

CARACTERÍSTICAS DE LA POBREZA EN LOS HOGARES DEL NORTE GRANDE ARGENTINO. SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD INFANTIL¹

J. Patricia Ortiz de D'Arterio²

Hugo Fernando Longhi²

Horacio Leonardo Madariaga²

Introducción

Más del 40 % de la población total del país está por debajo de la línea de pobreza, según la Encuesta Permanente de Hogares en octubre de 2002. Lo que significa que los recursos de estos hogares no son suficientes para cubrir los requerimientos mínimos de la canasta familiar.

La mayor proporción de estos hogares en situación de pobreza están ubicados en el Norte Grande Argentino (NGA), región que abarca las 9 provincias septentrionales y cuya superficie representa más del 27% del total nacional continental.

Hasta el momento a escala nacional el mapa de la pobreza es un tema pendiente. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años, tanto a nivel oficial como desde las distintas universidades, para desarrollar indicadores de carencia, aún no se ha encontrado un método eficaz para dimensionar la pobreza y aplicarlo a distintas escalas de análisis, o en distintos momentos históricos.

La pobreza puede ser medida a partir de distintas metodologías, entre las que se destacan el método de Costo de las Necesidades Básicas, también conocido como Línea de Pobreza (**LP**) capaz de identificar situaciones de pobreza coyuntural y el método de Necesidades Básicas Insatisfechas (**NBI**) el cual, ha significado un importante aporte para la identificación de ciertas carencias críticas de la población y la caracterización de la pobreza estructural³.

Este índice, sólo permite distinguir a los hogares con carencias críticas de aquellos que no las tienen, pero no permite identificar la magni-

tud de dichas carencias. Tampoco constituye una medida eficaz de la pobreza en el sentido que permita medir en forma relativa la situación de pobreza de un conjunto de hogares. Existen propuestas que buscan superar este problema, entre ellas cabe destacar el enfoque bidimensional y el enfoque integrado, que combinan el método NBI con el método de la LP, es decir buscan mejorar la caracterización de los pobres, favoreciendo la percepción incompleta del fenómeno que genera cada método por separado. Sin embargo estos nuevos métodos son cuestionables, debido a que se mezclan indiscriminadamente conceptos de pobreza, divergentes entre sí, implícitos en cada uno de ellos. (Feres y Mancero, 2001).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) presentó un indicador que se aproxima a la “insuficiencia de ingresos”, determinado a partir de datos censales, denominado **CAPECO** (Capacidad económica de los hogares), que reemplaza al utilizado en el método de NBI (Alvarez, 2002) y está desarrollando un indicador de privación patrimonial del hogar denominado **CONDHAB** (Condiciones habitacionales de hogar), (Alvarez, et al, 2003), que toma en cuenta las condiciones de la vivienda. El CAPECO y el CONDHAB en conjunto serían la “medida” alternativa a las NBI que propondría el INDEC, en adelante.

En el marco del proyecto de investigación denominado “Variaciones de la pobreza en el Norte Grande en la década del 90” y desarrollado en forma conjunta entre la Universidad Nacional de Tucumán y el Instituto de Investigaciones Geohistóricas del CONICET (Resistencia) se desarrolló un índice denominado Índice de pobreza compuesto (**IPC**) el cual resulta de componer tres carencias: la de vivienda, la de educación y la de trabajo.

Para cada carencia se otorga un valor que varía entre 0 y 100, y como resultado de la sumatoria vectorial de estas carencias se obtiene un índice (IPC) que varía también entre 0 y 100. Esta herramienta nos permite por un lado, describir las características de los hogares en cuanto a las condiciones constructivas de la vivienda en que habitan y a la capacidad de los miembros del hogar para conseguir y utilizar los recursos económicos y, por otro, elaborar una tipología de hogares.

Como el índice se construye a partir de información puntual proporcionada por los Censos Nacionales de Población, el indicador se muestra limitado para realizar un “seguimiento histórico” de la distribución de los hogares carenciados. En consecuencia si se quiere estudiar la evolución en los períodos intercensales, es necesario aplicar una metodología indirecta, basada en indicadores correlacionados con la pobreza.

La mortalidad infantil es una de las variables que se relaciona directamente con las condiciones socio-económicas de la población, con los niveles educativos, con la escasa disponibilidad de recursos y la insuficiente infraestructura de servicios médicos y sanitarios así como con la deficiente prestación de servicios asistenciales. Por lo tanto hipotética-

mente esta variable tendría una fuerte correlación con los indicadores de carencia y permitiría visualizar la evolución del mapa de la pobreza en el transcurso de un período intercensal.

Es objetivo de este trabajo mostrar cómo se distribuyen los hogares en el NGA según determinadas características relacionadas con sus carencias estructurales para 1991 (IPC) y medir el grado de correlación que existe con la mortalidad infantil. A partir de este conocimiento será posible en trabajos posteriores estimar la evolución de la distribución de la pobreza en el Norte argentino durante la década 1991-2001.

Tratándose de la mortalidad infantil⁴ se han usado como fuente básica las estadísticas vitales proporcionadas por el Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

La pobreza en el Norte Grande Argentino según el índice de pobreza compuesto

El índice IPC se construyó a partir de tres modelos considerados indispensables para evaluar la pobreza. En el primero, “características de la vivienda”, se incorporaron los elementos constructivos más representativos: material del techo, instalación eléctrica y sanitaria, y hacinamiento. El segundo modelo define el “nivel de instrucción”, ponderando el nivel de cada miembro mayor de 14 años, para luego calcular el promedio para cada hogar. El tercer modelo representa la “condición ocupacional”, ponderando la situación de cada uno de los miembros mayores de 14 años y promediando el valor alcanzado dentro de cada hogar.

