

POBREZA Y MORTALIDAD INFANTIL. UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA AL ESTUDIO DE SUS RELACIONES¹

Fernando Longhi *

Introducción

Buena parte de la bibliografía en las ciencias sociales destaca los rasgos generales y particulares tanto de la pobreza como de la mortalidad infantil. Sin embargo- entendida la existencia de marcadas asociaciones entre ambos hechos- no han sido desarrolladas con profundidad las conexiones y el tipo de relaciones existentes. Tradicionalmente se ha asociado la mortalidad infantil con dos grandes niveles de condicionantes: por un lado los factores biológicos y por otro los sociales. Dentro de este último las relaciones con la pobreza adquirirían mayor importancia.

En este trabajo pretendemos detectar, por un lado, cuáles son las manifestaciones de ambos hechos que presentan mayor asociación y, por otro, conocer los antecedentes estudiados sobre la relación mencionada. Finalmente se pretende elaborar un esquema teórico que permita interpretar dichas asociaciones. Las respuestas halladas permitirían revelar la manifestación de la mortalidad infantil más aproximada a la pobreza. De esta manera, siendo la mortalidad infantil un indicador sociodemográfico de génesis continua, podría conocerse, a partir de dicha manifestación, la marcha anual de la pobreza en determinadas jurisdicciones y, con ello, la distribución espacial del fenómeno y sus variaciones en el tiempo.

Este trabajo está incluido en un proyecto de investigación sobre la pobreza en el Norte Grande Argentino, territorio que incluye las provincias más pobres del país según distintas variables sociodemográficas. Por esta razón, dicho territorio ofrecerá de ejemplo en numerosas ocasiones a lo largo del texto para argumentar las relaciones detectadas.

El artículo está dividido en cinco secciones. Los dos apartados primeros pretenden una aproximación conceptual a los fenómenos de la mortalidad infantil y la pobreza. Respecto al primero de ellos se analizaron sus características esenciales, los factores que la determinan, los tipos de muerte infantil según la edad del fallecido y según la etiología del fallecimiento y, sus tendencias. Respecto a la pobreza se estudió las características que asume el problema, las diferencias existentes en cuanto a su concepto y lo dificultoso que se torna el análisis de un fenómeno que pareciera- ante una primera impresión- no poseer demasiadas complejidades. Estas consideraciones previas fueron insoslayablemente necesarias para detectar los alcances de cada tema o concepto.

Un tercer apartado analiza los antecedentes científicos sobre el estudio de dichas relaciones. Seguidamente se definió un esquema teórico que explicita algunas aproximaciones

¹ Deseo agradecer al Concejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) el subsidio otorgado en forma de becas para mi investigación. Dicho aporte hizo posible la elaboración de mi tesis doctoral, de la cual este artículo forma parte. Asimismo agradezco las correcciones y sugerencias de mi director: Dr. Alfredo Bolsi, de la comisión de supervisión: Dra. Patricia Ortiz de D'Arterio e Ing. Horacio Madariaga, y a los evaluadores anónimos de ANDES, quienes lograron detectar fallas inadvertidas por mí. No obstante, los errores que aun permanezcan en el escrito son de mi entera responsabilidad.

* Instituto Superior de Estudios Sociales (CONICET-UNT). San Lorenzo 429. San Miguel de Tucumán. fernandolonghi@hotmail.com.

de las repercusiones de la pobreza en el proceso salud-enfermedad-muerte de las personas menores a un año. Como corolario final se elaboraron las conclusiones del artículo.

Mortalidad infantil: tipos y tasas

Constituye un indicador de la mortalidad y del nivel socioeconómico de un área geográfica. La mortalidad infantil forma parte de una temática compleja donde los procesos de salud-enfermedad-muerte se presentan como fenómenos biológicos en un contexto social². Para estimar el nivel y la tendencia de la mortalidad infantil se utiliza la tasa de mortalidad infantil, entendida como el cociente entre las defunciones de menores de un año de edad, correspondientes a cada año calendario y el total de nacidos vivos del mismo año. Esta medida indica en forma aproximada el riesgo que tiene un nacido vivo de morir durante el primer año de vida y se expresa habitualmente cada mil nacidos vivos.

