. Estos núcleos involucran 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).

Sobre la base de los cuatro niveles de pobreza definidos se procuró analizar comparativamente la evolución de los índices vitales. El procedimiento que se siguió en el cálculo de las tasas de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y natalidad fue la aplicación de los promedios trianuales móviles⁶; de esta manera se obtiene una visión de conjunto que describe las tendencias y no resalta los momentos coyunturales.

⁶ Para el cálculo de la tasa vital de cada año se sumaron los hechos vitales correspondientes al año anterior, el año de estudio, y el año posterior, relacionándolos con los hechos vitales acaecidos en el mismo periodo.

Una nota aclaratoria la merece la crítica a las fuentes de información. En este sentido, la calidad del registro de los hechos vitales en el NGA no es buena. Si bien en los últimos años se ha mejorado la calidad de la información, el registro es limitado o ausente en numerosos departamentos del territorio, destacándose la provincia de Santiago del Estero como el área de mayores carencias en cuanto al registro de los hechos vitales. Ante este panorama, existen diversas posturas respecto al uso de estadísticas limitadas. En este trabajo se concibió analizar los resultados tomándolos con cautela y poniendo a consideración la calidad de la fuente. En este sentido, Santiago del Estero es la provincia donde mayores son los sub registros de los hechos vitales.

Asimismo, es pertinente aclarar que la ausencia de datos en determinados años para alguna variable obligó a no considerar al departamento en el mismo año en el cálculo de la tasa vital. De esta manera se evitó recrudescer el subregistro del área.

4. Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal.

En este apartado se analiza el comportamiento de la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal según los cuatro niveles de pobreza mencionados con anterioridad. Las figuras 1, 2 y 3 exhiben la evolución de las respectivas tasas en el periodo 1992-2005.

Se observa en la figura 1 un comportamiento descendente de la tasa de mortalidad infantil en los cuatro niveles, manteniendo cada curva una ubicación razonable de acuerdo a su nivel de pobreza. No obstante, es posible distinguir dos momentos en tal descenso: un primer lapso de descenso sostenido hasta 2001; y un segundo periodo de descenso suave y estacionalidad de la curva, el cual va de 2002 a 2005.

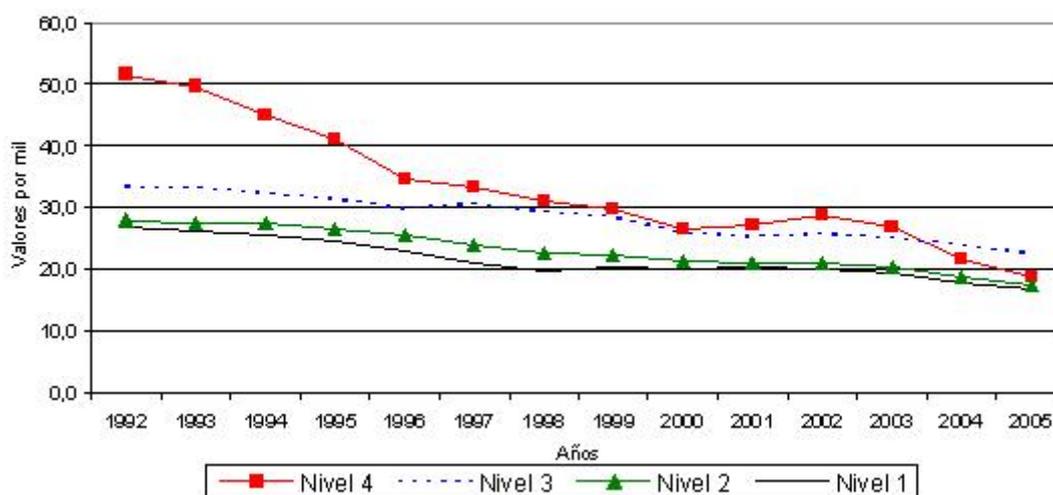
Es claro también que el nivel 4 mostró el mayor descenso⁷. El mismo disminuyó en 32.8 por mil su TMI. En tanto, a partir del año 1995, la curva que representa el nivel 3, se aproxima a aquella del nivel 4, y muestran, desde entonces, sutiles diferencias entre ambas, superando a tal nivel en el año 2004. Las TMI de los niveles 1 y 2 manifestaron una semejanza durante toda la década, con valores similares aunque ligeramente superiores en el nivel 2. Estos conjuntos departamentales solo disminuyeron su TMI en 10.2 por mil en el caso del nivel 1 y 10.4 por mil en el nivel 2.

Se observan también importantes diferencias en las brechas entre los niveles a comienzos y finales del periodo de estudio. En efecto, la diferencia entre la TMI del nivel 1 y la del nivel 4

⁷ Se conjetura que el registro de mortalidad infantil en el nivel 4 en el año 2005 se deba mas a la ausencia de datos vitales disponibles que a una disminución real de la tasa. En efecto, al momento de solicitar las bases de datos, las provincias de Chaco y Salta no tenían aun procesada tal información.

en 1992 era de 24.6 por mil, reduciéndose hacia el año 2005 a una diferencia del 1.9 por mil. Asimismo se presta atención también a que solo tres niveles (1, 2 y 4) descienden su TMI por debajo de la barrera del 20 por mil solo a finales del periodo, valor este último fijado dentro de las metas del milenio en cuanto a mortalidad infantil⁸, mientras para el año 2001 (fecha límite del compromiso), los cuatro niveles mantenían valores por encima del valor al cual la nación había asumido tal compromiso.