La cartografía es un elemento fundamental para entender la distribución espacial de los hogares pobres y el empleo de los sistemas de información geográfica (**SIG**) no solo facilita la producción de ésta, sino que presenta múltiples herramientas para un análisis profundo de la información. Debido a que el índice IPC es un valor real que varía entre 0 y 100 para cada hogar, para poder representarlo en el mapa departamental, es necesario calcular una proporción representativa para ser asignada a cada unidad cartográfica. A su vez para poder calcular estas proporciones es necesario definir el valor capaz de separar los hogares en situación de pobreza.

Con el fin de determinar a partir de qué valor IPC un hogar es considerado “pobre”, se definió un modelo denominado “crítico”. El valor calculado definido como umbral de pobreza es de 30.80 y el procedimiento para calcular cada uno de los componentes se basa en sintetizar un hogar en situación extrema.

A partir de los valores del índice IPC calculados para cada hogar se realizó un histograma de frecuencias a fin de conocer más profundamente la distribución de los valores asignados. Analizando la distribución de los hogares en esta situación de pobreza ($IPC > 30.80$), para la provincia de Tu-

cumán, calculamos que el 22.49 % de hogares se encuentra por encima de este umbral en 1991.

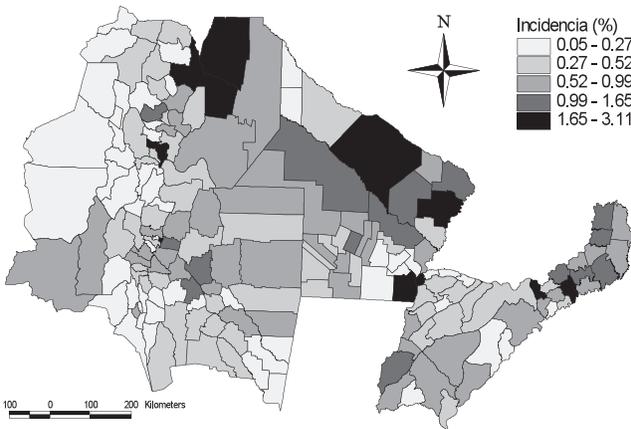
Según la publicación “Mapas de la pobreza en Tucumán” (CEPA, INDEC, 1994), el porcentaje de hogares con NBI para el año 1991 es del 22.0%, valor que coincide con el resultado obtenido con el IPC.

Para la representación del índice IPC en el territorio del Norte Grande Argentino a nivel departamental fueron dos los criterios que se tuvieron en cuenta: el criterio de incidencia y el criterio de prevalencia⁵ de la pobreza.

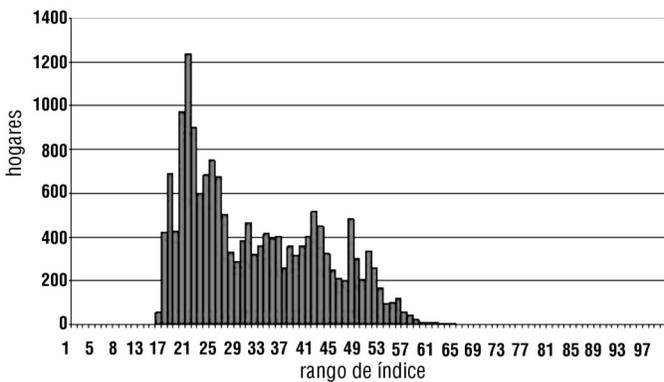
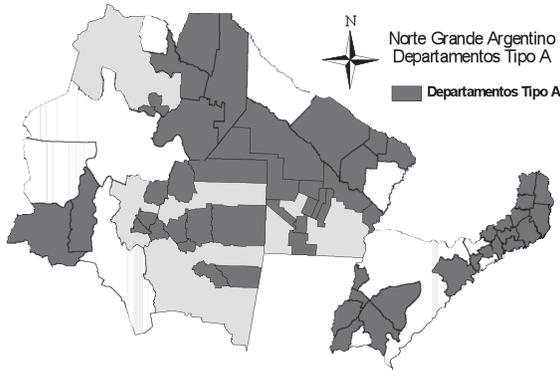
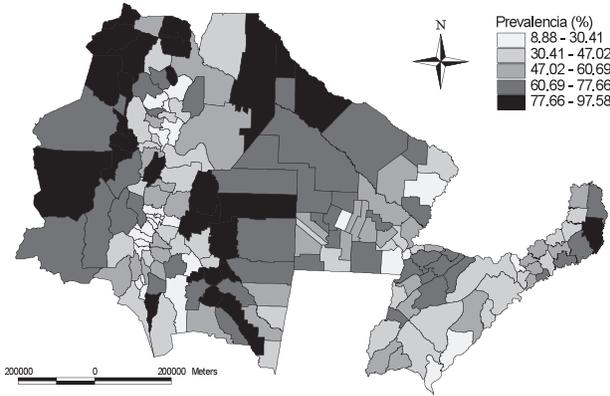
El criterio de incidencia, calcula el porcentaje de hogares en situación de pobreza con respecto al total de hogares pobres de la región (Mapa1). El criterio de prevalencia calcula el porcentaje de hogares pobres de cada departamento con respecto al total de hogares del departamento (Mapa 2). En este mapa se refleja entonces la situación de cada departamento independientemente del resto de la región.