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

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

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

Existe también otra tipología en el estudio de la mortalidad infantil y es la mortalidad perinatal, la cual estudia el proceso del fallecimiento en torno al nacimiento. En consecuencia, se entiende como tasa de mortalidad perinatal en un año t , el número de nacidos muertos, defunciones al nacer y antes de los siete días de vida, por cada mil nacidos (vivos y muertos) de ese mismo año.

Existe pues una relación evidente entre la mortalidad neonatal y postneonatal con la mortalidad infantil en general: a una menor tasa de mortalidad infantil corresponde una mayor

² El concepto de salud ha gravitado entre dos extremos: desde la ausencia de enfermedad al completo estado de bienestar físico, mental y social. Según Tigre, C. "Epidemiología, condiciones de vida y salud", en Lemus (coord.), *Epidemiología y atención de la salud en Argentina*, Publicación N° 35 OPS, Buenos Aires, 1993, tener salud es sentirse bien, es tener la capacidad de hacer frente a las adversidades de la vida; así entendida la salud es parte de nuestra vida diaria y una dimensión esencial de nuestra calidad de vida.

proporción de muertes neonatales, o inversamente, a una mayor tasa de mortalidad infantil corresponde mayor proporción de muertes postneonatales. Dicha relación radica en la dominancia biológica o social en la estructura de la mortalidad, ofreciendo estas últimas mayor tendencia a la reducibilidad. Los estudios sobre mortalidad infantil acuerdan en que el proceso salud-enfermedad está determinado por un conjunto de situaciones tanto biológicas (internas del ser humano), como sociales (dadas por el entorno en el que vive el ser humano)³.

Dos paradigmas han definido el estudio de la mortalidad infantil: el biológico y el social. Dentro del paradigma biológico o dominante los estudios relacionaron la mortalidad infantil con la edad materna, el intervalo intergenésico, número de hijos, orden de nacimiento, bajo peso al nacer, nivel de instrucción materno, ocupación del jefe de hogar, nivel de instrucción paterno, condiciones de la vivienda, acceso a los servicios de salud, etc. En tanto, los estudios de mortalidad infantil que incorporan lo social (paradigma no dominante) intentan operacionalizar distintas variables incluyendo clase social; dentro de este grupo se encuentran los estudios sobre la pobreza, procesos migratorios, sus relaciones con la salud, la relación entre crisis y salud⁴.

En este sentido el estado de salud-enfermedad de los niños depende de numerosas variables, que pueden agruparse en tres elementos fundamentales⁵:

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

Mosley y Chen en sus estudios clásicos ofrecen un esquema integral de la muerte y la supervivencia infantil, concebida como un proceso que incorpora:

- Determinantes macro estructurales de distintos niveles (individual, del hogar y de la comunidad): dentro de estos se analizan el nivel educativo de la madre, las tradiciones, las normas y actitudes, relaciones de poder, el ingreso, la alimentación, la política económica, los sistemas de salud, etc.

³ Behm Rosas, H., *Mortalidad infantil y nivel de vida*, Editorial de la Universidad de Chile, Santiago, Chile, 1962; Hernández Bringas, H., “El estudio de la mortalidad infantil en contextos de crisis socioeconómica: discusión reciente sobre sus determinantes”, en C. García Molina y H. Hernández Bringas, *Mortalidad, salud y discurso demográfico*, UNAM/CRIM, México DF, 1996, pp. 127-166; y Díaz, Y., “¿Es necesario sacrificar equidad para alcanzar desarrollo? El caso de las inequidades en mortalidad infantil en Colombia”, en <http://economia.uniandes.edu.co/publicaciones/D2003-11.pdf>, 2003 y Spinelli, H., Alarzaqui, M., Calvelo, L. y J. Arakaki, *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, Buenos Aires, 2000.

⁴ Spinelli et al, 2000, ob.cit.

⁵ Armijo Rojas, R., *Epidemiología*, Intermédica, Buenos Aires, 1978.

- Determinantes próximos: los factores de la maternidad y del patrón reproductivo, el medio ambiente y la contaminación, las deficiencias nutricionales, lesiones y control personal de las enfermedades, etc.⁶.