Figura 1. Norte Grande Argentino. Evolución de la TMI según niveles de pobreza del NGA. 1992/2005



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

La figura 2 exhibe el comportamiento de la tasa de mortalidad postneonatal en los cuatro niveles de pobreza. Esta tasa, dada la preeminencia exógena en su etiología, está más asociada a la pobreza que la TMI. Se observa en ella un comportamiento especial del nivel 4, el cual presenta valores sumamente elevados respecto al resto de los niveles analizados. No obstante la magnitud de los valores de TMP de este nivel, se observa una tendencia descendente constante, que llevó a una disminución del 22.3 por mil. En tanto, el nivel 3 finaliza el

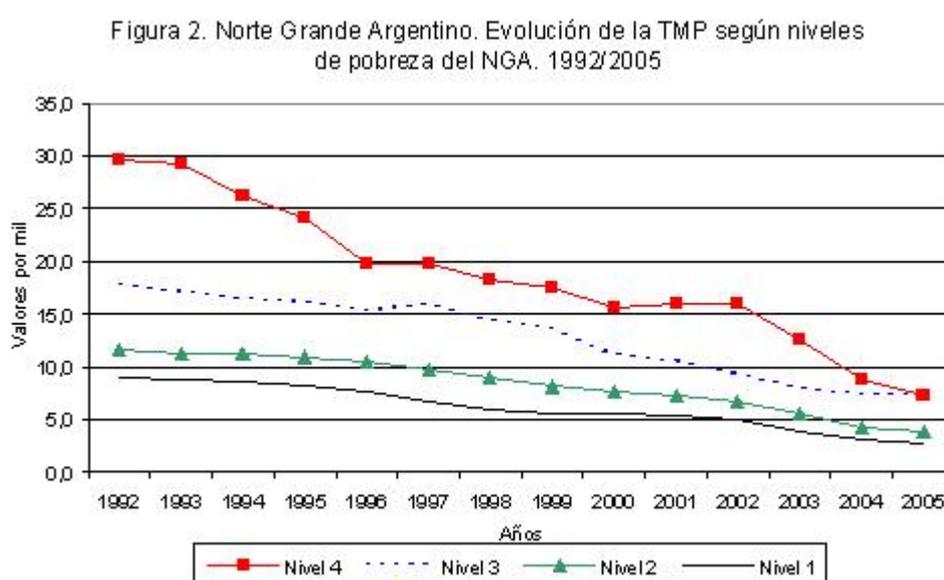
⁸ En septiembre de 1990, en el marco de la Cumbre Mundial de Jefes de Estado a favor de la Infancia en Nueva York, los estados participantes se comprometieron a “dirigir todos los esfuerzos y recursos posibles a elevar la calidad de vida del las madres y los niños y, a la vez, asegurarles un lugar prioritario 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).

periodo igualando en el año 2005 el valor registrado por el nivel 4, habiendo mantenido en 1992 una diferencia con respecto a este del 18.2 por mil.

En los niveles 1 y 2 se observa el mismo paralelismo que se evidenciara respecto a la TMI, operando un descenso de 6.2 por mil en el nivel 1 y de 7.6 por mil en el nivel 2. Es indiscutible también la tendencia a la disminución de la amplitud entre los cuatro niveles a finales de la década, del mismo modo que se observara respecto a la TMI.

Se observa también un comportamiento estacionario en las curvas de TMP de los niveles 1, 2 y 3 a partir del año 2001, y no así con la del nivel 4, la cual sigue operando un marcado descenso.



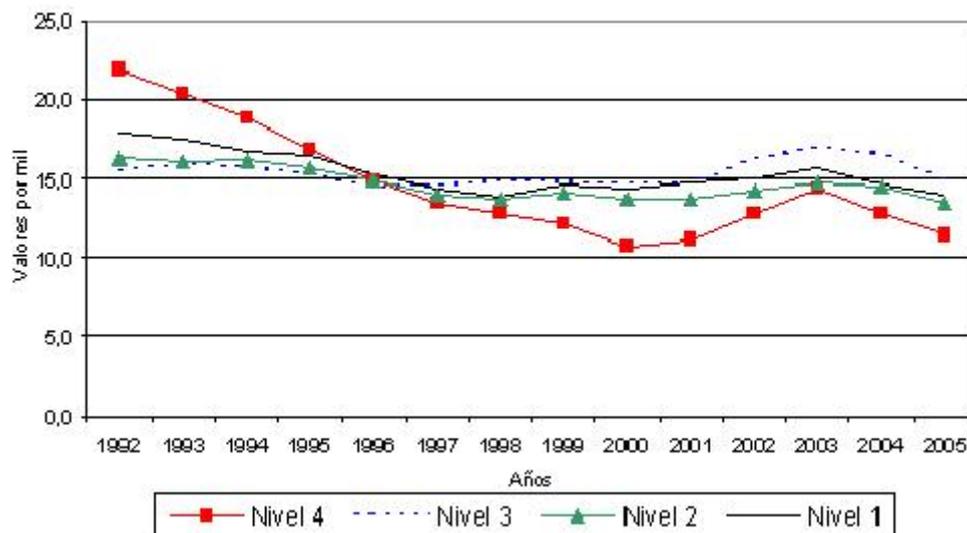
Fuente: PNES y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.
Elaboración propia.