A partir de estas clasificaciones se procedió a determinar qué relaciones existen entre los dos criterios utilizados y se elaboró la tipología que se detalla a continuación:

- **Tipo A. Departamentos con porcentajes altos de prevalencia e incidencia:** Son los departamentos más pobres de la región. Muy poblados y con alto porcentaje de hogares pobres (> 30.41 %), es decir, aportan un importante porcentaje (> 0.52 %) al total regional de hogares en situación de pobreza. Entre ellos se destacan los ubicados en el centro de Formosa, centro norte de Chaco, el este salteño y santiagueño, el oeste catamarqueño, sudoeste de la provincia de Corrientes y la casi totalidad de la provincia de Misiones.



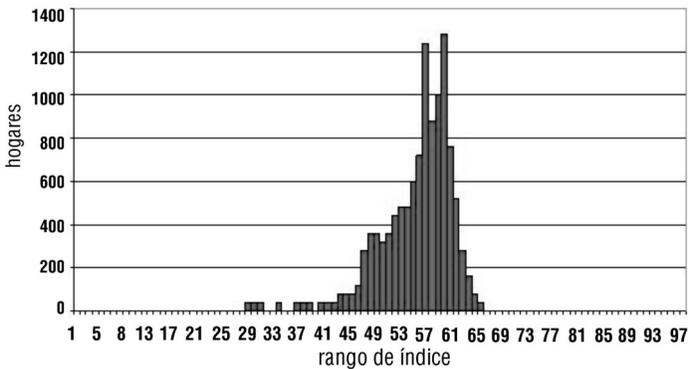
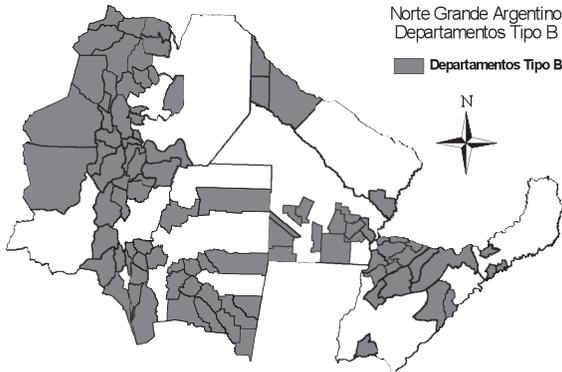
Características de la pobreza en los hogares del Norte Grande Argentino



*Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 1991
Elaboración: Instituto de Estudios Geográficos (UNT)*

A modo de ejemplo del tipo A, se representa el histograma del departamento Gral. José de San Martín (Salta), en el que se observa la distribución de los hogares de acuerdo al índice de pobreza IPC. Se distingue con claridad el predominio de hogares en mala situación socioeconómica, encontrándose el 48 % de los mismos por encima del umbral definido con anterioridad (30.80). Esto representa casi el 2.2 % de hogares pobres del NGA.

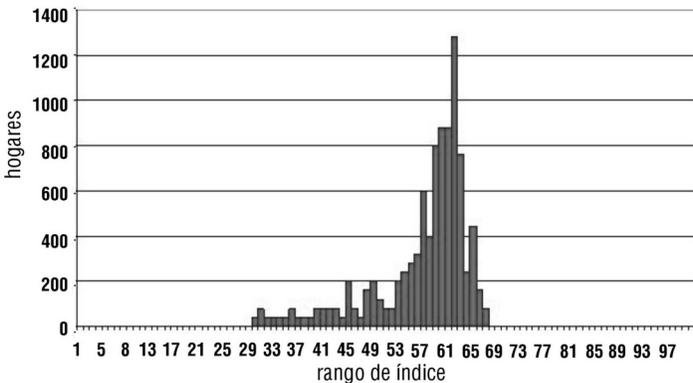
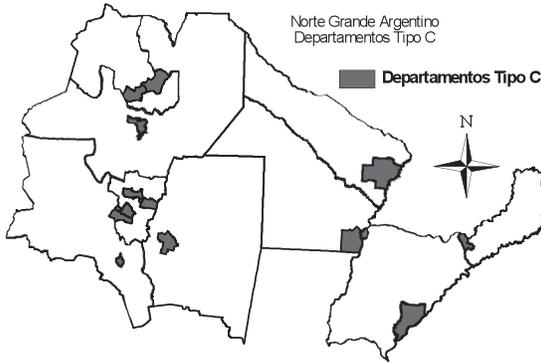
- **Tipo B. Departamentos con porcentaje de prevalencia alta e incidencia baja:** son departamentos poco poblados y en los que la mayoría de la población es pobre, se destacan principalmente jurisdicciones de la Puna, la diagonal Salado-Dulce de Santiago del Estero, centro-sur de Catamarca, noroeste tucumano, sur de Chaco, oeste formoseño y norte de Corrientes.