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

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

El fenómeno de la mortalidad exógena se debe fundamentalmente al entorno social en que se produce la defunción, ya sea por negligencia o por ausencia de los medios necesarios para satisfacerla. Pueden señalarse como causas de muerte exógena las enfermedades epidémicas (sarampión, tos ferina, meningitis epidémica, tuberculosis, etc.); enfermedades del sistema nervioso (convulsiones, meningitis no epidémica y, afecciones del oído); afecciones del aparato respiratorio (bronquitis, bronconeumonía, pleuresía, etc.); y enfermedades del aparato digestivo (fundamentalmente diarrea infantil). Esta manifestación de la mortalidad es mucho más factible de controlar que la mortalidad endógena; los países avanzados han disminuido en gran medida la mortalidad exógena y por eso han reducido drásticamente las tasas de mortalidad infantil. CEPAL (2000) advierte que han ocurrido importantes cambios en el perfil epidemiológico de la población⁷, hubo un progresivo desplazamiento de la importancia relativa de las enfermedades contagiosas que tienen profunda incidencia sobre la mortalidad exógena hacia las enfermedades crónicas y degenerativas que afectan generalmente a los adultos⁸. Del mismo modo, en la mortalidad infantil ha ocurrido un

⁶ Mosley, H. y L. Chen, "An analytical framework for the study of child survival in developing countries", en *Population and development review*, Vol. 10 suppl., University of Washington, Seattle, 1984, pp. 25-45.

⁷ Se entiende el concepto de epidemiología en su acepción más amplia, es decir como epidemiología sociocultural, la cual integra teorías y métodos desarrollados por las ciencias sociales para dar cuenta de los estados de salud poblacional, de sus determinantes y de las respuestas sociales a los problemas de salud. Spinelli et al., 2000, ob.cit.

⁸ Este cambio en los causantes de muerte se conoce como teoría de la transición epidemiológica. Esta teoría trata sobre el cambio en los modelos de salud y enfermedad y sobre las interacciones entre esos modelos y sus determinantes demográficos, económicos y sociológicos y sus consecuencias. Se ha demostrado que las enfermedades degenerativas y las originadas por el mismo hombre (accidentes, por ejemplo) desplazan a las pandemias de infección como causas primeras de morbilidad y mortalidad; se sostiene, al mismo tiempo, que los cambios más profundos en los modelos de salud y enfermedad se producen entre los niños y las mujeres jóvenes. Ver Omram, 1971, citado por Bolsi y Ortiz de D'Arterio, *Población y Azúcar en el Noroeste Argentino. Mortalidad infantil y transición demográfica durante el Siglo XX*, Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, 2000 y CEPAL, "Oportunidades de bienestar en la infancia y adolescencia: avances en los

cambio de la importancia de causas exógenas hacia una prevalencia de causas endógenas, producto también del avance médico y sanitario de la sociedad.

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

- Las causas exógenas intervienen tanto en la mortalidad neonatal como en la postneonatal. En el primer mes de vida actúan también las enfermedades infectocontagiosas contraídas después del nacimiento o bien las defunciones son producto de accidentes (lesiones traumáticas del niño).
- Asimismo, los avances médicos actuales en su afán de reducir la mortalidad neonatal lo que estarían produciendo en muchos casos sería un desplazamiento de las muertes de carácter endógeno hacia el periodo postneonatal. Esto llevaría a que las muertes endógenas no se encuentren ya solamente localizadas al principio de la vida sino cada vez más diseminadas a lo largo del primer año, contrariando de este modo la baja en la mortalidad postneonatal, antes dependiente casi completamente de la mortalidad exógena⁹. Del mismo modo, el Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES) plantea que: *“muchos neonatos de alto riesgo (pretérmino, bajo peso, etc.) aun sobreviviendo al período neonatal, quedan con déficits para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente y fallecen durante el período postneonatal”*¹⁰. En este mismo sentido Velázquez¹¹ plantea que *“el estado de la medicina ha permitido actuar de manera decisiva sobre las afecciones endógenas, reduciendo sensiblemente las defunciones del primer mes, desplazando una parte de ellas a los seis primeros meses”*.