La figura 3 muestra el comportamiento operado por la tasa de mortalidad neonatal. En este caso ocurre una situación distinta a la analizada con anterioridad. Los niveles 1, 2 y 3 muestran paralelismo y un comportamiento estacionario a lo largo de todo el periodo, incluso con algunos ascensos posteriores al año 2001. No obstante, es evidente un sutil descenso que en el caso del nivel 1 alcanza el 3.9 por mil, en el nivel 2 el 2.8 y en el 3 el 0.4 por mil. Sin embargo, lo singular de este gráfico lo constituye el nivel 4, el cual opera un descenso de gran magnitud, que a pesar del pico operado sobre finales del periodo, pasa de tasas de 21.8 por mil en 1992 a tasas de 11.4 por mil en 2005, logrando de este modo un descenso de 10.4 por mil en su TMN, valor este que resulta 20 veces superior al declive evidenciado por el nivel mas próximo a este, o sea el nivel 3. De esta manera, el nivel 4 alcanza a partir del año 1996 la TMN más baja en relación al resto de los niveles considerados, lo cual se explica por una

concentración, dentro de las muertes infantiles, de las muertes ocurridas en el periodo postneonatal en detrimento de las registradas en el periodo neonatal.

Como lo afirman Guzmán y Orellana (1987), se debe tener en cuenta que los avances médicos actuales, en su afán de reducir la mortalidad neonatal a través de las causas endógenas de muerte, lo que estarían realmente produciendo sería un desplazamiento de las muertes de carácter endógeno hacia el período postneonatal. Del mismo modo, el Programa Nacional de Estadísticas de Salud plantea que muchos neonatos de alto riesgo (pretérmino, bajo peso, etc.) aun sobreviviendo al periodo neonatal, quedan con déficits para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente y fallecen durante el periodo postneonatal (PNES, 1996: 23).

Figura 3. Norte Grande Argentino. Evolución de la TMN según niveles de pobreza del NGA. 1992/2005



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

Con lo que se examinó hasta aquí se procuró analizar los comportamientos de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en los distintos niveles de pobreza. La tendencia descendente es común en todos los casos analizados, aunque en mayor medida en unos que en otros. Los niveles 1 y 2 no muestran diferencias importantes y se caracterizan por el sincrónico comportamiento. A estos dos niveles, le es similar el comportamiento del nivel 3 en las tasas de mortalidad neonatal fundamentalmente, en tanto es mas parecido al nivel 4 en el resto de las variables.

Por último, el nivel 4 es el que presenta un comportamiento similar al de sociedades más atrasadas y en los inicios de la transición demográfica, con tasas de mortalidad infantil y postneonatal elevadas, aun luego de operar un descenso significativo.

5. Las Causas de Mortalidad Infantil.

Como se ha mencionado con anterioridad, la tasa de Mortalidad Infantil es un indicador estrechamente relacionado con las condiciones de vida de las poblaciones, de manera que el desarrollo socioeconómico, la capacidad de los servicios de salud y la accesibilidad de la población a éstos inciden directamente en la probabilidad de sobrevivida de los menores de un año (OPS, 1999:18).

En los 4 niveles de intensidad de pobreza se ha observado una disminución de las tasas de mortalidad infantil, advirtiéndose una relación directa entre ambas variables. El nivel 4 que presenta la situación más crítica con respecto al IPMH posee la tasa de mortalidad infantil más elevada durante casi todo el periodo de estudio; por tal motivo es de esperar que esta situación crítica se pueda observar al analizar la composición de las causas que provocan dichas defunciones.

El análisis de las causas de mortalidad infantil y de los factores condicionantes permiten diseñar, mantener y fortalecer las estrategias de salud pública destinadas a su reducción, las que junto al desarrollo social, cultural y económico de los grupos de menores recursos permitirán estrechar la brecha de desigualdad en salud infantil (Donoso, 2004).

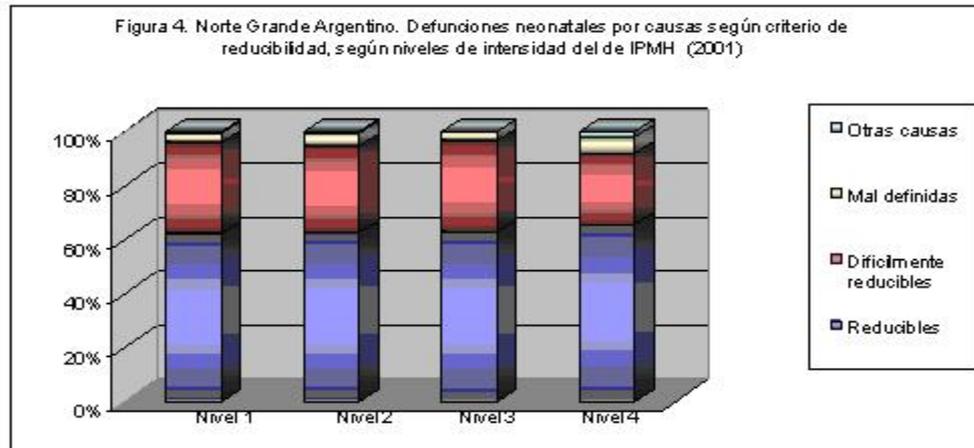
Debido a los cambios operados en los criterios para clasificar las defunciones, se decidió utilizar para este estudio los datos correspondientes a 2001, año con el cual fueron definidos los niveles de pobreza.