Características de la pobreza en los hogares del Norte Grande Argentino

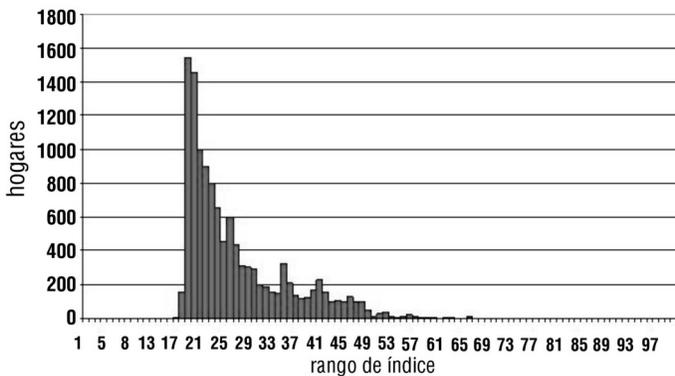
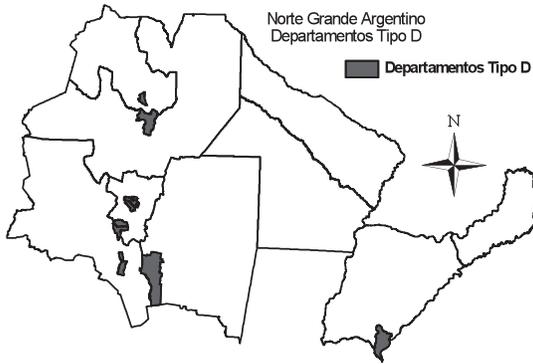
En el histograma se observa la distribución de los hogares de acuerdo al índice de pobreza IPC en el departamento Antofagasta de la Sierra (Catamarca). En este caso es notorio el predominio de hogares en mala situación socioeconómica, encontrándose el 96 % de los mismos por encima del umbral de pobreza. Sin embargo debido a la escasa población de estos departamentos, la población pobre representa apenas el 0.05% del total regional.

- **Tipo C. Departamentos con porcentajes de prevalencia baja e incidencia alta:** son departamentos muy poblados que aportan gran cantidad de pobres al total de pobres de la región, sin embargo estos hogares representan una pequeña fracción en el total departamental. Se destacan las capitales provinciales, los departamentos colindantes a ellas que conforman las áreas metropolitanas y otros dispersos en la región donde se emplazan importantes ciudades.



En el histograma se observa la distribución de los hogares de acuerdo al índice de pobreza IPC en el departamento San Fernando de la provincia de Chaco (departamento al que pertenece la ciudad de Resistencia, capital de la provincia). Se distingue la preeminencia de hogares en buena situación socioeconómica, encontrándose el 18.3% de los mismos por encima del umbral definido con anterioridad. Sin embargo debido a la elevada concentración de hogares pobres, representa el 2.7% de pobres de la región.

- Tipo D. Departamentos con porcentajes de prevalencia e incidencia bajos:** son los departamentos menos críticos, tienen bajo porcentaje de hogares en situación de pobreza y a su vez aportan poca cantidad de pobres al total regional. Estos departamentos se encuentran dispersos en la región, algunos de los cuales forman parte de áreas metropolitanas y son residencia de las clases sociales más altas.



Se observa en el histograma la distribución de los hogares de acuerdo al índice de pobreza IPC en el departamento Yerba Buena de la provincia de Tucumán. Se aprecia el predominio de hogares en buena situación socioeconómica, encontrándose sólo el 11.1% de los mismos por encima del umbral de pobreza. También es bajo el aporte que estos departamentos hacen al total de pobres de la región, valor que no supera el 0.2%.

La mortalidad infantil en el Norte Grande Argentino

En América Latina son numerosos los aportes que estudian la relación entre las condiciones económicas y la mortalidad infantil y en los últimos años se vienen realizando algunas contribuciones que intentan medir el impacto de las crisis económicas coyunturales sobre los eventos socio-demográficos (Romero y Landmann Szwarcwald, 1994)

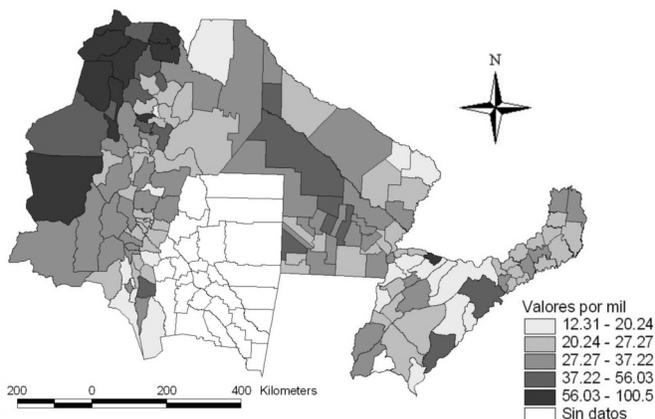
El riesgo de morir antes de cumplir el primer año se relaciona no sólo con el acceso y la calidad de los servicios de salud sino además con las condiciones de vida de las personas. Es conocida la estrecha relación existente entre mortalidad infantil, la pobreza habitacional y las condiciones de acceso a los servicios públicos básicos, especialmente agua potable y disposición de excretas (Schultz, 1979). Por otra parte, los padres con menores ingresos no pueden introducir mejoras materiales en el hogar y ello aumenta los riesgos de muerte⁶ entre sus hijos (Lavy y Germanin, 1994). Asimismo el menor nivel educativo y en asociación con ello las actitudes y prácticas en relación al proceso salud - enfermedad con frecuencia condicionan el acceso a los servicios de salud así como los tratamientos terapéuticos. De esta manera la mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles a la pobreza (Chackiel, 1984) y sobre todo la mortalidad post-neonatal, tradicionalmente asociada a los factores medio-ambientales o exógenos.

A medida que va descendiendo la mortalidad infantil se va produciendo una concentración de las muertes en el primer mes de vida y en cuanto a las causas de muerte van ganando representatividad las afecciones originadas en el período perinatal así como las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas. Sin embargo no debe pensarse que el fenómeno pobreza, es solamente un factor exógeno que incide únicamente en las defunciones post-neonatales. La pobreza -a diferencia de los otros agentes medio-ambientales y esencialmente por su condición social- incide también en la mortalidad neonatal (McQuestions. 1994).