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

Esta conjetura no está libre de discusiones, sin embargo, es indudable que un indicador como la mortalidad infantil nos acerca al conocimiento de la calidad de vida que manifiesta una sociedad; además nos aproxima, como lo plantean Bolsi y Ortiz de D'Arterio¹² al grado de transformación económica, social y cultural de la sociedad, explicado también por la teoría de la transición epidemiológica, vinculada esta última con la teoría de la transición demográfica.

años noventa y desafíos futuros”, en *Panorama Social de América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2000, pp. 149-187.

⁹ Guzmán, J. y M. Orellana, “Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal en algunos países de América Latina”, en *Notas de Población*, N° 44, CELADE, Santiago de Chile, 1987, pp. 31-56.

¹⁰ Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud, Programa de Nacional de Estadísticas de Salud, “Estadísticas vitales. Información básica 1997”, Serie 5, N° 41, Buenos Aires, 1996, p. 23.

¹¹ Velázquez, G., *¿Por qué algunos viven más que otros? Desigualdades geosociales de la mortalidad. El caso del partido Tandil (Buenos Aires)*, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, 1997, p.15.

¹² Velázquez, G., 1997, ob.cit.

Medición de la mortalidad infantil

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

Tradicionalmente se ha definido el concepto de tasa como una medida de relación entre dos magnitudes a través del tiempo. La primera (el numerador) se refiere a la frecuencia con que un determinado evento se presenta durante un periodo dado; la segunda (correspondiente al denominador) establece la cantidad de personas que durante ese mismo periodo están o han estado sujetas al riesgo de sufrir el evento en cuestión.

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

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

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

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

Debido a las limitaciones mencionadas, González Cervera y Cárdenas Elizalde plantean que la tradicional tasa de mortalidad infantil no es tal, pues no se relaciona el evento medido con la población en riesgo; y por tal motivo prefieren denominarla razón de mortalidad infantil¹³.

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

¹³ González Cervera, A. y R. Cárdenas Elizalde, *La medición de la mortalidad infantil. Los problemas y las alternativas*, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1992.

Para obtener estimaciones de la mortalidad infantil existen tres tipos de fuentes de información: los registros civiles, los relevamientos por medio de entrevistas domiciliarias y las encuestas a instituciones de salud¹⁴.

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

Sobre las nociones de pobreza

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

El nivel de vida fue uno de los primeros antecedentes en los estudios de pobreza. Surgió en el seno de Naciones Unidas como un concepto que procuraba detectar *las "condiciones reales en que vive un pueblo"*¹⁵. Procuraba delimitar condiciones que pudieran representarse cuantitativamente y que reflejasen objetivos económicos y sociales aceptados por la política internacional. Se definieron entonces componentes del nivel de vida como salud, consumo de alimentos y nutrición, educación, empleo y condiciones de trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, esparcimiento y libertades humanas¹⁶. Estos componentes marcaron los primeros antecedentes respecto a los actuales estudios sobre pobreza, evidenciando de alguna manera la heterogeneidad de los componentes incluidos.

En cuanto al concepto de desigualdad, si bien ese encuentra vinculado con la pobreza, existen según Gasparini¹⁷ dos diferencias conceptuales importantes:

¹⁴ Para una mayor información al respecto véase Sawyer, D. y R. Fernández Castilla, "Problemas metodológicos de medición e interpretación en los estudios de la mortalidad infantil", en Lattes, Farren y MacDonald (comps), *Salud, enfermedad y muerte de los niños de América Latina*, CLACSO, Buenos Aires, 1989.

¹⁵ Naciones Unidas, "Definición y medición internacional del nivel de vida", Naciones Unidas, Nueva York, 1961, p.1.

¹⁶ Al referirse al nivel de vida Armijo Rojas señalaba que tal nivel es una abstracción que pretende sintetizar en una expresión ecológica todas las variables físicas, biológicas, socioeconómicas, demográficas y culturales que operan en constante interacción con el hombre. Manifiesta también que un componente importante del nivel de vida es el nivel de salud y, dentro de este, la mortalidad infantil ocupa un lugar importante.