Mientras, en los países más desarrollados se ha avanzado mucho en la definición de criterios más puros de reagrupar las causas de muerte, para los países en desarrollo sigue siendo válido agrupar las causas de acuerdo con las posibilidades de combatir las enfermedades según distintos tipos de programas y es de gran utilidad para formular políticas de salud (Chackiel, 1987). Dentro de este marco se analizaron, para cada nivel de intensidad del IPMH, las causas de defunciones infantiles según el criterio de reducibilidad.

Debe tenerse en cuenta que la disminución de las tasas de mortalidad infantil va acompañada por cambios en la composición etiológica que se evidencia en el paulatino descenso de la proporción de casos reducibles y el correlativo aumento de los casos difícilmente reducibles.

Al analizar las defunciones neonatales se puede observar que los cuatro niveles de pobreza presentan una alta proporción de defunciones por causas reducibles, más del 60%, con

pequeñas diferencias entre uno y otro nivel. Si bien, cabe destacar que el nivel 4, presenta un porcentaje relativamente superior y el menor porcentaje de defunciones difícilmente reducibles.

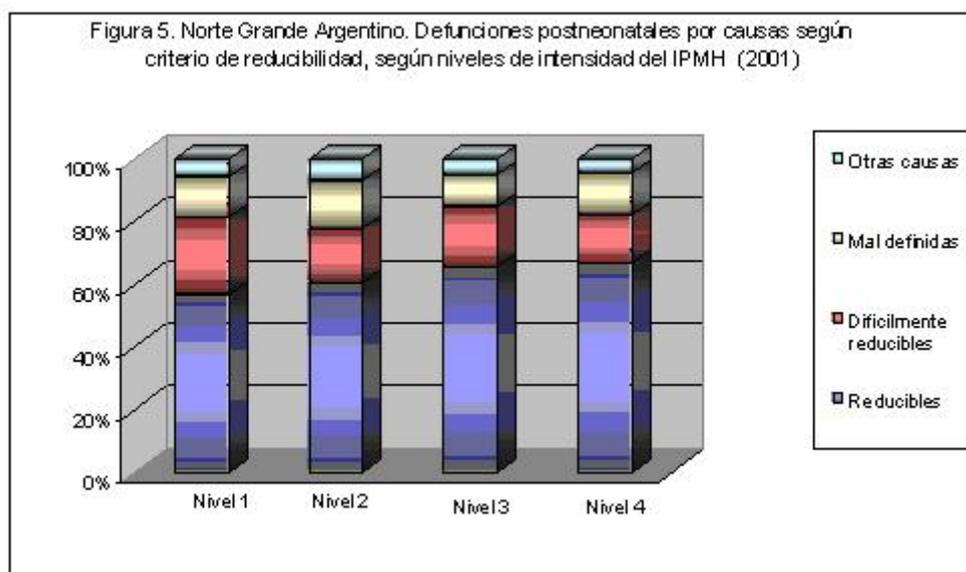


Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia.

Los niveles 1, 2 y 3 no presentan mayores diferencias, si bien cabe recordar que la mortalidad neonatal tiene estrecha relación con la atención maternal (prenatal y del parto), y que la mortalidad postneonatal la tiene con las condiciones ambientales y la atención infantil. Por otra parte se debe tener en cuenta también que para determinar los cuatro niveles se utilizó el criterio de intensidad del IPMH, el cual no contempla la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud. En los departamentos que integran el nivel 4 se observa reducción porcentual de las causas de muerte difícilmente reducibles e incremento relativo de las causas reducibles y las mal definidas.

Como era de esperar, en las defunciones postneonatales las diferencias entre los cuatro niveles son más significativas, se observa un aumento de la proporción de causas reducibles a medida que ascendemos en los niveles de pobreza (Figura 5).

Es indudable que por el tipo de causas que predominan en este período, la mortalidad postneonatal constituye todavía una reserva para lograr reducciones futuras de la mortalidad en el primer año de vida; se hace necesario entonces identificar aquellos factores socioeconómicos que pueden ser considerados como factores de riesgo predominantes en esta etapa de la vida del infante, y determinar a su vez su trascendencia social, con vistas a dirigir los esfuerzos a realizar tanto por el sistema de salud como por la sociedad en su conjunto para lograr progresos relevantes en esta esfera.



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

Al analizar la mortalidad infantil en los cuatro niveles de pobreza, de acuerdo con la clasificación de los grandes grupos de causas (figura 6), se puede observar claramente la relación existente entre la mortalidad infantil y las condiciones de vida que rodean al niño.