Por otra parte, se ha señalado además el mayor riesgo de muerte para los niños cuando el intervalo intergenésico es menor, lo que está asociado frecuentemente a las poblaciones de mayor fecundidad. Advuértase que se ha comprobado la existencia de una relación directa entre pobreza y alta fecundidad, a tal punto que la alta fecundidad se transforma en un

elemento que contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza (CEPAL, 1996).

Para principios de la década de 1990 se ha elaborado el mapa sobre la distribución de la mortalidad infantil (mapa 3), en el que se puede observar la fuerte coincidencia entre los departamentos más pobres y aquellos con valores más altos de mortalidad infantil. Sin embargo llama la atención la presencia de jurisdicciones con índices bajos como consecuencia del subregistro (área de fronteras boliviana y paraguaya). Asimismo la provincia de Santiago del Estero no posee información departamental sobre nacidos vivos según lugar de residencia de la madre, lo que imposibilita la posibilidad de cartografiar la distribución.

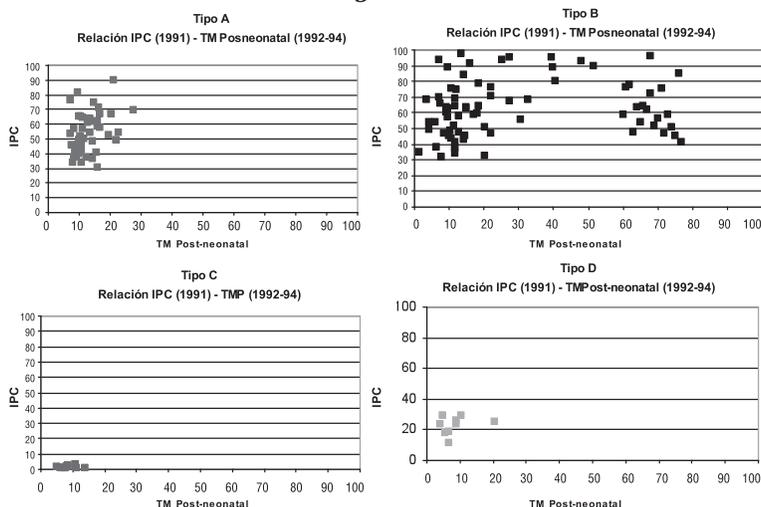


Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 1991
Elaboración: Instituto de Estudios Geográficos (UNT)

Si correlacionamos las tasas departamentales de mortalidad post-neonatal con los valores del índice IPC para cada subconjunto departamental definido con anterioridad (tipos A, B, C, y D), obtenemos los diagramas de dispersión de la figura 9.

De la observación de estos gráficos, se concluye la fuerte correlación entre los departamentos de tipo A y B, con la tasa de mortalidad post-neonatal, es decir en los grupos donde predominan los hogares en situación de pobreza. Tal correlación no existe en las jurisdicciones de tipo C y D, por tratarse de aquellas en mejores condiciones socioeconómicas.

Figura 9



La evolución de la mortalidad infantil en el período intercensal 1991-2001

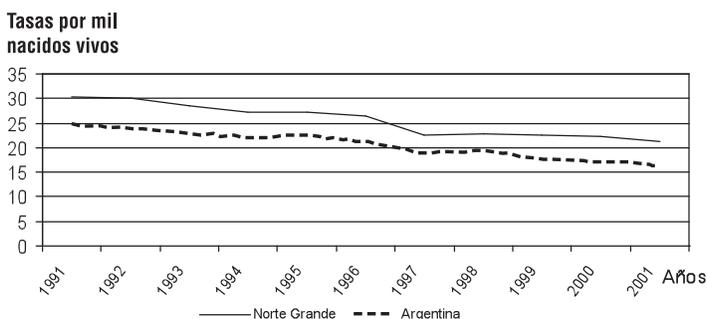
Las provincias que integran el NGA históricamente y aún en la década de 1990 han presentado tasas de mortalidad infantil superiores al promedio nacional y hacia el año 2001 la región alberga las jurisdicciones con los guarismos más elevados del país, una de las cuales (Formosa) triplica y seis restantes duplican la tasa alcanzada por la Capital Federal, la más baja de Argentina. La brecha entre la región y el país apenas se achica en la década y algunas provincias –como por ejemplo Formosa- registraron en los años '90 tasas equivalentes al promedio nacional veinte años atrás.

Si bien la mortalidad infantil en el NGA ha experimentado un importante retroceso entre 1991 y 2001, pasando de valores del 30 al 21 por mil, el nivel del descenso –equivalente al 30%– no fue el esperado⁷ y la región aún no logra superar la barrera del 20 por mil. Asimismo, las mejoras expresadas en el promedio regional no fueron iguales para todas las provincias ni departamentos, advirtiéndose que progresivamente la desigualdad entre jurisdicciones se profundiza. El mayor descenso de la mortalidad infantil se produjo en Catamarca, Jujuy, Salta y Misiones y los guarismos equivalen a 51, 45, 42 y 39% respectivamente. Según las estadísticas la provincia de Formosa incrementó su mortalidad infantil del 24 al 28 por mil entre 1991-2001, lo que tal vez no sea real sino se deba a un problema de subregistro en 1991. Un caso especial lo constituye Tucumán, que a inicios del período considerado registraba la tasa más baja de la re-

gión (exceptuando a Formosa) y que en 2001 se ubica séptima en orden descendente; en ella la disminución significó solamente el 14%.