¹⁷ Gasparini, L., Marchionni, M. y W. Sosa, *La distribución del ingreso en la Argentina. Evidencia, determinantes y políticas*, 2000 [en línea] http://www.sedici.unlp.edu.ar/search/request.php?id_document=ARG-UNLP-ART-000000198&request=requestLOZANO, [Consulta: 14 de septiembre de 2006]

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

El concepto de marginalidad surge en el decenio de 1960 para denotar a los grupos poblacionales que migran del campo y rodean las principales metrópolis latinoamericanas con un cinturón de pobreza. Según Nun¹⁸, la población marginal pasó a ser caracterizada como carente de infraestructura, de oportunidades educacionales y de empleo, constituyendo un ejército de reserva de mano de obra, funcional para la economía, porque su presión por puestos de trabajo tendería a hacer bajar los salarios de los obreros. Al comienzo se llamó marginales a los asentamientos urbanos periféricos (villas miseria, callampas, favelas, rancheríos, etc.) que proliferaron sobretodo a partir de la segunda posguerra. Estos se caracterizaban por la presencia de viviendas situadas al borde de las ciudades y carentes de ciertos requisitos mínimos de habitabilidad. Implicaba así otros dos significados: el de un centro urbano en relación con el cual se caracterizaba lo periférico y respecto de cuyas condiciones habitacionales medias se juzgaban aquellas carencias.

Precisamente este último aspecto fue el que llevó a extender el uso de la noción, al advertirse que albergues no periféricos (conventillos, cités, callejones, vecindades, etc.) padecían deficiencias iguales o peores que las de esos asentamientos. Por lo tanto, se relegó a un segundo plano la localización física de la vivienda y la marginalidad pasó a referirse a los rasgos negativos propios de esta última¹⁹.

La vulnerabilidad se relaciona con dos dimensiones: una externa y objetiva que se refiere a los riesgos externos a los que puede estar expuesta una persona, familia o grupo (mayor inestabilidad de los ingresos familiares, aumento de la precariedad en el mercado de trabajo reflejado en porcentajes crecientes de personas empleadas con contratos no permanentes o sin contratos, etc.); y otra dimensión interna y subjetiva, que se refiere a la falta de recursos para enfrentar esos riesgos sin sufrir ciertas pérdidas²⁰.

La exclusión social en tanto, se refiere a la falta de lazos que vinculen al individuo con la familia, la comunidad, la sociedad; y a la carencia de derechos básicos de ciudadanía. Tales lazos pueden ser de tipo familiar, institucional o cultural²¹. Este concepto nace en Europa, donde la realidad social era muy diferente a la latinoamericana. Los excluidos allí eran quienes habían quedado a la vera del camino del progreso general, es decir los inadaptados²².

¹⁸ Nun, J., "Superpoblación relativa, ejército industrial de reserva y masa marginal", en *Revista Latinoamericana de Sociología*, Vol. 5, N° 2, Instituto Torcuato Di Tella, Buenos Aires, 1969, pp. 178-236.

¹⁹ Nun, J., *Marginalidad y exclusión social*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2001.

²⁰ Arriagada, I., "Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género", en *Revista de la CEPAL*, N° 85, CEPAL, Santiago de Chile, 2005, pp. 101-113.

²¹ Arriagada, I., 2005, ob.cit.

²² Nun, J., 1969, ob.cit.

Un concepto sobre el que se han realizado importantes investigaciones en los últimos años y que trata de dimensionar las carencias de la población es el de la calidad de vida²³. Dicho concepto procura identificar aspectos objetivos y subjetivos del bienestar de las personas. Sostienen referentes del estudio de la calidad de vida:

la pobreza es una medida de carencia de quienes no llegan a alcanzar un umbral mínimo establecido. La calidad de vida, en cambio, es una medida de logro respecto de un nivel establecido como óptimo teniendo en cuenta dimensiones socioeconómicas y ambientales dependientes de la escala de valores prevaleciente en la sociedad y que varían en función de las expectativas de progreso histórico²⁴.

El concepto de calidad de vida supone, entre otras cosas, llevar una vida larga y saludable; tener educación y disfrutar de un nivel de vida decente; gozar de libertad política y acceder a una serie de derechos inherentes a los individuos; tener acceso a un trabajo digno y bien remunerado y participar en la vida comunitaria. Las dificultades para medir o cuantificar esas variables, han restringido su estudio hacia los aspectos más fácilmente cuantificables- generalmente los materiales- que se relacionan con lo que se denomina “nivel de vida”.