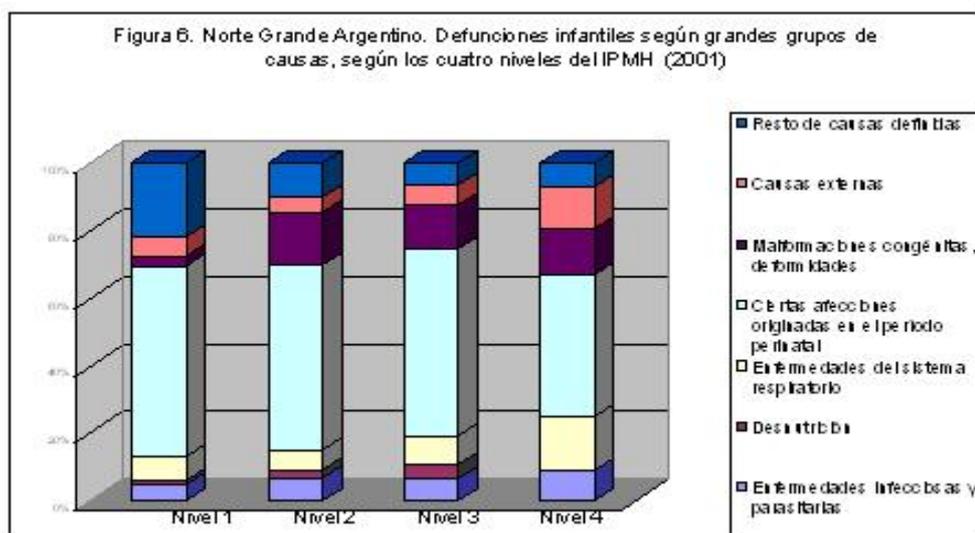
En los cuatro niveles, las causas de la mortalidad infantil se centran principalmente en las afecciones perinatales (como prematurez, bajo peso al nacer, etc.) y las malformaciones congénitas que dan cuenta de más del 50% de todas las defunciones de menores de 1 año.

Pero, las diferencias entre los niveles se observan fundamentalmente en la proporción de causas directamente relacionadas con las condiciones de vida que rodean al niño como ser enfermedades infecciosas y parasitarias, desnutrición y enfermedades del sistema respiratorio. Estas tres causas son responsables del 25% de las causas definidas en el nivel 4 y disminuyen a medida que decrecen los niveles de pobreza representando el 19%, 15% y 13% en los niveles 3, 2 y 1 respectivamente.

Es importante destacar el comportamiento de las defunciones por desnutrición que sí bien experimentan un incremento a medida que aumenta la criticidad en los niveles 1, 2 y 3 no se registran casos en el nivel de mayor carencia que es el 4 pero adquieren un peso considerablemente superior las enfermedades del sistema respiratorio especialmente la neumonía y las enfermedades infecciosas y parasitarias siendo la diarrea la principal causa.

Es notable, además, el peso relativo que representan, en los departamentos más pobres, las defunciones por causas externas, relacionadas directamente con los cuidados de los infantes

que en muchas ocasiones quedan expuestos a peligros hogareños o al resguardo de otros niños sin que estos puedan brindarles la seguridad que necesitan.



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

En los países latinoamericanos, tal y como sucede en la casi totalidad de los países subdesarrollados, las defunciones que se producen entre los 28 días de nacido y los 11 meses cumplidos representan una proporción elevada del total de muertes infantiles y son provocadas, en su mayoría, por enfermedades infecciosas y parasitarias, causas esencialmente prevenibles con intervenciones oportunas de los servicios de salud y — sobre todo — con mejoras sustanciales en las condiciones de vida de la población.

6. La fecundidad según niveles de intensidad de la pobreza.

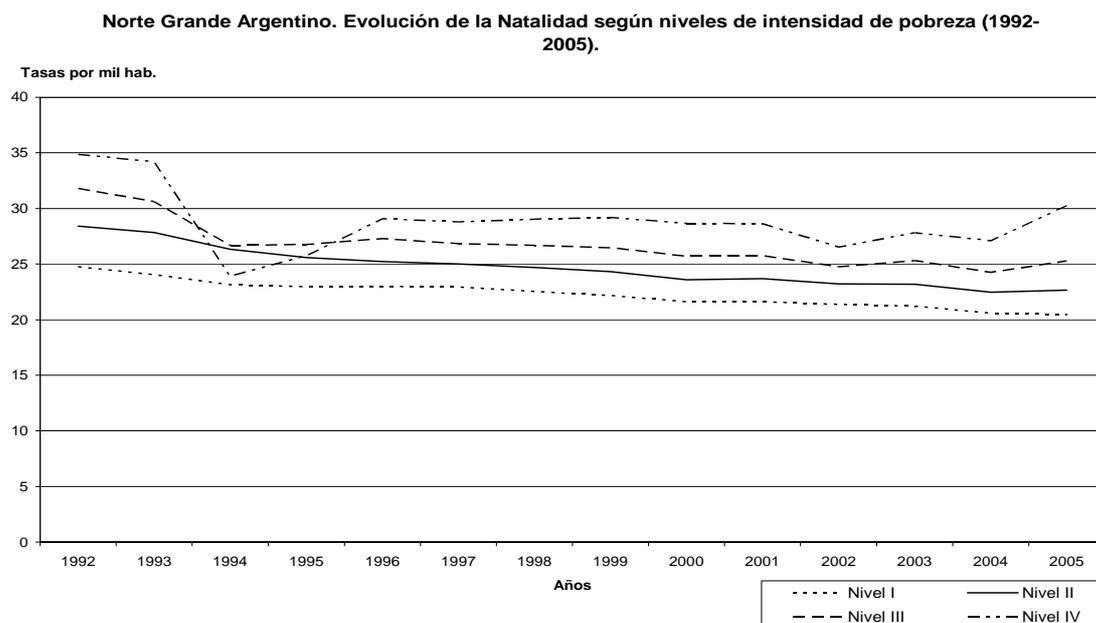
Entre 1992 y 2005 la región del Norte Grande Argentino experimentó descenso en sus niveles de natalidad⁹, pasándose del 27.50 por mil en 1991, al 23.14 por mil en 2001 y al 22.09 por mil en 2005. A pesar de ello, los valores se ubicaron siempre por encima del promedio nacional, aunque la brecha región-país se redujo significativamente en el lapso.