Por otra parte, a nivel país la tendencia descendente es continua en toda la década, mientras que en la región la tendencia descendente se interrumpe alrededor de 1997. Tratándose de las provincias de Formosa, Chaco, Tucumán y Salta las curvas muestran una inflexión y los valores se incrementan en los inicios del nuevo siglo, como puede apreciarse en los gráficos respectivos.

Figura 10
Evolución de la mortalidad infantil en el Norte Grande Argentino 1991-2001



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud

Si bien la caída de la mortalidad infantil obedece a sus dos componentes, el ritmo del descenso fue más pronunciado tratándose de la mortalidad post-neonatal que pasó de una tasa del 12.4 por mil (1991) al 7.2 por mil diez años más tarde y el valor de reducción equivale al 42%. Las muertes post-neonatales que representaban el 41 % de las defunciones infantiles en 1991 pasaron a representar el 34% en 2001 en la región. Tratándose de la mortalidad infantil neo y post-neonatal, también persisten grandes diferencias entre las jurisdicciones, como puede apreciarse en la tabla 1.

Para un mejor análisis de la situación de la mortalidad infantil en el Norte Grande se han elegido cuatro variables: peso del fallecido⁸, nivel de instrucción materno⁹, edad de la madre¹⁰ y causas de muerte según criterios de reducibilidad¹¹. Las tres primeras han sido consideradas idóneas para definir la vulnerabilidad de la población infantil ante la muerte, mientras que el conocimiento de las causas según criterios de reducibilidad constituye una herramienta muy útil a la hora de detectar problemas, así como para orientar los programas de prevención y promoción de la salud.

Características de la pobreza en los hogares del Norte Grande Argentino

La incidencia de estos indicadores y las tasas respectivas en el total de defunciones de menores de un año para el NGA y para las provincias puede apreciarse en la tabla 2.

Tabla 1
Evolución de la Mortalidad Infantil, Neo y Post-neonatal. 1991-2001

Jurisdicciones	1991			1995			2001		
	T	N	P	T	N	P	T	N	P
Catamarca	31,8	19,6	10,0	25,6	15,4	10,2	15,5	10,3	5,2
Corrientes	28,5	16,3	11,9	27,3	16,3	10,8	23,5	16,4	7,0
Chaco	32,3	19,2	13,0	32,6	19,6	12,9	24,3	16,8	7,6
Formosa	24,5	14,1	10,2	30,5	16,4	14,0	28,9	19,6	9,3
Jujuy	33,2	17,2	15,6	26,4	16,1	10,2	18,4	10,3	8,2
Misiones	32,1	19,4	12,7	23,2	12,0	11,0	19,6	12,9	6,7
Salta	32,9	17,0	15,9	26,7	13,7	12,4	19,1	11,0	7,6
Santiago del Estero	29,2	15,4	11,5	23,2	12,4	10,6	14,8	8,1	6,7
Tucumán	28,6	16,8	9,6	28,9	21,4	7,5	24,5	18,1	6,4
Norte Grande	30,4	17,3	12,4	27,3	16,2	11,1	21,3	14,3	7,2
Argentina	24,7	14,9	9,3	20,9	12,7	7,9	16,2	10,6	5,6

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

Tabla 2
Indicadores de mortalidad infantil. Período 1992-2001.

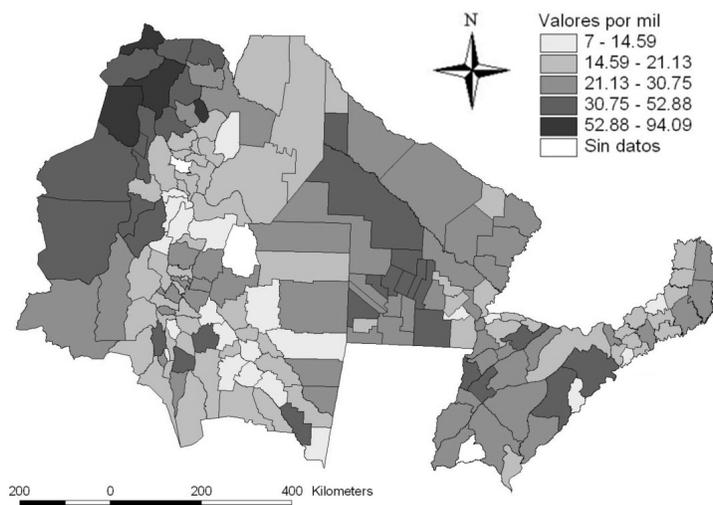
Jurisdicciones	1991			1995			2001		
	T	N	P	T	N	P	T	N	P
Catamarca	31,8	19,6	10,0	25,6	15,4	10,2	15,5	10,3	5,2
Corrientes	28,5	16,3	11,9	27,3	16,3	10,8	23,5	16,4	7,0
Chaco	32,3	19,2	13,0	32,6	19,6	12,9	24,3	16,8	7,6
Formosa	24,5	14,1	10,2	30,5	16,4	14,0	28,9	19,6	9,3
Jujuy	33,2	17,2	15,6	26,4	16,1	10,2	18,4	10,3	8,2
Misiones	32,1	19,4	12,7	23,2	12,0	11,0	19,6	12,9	6,7
Salta	32,9	17,0	15,9	26,7	13,7	12,4	19,1	11,0	7,6
Santiago del Estero	29,2	15,4	11,5	23,2	12,4	10,6	14,8	8,1	6,7
Tucumán	28,6	16,8	9,6	28,9	21,4	7,5	24,5	18,1	6,4
Norte Grande	30,4	17,3	12,4	27,3	16,2	11,1	21,3	14,3	7,2
Argentina	24,7	14,9	9,3	20,9	12,7	7,9	16,2	10,6	5,6

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

La lectura de estas estadísticas revela la situación extrema de la mortalidad infantil en el NGA, donde la tasa de mortalidad infantil para niños de alto riesgo en cuanto a su peso es del 57 por mil; la mortalidad infantil de niños hijos de madres sin educación o con bajo nivel educativo es del 27 por mil y los índices para hijos de madres adolescentes es de casi el 17 por mil mientras el 67% de los decesos de menores de un año ocurridos en la década corresponden a defunciones por causas reducibles.