Es decir mientras la pobreza se mide con respecto a un “piso”, la calidad de vida se mide con respecto a un “techo”. Mientras el piso de la pobreza es relativamente fijo, dado que apunta a la satisfacción de necesidades básicas, el techo de la calidad de vida es más variable, ya que la escala de valores y, sobre todo las expectativas cambian²⁵. La formulación de un índice para la medición de la calidad de vida de la población es una cuestión que no está resuelta, ya que depende de numerosos factores como: procesos históricos, escala de valores de la sociedad, expectativas, vivencias individuales y colectivas, ingresos, nivel de instrucción, accesibilidad, cuestiones ambientales, entre otros. No obstante, se puede establecer una relación inversamente proporcional considerablemente fuerte entre pobreza y calidad de vida.

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

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

²³ García M. C. y G. Velázquez, “Medición de calidad de vida urbana. Comparaciones entre variables objetivas y de percepción en la ciudad de Tandil”, en *V Jornadas de AEPA*, Luján, Buenos Aires. También se puede consultar Halperín L. et al., *Condiciones de vida en la población de Mar del Plata 1992/1994*, UNMP, Mar del Plata, 1994.

²⁴ Velázquez, G., *Geografía, calidad de vida y fragmentación en la Argentina de los noventa. Análisis regional y departamental utilizando SIG's*, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, 2001, p. 15.

²⁵ Velázquez, G., 2001, p. 5.

En efecto, la medición de la pobreza no es una cuestión, en absoluto, separada del concepto de pobreza. Para identificar y medir la pobreza los estudios fijan habitualmente la atención en las privaciones severas de bienes y servicios que una parte variable de la población sufre debido a sus magros ingresos²⁶; no obstante plantea Sen²⁷ que confiar exclusivamente en la pobreza en términos de ingreso puede esconder aspectos cruciales de la privación económica. Sen centra su atención en las potencialidades de la gente y en las condiciones que restringen la libertad de tener lo que cada uno considera racionalmente que vale la pena ser y tener. Así, la condición de pobreza de una persona se corresponde con algún grado de privación que le impida el desarrollo pleno de sus capacidades y, en última instancia de su libertad²⁸. El enfoque basado en las capacidades humanas planteado por Sen contribuye de manera significativa a

*comprender mejor la naturaleza y causa de la pobreza y la privación, trasladando la atención principal de los medios (y de un determinado medio que suele ser objeto de atención exclusiva como el ingreso) a los fines que los individuos tienen razones para perseguir y por lo tanto, a las libertades necesarias para satisfacer estos fines*²⁹.

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

No existen por lo tanto marcos conceptuales que expliquen satisfactoriamente el problema de la pobreza en su totalidad³⁰; no obstante, en nuestro trabajo concebimos que la pobreza alude siempre a una situación en que se encuentran las familias o un grupo de ellas. Esta situación no es la suma o el agregado mas o menos independiente de dimensiones o aspectos parciales, sino el cuadro situacional estructural en el que se hallan determinadas familias, producto de su particular inserción en la estructura socioproductiva, siendo esta la que determina la posibilidad de no acceder o, de acceder en mayor o menor medida, a determinados bienes y servicios³¹. La pobreza se manifiesta mediante algunas características

²⁶ Ferullo, H., "Sobre los conceptos de pobreza y subdesarrollo en el pensamiento económico moderno. La pobreza de la teoría económica tradicional", en Bolsi, A. y P. Paolasso (eds), *Geografía de la pobreza en el Norte Grande Argentino*, PNDU/UNT, San Miguel de Tucumán, 2009, pp. 41-52.

²⁷ Sen, A., *Desarrollo y libertad*, Editorial Planeta, Buenos Aires, 2000.

²⁸ Plantean igualmente Córdoba Ordóñez y García Alvarado, *Geografía de la pobreza y la desigualdad*, Ed. Síntesis, Madrid, 1991, que la pobreza define una situación carencial en un contexto vital del ser humano y probablemente sea simplista reducir este a su componente económico, pero es indudable que en un sistema como el nuestro, de filosofía utilitarista y práctica consumista, cada situación carencial en el marco vital debe asociarse a una deficiente disponibilidad material que, en consecuencia, debe estar en la base de cualquier definición de pobreza.