Los valores de la natalidad del Norte Grande Argentino esconden diferencias significativas en el interior de la región y como podemos apreciar en la figura 7, a lo largo de todo el período, los departamentos que conforman los niveles 1 y 2 (menos pobres) registraron siempre tasas

⁹ La tasa de natalidad expresa la relación entre el número de nacidos vivos cada mil personas en un año determinado. En esta variable, al igual que con la mortalidad infantil, se han calculado las tasas según trienios móviles.

más bajas de natalidad y las jurisdicciones de los niveles 3 y 4 (más pobres) alcanzaron tasas más elevadas.

Las curvas que representan la natalidad en las diferentes áreas de análisis, dibujan pendientes más pronunciadas a inicios del período, especialmente entre 1993 y 1995. Se advierte que la curva que representa al nivel 4 de intensidad de la pobreza registró una anomalía en su trazado entre 1993 y 1996 ocasionada por subregistro de nacimientos en los departamentos de Santiago del Estero que conforman el grupo, lo cual influencia en el conjunto.



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

Desde mediados de la década de 1990, se observa que las jurisdicciones de los niveles 1 a 3 registraron una lenta caída de la natalidad, mientras los valores de la natalidad de los departamentos que conforman el nivel 4 se estacionaron hasta 2001 y a partir de entonces la curva dibuja un trazo zigzagueante para incrementarse en el último año considerado. Sin embargo, debe advertirse que para el año 2005 las estadísticas no consignan el número de nacidos vivos para numerosos departamentos correspondientes a todos los subgrupos.

Por otra parte la brecha entre los niveles de natalidad de los grupos de mayor y mínima intensidad de la pobreza, a inicios y fines del lapso considerado, prácticamente se mantiene en valores de alrededor del 10 por mil y la diferencia se redujo al 7 por mil a mediados del periodo analizado. Esta situación es totalmente diferente a lo observado en la mortalidad infantil, ya que en este caso la brecha entre los mismos grupos, evidencia una merma importante en todo el lapso, como ya se ha manifestado.

Los valores alcanzados por cada subconjunto esconden importantes desigualdades entre los departamentos que conforman cada grupo y numerosos departamentos de Santiago del Estero correspondientes a los grupos 3 y 4 registran valores bajos de natalidad e inferiores al 10 por mil hacia 2001 (entre los más bajos de la provincia), lo que delata el marcado subregistro de los nacimientos.

Acorde con la declinación de la natalidad, entre 1992 y 2005 la fecundidad del Norte Grande Argentino experimentó también descenso, reduciéndose de 133 a 66 el número de mujeres de cada mil que tuvieron un hijo en el año de referencia, como puede apreciarse en la tabla 2. Se pone de manifiesto además, que el comportamiento registrado en la natalidad puede apreciarse también en la fecundidad. Entre 1991 y 2001 se registró en la región y en todas las sub-áreas la mayor parte del descenso de todo el período y además esta declinación de la fecundidad es pronunciada en los departamentos de los grupos 3 y 4. Desde 2001 a 2005, si bien el descenso es más suave en todas las áreas de análisis, la diferencia es aun más marcada en los departamentos más pobres.

Tabla 2: Niveles de fecundidad según intensidad de la pobreza. Años 1991, 2001 y 2005.

Niveles de intensidad de pobreza	Tasa de fecundidad general (valores por mil) ¹⁰			Tasa global de fecundidad aproximada (hijos por mujer) ¹¹		
	1991	2001	2005	1991	2001	2005
1	128.04	82.70	68.28	4.48	2.89	2.38
2	129.70	99.36	63.57	4.59	3.48	2.22
3	186.91	119.98	76.18	6.54	4.20	2.66
4	260.76	140.84	104.03	9.12	4.93	3.64
Norte Grande	133.38	110.72	66.42	4.66	3.88	2.32

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Elaboración propia

En la tabla precedente, se percibe con total nitidez la fuerte asociación entre pobreza y fecundidad, variable medida en 1991, 2001 y 2005. Según estos datos la diferencia en la tasa de fecundidad general y en la tasa de fecundidad global entre los niveles 1 (menos pobre) y 4

¹⁰ La tasa de fecundidad general expresa el número de nacidos vivos cada mil mujeres en edad de procrear, es decir entre 15 y 49 años. Para dicho cálculo, en 1991 y 2001 se han usado las estadísticas censales sobre la población femenina por grupos censales; para 2005 se han utilizado datos estimados a partir de proyecciones realizadas para cada jurisdicción.