Este análisis a nivel provincial se complementa con la distribución departamental de la tasa de mortalidad infantil a fines del período de estudio, la cual se presenta cartografiada en el mapa 4. En tal sentido, se

debe resaltar la elevada correlación hallada entre pobreza y mortalidad infantil, lo cual posibilita el uso de este último como un indicador aproximado del primero.



Consideraciones finales

Este documento que destaca las diferencias socio-económicas de las distintas jurisdicciones y evalúa la relación pobreza-mortalidad infantil, pone de relieve que en los inicios del nuevo milenio, la pobreza sigue siendo uno de los rasgos dominantes del NGA. Según las mediciones censales de 2001 en la década 1991-2001 en la región se ha producido un incremento del número de hogares con NBI (21.224) a pesar de que su representatividad en el conjunto de hogares ha disminuido del 30 al 25 %. Es decir que en la región hay un 5% más de hogares pobres con respecto a 1991. La población afectada por la pobreza, medida de esta forma, se ha incrementado en 27.200 personas, lo que equivale a un 28 % de la población total en 2001.

También la población pobre según la línea de la pobreza ha aumentado en la década, de manera tal que en octubre de 2001, los aglomerados urbanos de las provincias que conforman esta región encabezaban la nómina de las provincias argentinas con mayores porcentajes de personas por debajo de la línea de pobreza e indigencia¹². Por otra parte en los aglomerados urbanos del NOA el 38.8% de los niños menores de un año residía en hogares pobres, representatividad que se elevaba al 41.6 % en los aglomerados urbanos del NEA.

Estas estadísticas ponen de relieve los efectos de la crisis socio-económica que experimentó el país en la década de 1990, que se agudizó en los inicios del nuevo siglo y significó un incremento sostenido de la desocupación, un deterioro de la calidad de vida y del poder adquisitivo de la población (Minujin y Kessler, 1995).

El mapa de Mortalidad infantil elaborado para el período 1998-2000 (en el que se ha incorporado a Santiago del Estero) es más que elocuente. En él resalta que solamente 9 departamentos de un total de 175 tienen mortalidad infantil baja (inferior a 12 por mil), que el 27 % de los departamentos registraron tasas de mortalidad infantil muy altas, superiores al 27 por mil y 52 jurisdicciones (30%) tasas altas (20 a 28 por mil), mientras el 38 % de las unidades administrativas registraron tasas medias con valores oscilantes entre 12 y 20 por mil. Si comparamos los dos mapas de mortalidad infantil elaborados y el mapa de prevalencia de la pobreza, observamos que persisten las áreas de mayor mortalidad infantil y tradicionalmente pobres: la Puna y el borde occidental de la región del NGA, la llanura chaqueña, el interior correntino como así también los departamentos asentados en las márgenes del Río Uruguay; en tanto la pobreza se traslada a las áreas urbanas conformando bolsones que envuelven las capitales provinciales y las ciudades de mayor envergadura, en las que solamente como consecuencia de la proximidad con los principales centros médico-asistenciales se atenúan los efectos de la mortalidad infantil. Por todo ello consideramos que este mapa perfectamente reflejaría la distribución de la pobreza en el Norte Grande hacia fines de la década de 1990.

Notas

- ¹ Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Caxambú - MG - Brasil, del 18 al 20 de setiembre de 2004
- ² Instituto de Estudios Geográficos. Universidad Nacional de Tucumán. poda@webmail.filo.unt.edu.ar, fernandolonghi@webmail.filo.unt.edu.ar y horacio@webmail.filo.unt.edu.ar
- ³ A partir de la identificación y clasificación de las carencias críticas de los hogares, es posible integrar la información mediante el proceso de “agregación” y obtener el Índice NBI, que solo discrimina los hogares “pobres”. Aplicando el mecanismo de “agregación” se obtiene una especie de índice de recuento, que indica cuántos hogares tienen al menos una necesidad insatisfecha y se consideran en consecuencia “pobres”.
- ⁴ Existen problemas de disponibilidad y de calidad de datos, sobre todo en los primeros años de la década. En el caso de Santiago del Estero solo se dispone de estadísticas vitales por lugar de ocurrencia, por lo que han sido descartadas y la provincia no figura en el mapa 3. El subregistro de las defunciones infantiles es marcado en Formosa y Corrientes, de manera tal que numerosos departamentos figuran entre aquellos con menores tasas. A partir de 1995 se observa una mejora en la calidad de las estadísticas, especialmente en Santiago del Estero.