¹¹ La tasa global de fecundidad se calcula a partir de las tasas específicas de fecundidad por edades de las madres. Debido a que las estadísticas empleadas no clasifican a los nacidos vivos según grupos quinquenales de edad de las madres, se ha calculado la tasa global de fecundidad de manera aproximada. Es decir a partir del producto entre el valor de la tasa de fecundidad general y el número de años fértiles (35) de las mujeres y dividido en 1000.

(más pobre) es notable y se redujo considerablemente en el lapso. En efecto, en el año 1991 en el nivel 4 de cada mil mujeres en edad de procrear, 261 tuvieron un hijo en el año de referencia y ello representa a 132 mujeres más de cada mil que en los departamentos del nivel 1; en cambio hacia el año 2005, 104 mujeres de cada mil en edades reproductivas tuvieron un hijo en los departamentos del nivel 4 mientras en el nivel 1 la tasa de fecundidad general registrada fue del 68 por mil y en el nivel 2 aún más baja: 63.57 por mil.

Por su parte, en las jurisdicciones más pobres las mujeres tuvieron casi cinco hijos más que en las áreas con menor intensidad de la pobreza en 1991 y en 2005 la diferencia entre los mismos grupos, era sólo de un hijo más por mujer, a favor de las mujeres del grupo 4.

Estos valores demuestran que si bien los patrones de reproducción en las áreas más pobres, rurales predominantemente, experimentaron un descenso marcado, el número de hijos por mujer permanece más alto que el promedio regional, lo cual delata el estado menos avanzado del proceso de transición demográfica en estas áreas.

Comparando los perfiles de fecundidad y de mortalidad infantil según los niveles de intensidad de la pobreza, se pone en evidencia que existe una relación positiva entre las dos variables. En este sentido, la alta fecundidad de las áreas más pobres puede interpretarse como una adaptación a la mortalidad infantil elevada. Pero además, deben tenerse en cuenta que estas zonas tienen peculiares caracteres geográficos, culturales y socio-económicos que inciden en la formación de un modelo ideal de familia con muchos hijos. En efecto, en sociedades tradicionales y mucho más en aquellas rurales y con cierto aislamiento geográfico -como se detectaron en este análisis- las relaciones familiares se amplían. Es decir que los vínculos familiares se responsabilizan de una amplia gama de actividades (la producción, el consumo, la asistencia en la enfermedad y en la ancianidad, el esparcimiento entre otras) que en las sociedades modernas son cubiertas por instituciones no familiares, lo cual refuerza el modelo de familia numerosa e incide en una alta fecundidad.

Por otra parte, a la hora de explicar el comportamiento reproductivo de los grupos poblacionales más pobres y especialmente de aquellos con economías de base agraria como en el caso de los departamentos de niveles 3 y 4 del Norte Grande, se debe enfatizar en el aspecto económico. En este sentido -y siguiendo a Becker y a la Escuela Económica de Chicago- en las familias de escasos recursos la alta fecundidad es una conducta racional ya que cuanto más hijos se incorporan tempranamente al mundo del trabajo, mayor la contribución a la supervivencia familiar. Por lo tanto, como fuente de trabajo o de ingresos la “utilidad o valor económico” de un hijo disminuye en relación inversa al ingreso familiar y también decrece a medida que una sociedad va experimentando desarrollo económico por

cuanto aumenta la previsión y seguridad social (seguridad en la ancianidad), se reducen las posibilidades de empleo infantil y aumentan los costos de crianza y educación de los hijos.

Asimismo, la ruralidad, el aislamiento, la falta de recursos en estas poblaciones ocasiona una escasa exposición a la difusión de ideas, costumbres, formas de control de la natalidad, de manera tal que el comportamiento reproductivo de estas poblaciones, de alguna manera escapa a las influencias de las sociedades modernas y occidentales.

Además, en un contexto de carencia educacional, propia de las áreas más pobres, no se estimulan comportamientos de manera tal que puedan resultar incompatibles con una familia numerosa. Al respecto se conjetura que existe una “cultura de la pobreza” asociada a una conducta reproductiva con escaso control de la fecundidad. En el estudio de la mortalidad infantil hemos podido identificar que dicha cultura se manifiesta en “enfermedades propias de la pobreza”, que ocasionan muertes prematuras en los menores de un año.

7. Consideraciones finales.

Con el análisis realizado pudo observarse que, a pesar que los índices vitales mostraron una tendencia descendente según los niveles de pobreza durante el periodo de estudio, hacia fines del lapso, las áreas con mayores carencias siguen siendo las que presentan los registros más altos; a excepción de la tasa de mortalidad neonatal, la cual mostró estacionalidad en los tres primeros niveles de pobreza y un marcado descenso en el nivel más pobre; y esto, como se mencionó, obedecería, a la alta proporción que ocupan las muertes postneonatales en esta área de extrema pobreza.

En el proceso evolutivo de la mortalidad infantil, postneonatal, y de la natalidad, se distinguieron dos momentos: de 1992 a 2001, y de 2002 a 2005. El primero se caracterizó por un continuo descenso en los valores de los índices, mientras el segundo evidenció una estacionalidad en tal comportamiento.

El presente estudio puso de manifiesto la marcada asociación existente entre el fenómeno de la pobreza y el de los índices vitales. En efecto, se comprobó que las áreas más pobres mantienen los registros de mortalidad infantil y postneonatal más elevados, en ellas la mortalidad infantil evitable o reducible es mayor en comparación a las otras áreas, habiéndose detectado en ellas enfermedades/causas de muerte características de la pobreza. Asimismo, los registros de natalidad, fecundidad general y el número de hijos por mujer se presentan superiores en relación a las áreas con menores niveles de pobreza.

Por último, el análisis realizado ayuda a comprender la marcada asociación entre la teoría de la transición demográfica y la pobreza, donde los índices vitales reflejan una clara

manifestación de las carencias materiales de la población. Por lo tanto se comprueba el estado menos avanzado de la transición demográfica en los departamentos con mayor intensidad de la pobreza.

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.

Behm Rosas, Hugo. “Mortalidad infantil y nivel de vida”. Editorial de la Universidad de Chile. Santiago, Chile. 1962.

Bolsi, Alfredo. “Población y territorio en el Norte Grande Argentino”. Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Caxambú, Brasil. Versión CD. 2004.

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.

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

CEPAL. Población, salud reproductiva y pobreza. Documento presentado en el 27° periodo de sesiones. Araba, mayo. 1988.

CEPAL. Población, equidad y transformación productiva. CEPAL/CELADE. Santiago, Chile. 1996.

Chackiel, Juan. (1987). La investigación sobre causas de muerte en la América Latina. Notas de población, vol. 5 N° 44. CELADE. Santiago de Chile

Donoso S, Enrique. Desigualdad en mortalidad infantil entre las comunas de la provincia de Santiago. Revista médica de Chile, vol.132, no.4. 2004

Fantín, Alejandra. Transición en la mortalidad infantil. El caso del Chaco. En VI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Buenos Aires, Argentina. 2003.

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.

Gershanik, Alicia. Salud de los niños y empobrecimiento: su atención. En Alberto Minujín et al. Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina. UNICEF / LOSADA. Buenos Aires. 4° edición. Pp 143-171. 1997.

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. 2005.

Gómez, Alicia; Mario, Silvia y Olmos Fernanda. La heterogeneidad de la pobreza: perfiles demográficos comparados. En VII Jornadas de la Asociación de Estudios de Población Argentina (AEPA). Tucumán, Argentina. 2005.

González, Horacio. El sujeto de la pobreza: un problema de la teoría social. En Alberto Minujín et al. Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina. UNICEF / LOSADA. Buenos Aires, 4º edición. 1997.

Guzmán, José Miguel; Orellana, Hernán. Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal en algunos países de América Latina. En Notas de Población N° 44. CELADE, Santiago de Chile. Pp. 31-56. 1987.

Madariaga, Horacio; Ortiz de D'Arterio J. Patricia, Longhi, Fernando. Características de la pobreza en los hogares del Norte Grande argentino. Su relación con la mortalidad infantil. Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Caxambú, Brasil. Versión CD. 2004.

Meichtry, Norma; Fantín, Alejandra. Condiciones ambientales, procesos de ocupación y desarrollo y calidad de vida en el Nordeste de Argentina. En G. Velázquez. Geografía, calidad de vida y fragmentación en la Argentina de los noventa. Análisis regional y departamental utilizando Sig's. Centro de Investigaciones geográficas. U. N. del Centro de la Prov. de Bs. As. Tandil, pp. 114-137. 2001.

Meichtry, Norma; Paolasso, Pablo; Mignone, Marcelo; Ortiz, Patricia; Fantín Alejandra, Bolsi, Alfredo. Pobreza en el Norte Grande Argentino. Consideraciones teóricas y propuesta metodológica. Ponencia presentada al Simposio EPS-6 del 51º Congreso Internacional de Americanistas, Santiago, Chile. 2003.

Minujín, Alberto. En la rodada. En Alberto Minujín et al. Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina. UNICEF / LOSADA, Buenos Aires, 4º edición. 1997.

Minujín, Alberto; Kessler, Gabriel. La Nueva Pobreza en Argentina. Grupo Editorial Planeta, Buenos Aires. 1995.

Organización Panamericana de la Salud. 1999. Situación de Salud. Argentina 1999.

Pantelides, Edith A. y Marcela Cerrutti. Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia. Cuadernos del CENEP n° 47. Buenos Aires. 1992.

Romero, Dalia; Landman Szwarcwald, Celia. Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta. En Rutstein S. Infant and child mortality levels, trends and demographic differentials. WFS Comparative Studies, N° 24. 1994.

Schkolnik, Susana. Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud. Artículo 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, México. 1998.

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.

Taucher, Erica. Fecundidad y Mortalidad Infantil. Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina. CLACSO-IDRC. 1989.

Trifiró, Cristina. Condiciones de vida y mortalidad infantil en los departamentos de la provincia de Mendoza. En VI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. AEPA, INDEC. Buenos Aires. 2001.

ANEXO