- ⁵ Denominación que expresa el predominio de un determinado elemento en un conjunto dado. Término empleado en trabajos relacionados con la pobreza realizados por la Dirección de Estadísticas Poblacionales - INDEC. Argentina.
- ⁶ La pertenencia a hogares pobres incrementa el riesgo de muerte entre los niños debido a que la escasez de ingesta alimentaria y los inadecuados hábitos de alimentación disminuyen las defensas del organismo y lo predisponen a contraer enfermedades. Asimismo, el hacinamiento, la precariedad de los servicios sanitarios, la falta de servicios públicos básicos, la calefacción o la refrigeración inadecuada en las viviendas son factores que disminuyen las prácticas higiénicas y contribuyen a la propagación de enfermedades infecciosas (diarreas, hepatitis, meningitis, enfermedades respiratorias entre otras).
- ⁷ En reiteradas oportunidades (Cumbre mundial a favor de la infancia, Nueva York, 1990, Conferencias Iberoamericanas y regionales) Argentina resaltó la necesidad de reducir las desigualdades sociales y geográficas priorizando las acciones dirigidas a los grupos sociales y demográficos más desprotegidos, entre ellos los menores de un año. Por ello, se comprometió a disminuir la mortalidad infantil a valores inferiores al 20 por mil en todas las provincias, o por lo menos reducir los índices en porcentajes superiores al 25%.
- ⁸ Los niños que nacen con menos de 2500 g son considerados como de alto riesgo y dicho concepto hace referencia al desnutrido fetal y al neonato que nace antes de las 37 semanas de gestación y cuyo grado de adaptación a la vida extrauterina se ve en consecuencia dificultada. En las áreas geográficas más pobres o entre las clases sociales más bajas de una sociedad se observa la alta frecuencia de neonatos de bajo peso al nacer y se registran altas tasas de mortalidad infantil entre los mismos.
- ⁹ El nivel de instrucción materno se relaciona inversamente con la probabilidad de muerte del hijo. El PNES sugiere agrupar las categorías “madre analfabeta” y “madre con primario incompleto” en el grupo de alto riesgo, a “madres con primaria completa y hasta secundario completo” en la clase de riesgo intermedio y el grupo de bajo riesgo abarca a las “madres con terciario o universitario completo o incompleto.
- ¹⁰ En relación a su edad generalmente las madres son categorizadas en tres niveles: alto riesgo (menos de 20 años), bajo riesgo (entre 20 y 34 años) y riesgo intermedio (mayores de 34 años).
- ¹¹ Las causas de las defunciones infantiles se agrupan en función de las posibilidades de reducción de las mismas. El concepto de reducibilidad se aplica a las defunciones cuya frecuencia podría disminuirse en función del actual conocimiento científico y las características de los sistemas de salud. Tratándose de defunciones neonatales mediante prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno en el embarazo, en el parto o en el recién nacido y en el caso de las post-neonatales mediante prevención y/o tratamiento.
- ¹² Las provincias del NEA registraron porcentajes por sobre la línea de pobreza superiores al 50% y en el NOA, las tasas oscilaron desde un mínimo del 37% en Catamarca a un máximo de 57% en Jujuy. En tanto que la indigencia en el NEA alcanzó un valor máximo del 30% en Chaco y mínimo del 25% en Corrientes y en el NOA Catamarca registró el menor porcentaje (13%) mientras Salta el mayor (22%).

Bibliografía

- ALVAREZ, G. (2002). *Capacidad económica de los hogares. Una aproximación censal a la insuficiencia de ingresos*. Notas de Población N° 74, 213-250.
- BOSQUE SENDRA, J. (1994). *Sistemas de Información Geográfica*. Madrid: Ra-ma.
- CAFFERATA, A. (1987). *Pobreza y políticas sociales*. Buenos Aires: Consejo Federal de Inversiones.
- CARITAS. (1999). *Pobreza, desigualdad y exclusión social en la Argentina*. Buenos Aires: Comisión Nacional.
- CELADE (1996). "Síntesis y conclusiones del documento Población, salud reproductiva y pobreza". *Notas de Población* N° 66, 187-202.
- CEPA. Comité Ejecutivo para los Estudios de la Pobreza en la Argentina; INDEC (1994). *Mapas de la Pobreza en Tucumán: documento de trabajo N° 4*.
- FERES, J. C.; Mancero, X. (2001). *El método de las NBI y sus aplicaciones en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL-ECLAC.
- FEIJOO, M. (2001). *Nuevo país, nueva pobreza*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GÁMIR Orueta, A; Ruiz Perez, M y Seguí Pons, J. M. (1995). *Prácticas de análisis espacial*. Barcelona: Oikos-tau.
- LAVY, V. y J.M. Germainin (1994). *Quality and cost in health care choice in developing countries*. LSMS Working Paper 105. Washington, D.C: Banco Mundial.
- MANCERO, X. (2001). *La medición del desarrollo humano*. Santiago de Chile: CEPAL-ECLAC
- MC QUESTIONS, M. (1994). *Los comportamientos de salud correlacionados y la transición de la mortalidad en América Latina*. Notas de Población N° 72, 189-228.
- MINUJIN, A. (1997). *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos Aires: Losada.
- MINUJIN, A. y G. Kessler (1995). *La nueva pobreza en la Argentina*. Buenos Aires: Planeta.
- ROMERO, Dalia E. y Landmann Szwarcwald, Celia. (1994). *Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta*. En Rutstein S. "Infant and child mortality levels, terns and demography differentials". *WFS Comparative Studies*, N° 24.1994.
- SCHULTZ, T. (1979). *Interpretation of relations among mortality, economics of the household, and the health environment*. En Proceedings of Meeting on Socio Economic: Determinants and consequences of Mortality. México, D.F., pp.382-422.