²⁹ Sen, 2000, ob.cit., p. 117.

³⁰ La propia falta de precisión teórica del concepto de pobreza impide también considerar a los pobres como un grupo social estricto y la naturaleza descriptiva del concepto solo permite, en principio, considerarlo como una categoría social clasificatoria que funciona como un agregado estadístico. Altimir, O., "La dimensión de la pobreza en América Latina", en *Serie Cuadernos de la CEPAL*, N° 27, CEPAL, Santiago de Chile, 1979 y Moreno, Martín, "La pobreza: una medición en busca de su contenido conceptual", en *Actas III Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Santa Rosa, 1995.

³¹ Moreno, M., 1995, ob.cit.

generales de las familias pobres tales como sus bajos niveles educacionales, insuficiencias nutricionales y una menor participación relativa en la actividad laboral, lo que se define a su vez por una pertenencia a ocupaciones de la más baja productividad, que generan escasos ingresos y que impiden satisfacer integralmente sus necesidades más esenciales, materiales y no materiales. Así, el concepto de pobreza se encuentra atravesado por tres matices diferentes: la idea de carencia de recursos, bienes y servicios; la idea de insatisfacción de aquellas necesidades que una sociedad o grupo social satisfacen en su globalidad; y la idea de marginalidad o exclusión de aquellos recursos, bienes y servicios que puedan ser compartidos en una sociedad.

Los aspectos materiales de la pobreza han mantenido el protagonismo en los estudios sobre la temática. No obstante, los aspectos no materiales en la conceptualización de la pobreza han tomado un interés particular los últimos años. En este sentido, González³² define a la pobreza como un fenómeno multidimensional, que se refiere a la “*privación de medios de vida y pérdida de estirpe*”. Esta definición tiene la ventaja de no pertenecer a ningún cuerpo teórico en particular y tiene a su alcance la posibilidad de ingresar problemáticamente en los más diversos ordenamientos conceptuales. No obstante las fuentes de información para estudiar los aspectos no materiales de la pobreza son escasos y limitados solamente a encuestas de poblaciones relativamente pequeñas. De este modo, debido fundamentalmente a los tipos de enfoques nacionales o regionales, los aspectos materiales en la medición de la pobreza continúan rigiendo actualmente los estudios.

Pobreza y progreso

El problema de la erradicación de la pobreza ha tomado en los últimos tiempos un lugar cada vez más importante en las agendas políticas dado los magros resultados obtenidos. En este sentido, las consecuencias sociales de los programas de ajuste estructural implantados de forma generalizada en los países en desarrollo en las últimas décadas plantearon la necesidad de impulsar nuevamente los estudios sobre la pobreza, produciendo, al decir de Dubois³³ y de Moreno³⁴, un “redescubrimiento” del fenómeno. No obstante, la percepción sobre la pobreza ha sido diferenciada según los análisis que se realizaran en países desarrollados o en países en vías de desarrollo³⁵. Del mismo modo, en el seno de un país como Argentina, donde convergen distintas culturas, el concepto de pobreza- y su opuesto: el progreso- han tenido también una percepción diferenciada³⁶.

³² González, H., “El sujeto de la pobreza: un problema de la teoría social”, en A. Minujín et al., *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*, UNICEF/LOSADA, Buenos Aires, 1997, pp. 285-297.

³³ Dubois, A., *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*, 2007 [en línea] <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/172> [Consulta: 5 de septiembre de 2007].

³⁴ Dubois, A., 2007, ob.cit.

³⁵ En este sentido Domínguez Domínguez y Caravallo, “Medición de la pobreza: una revisión de los principales indicadores”, en *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, Vol. 2, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, 2006, pp. 27-66, plantean que al estudiar sociedades en vías de desarrollo en situaciones de miseria se entiende a la pobreza como una situación en la cual no se posee lo suficiente para mantenerse vivo. En tanto, al estudiar el fenómeno en sociedades desarrolladas se entiende la pobreza como una situación en la cual no se tiene lo suficiente para vivir una vida normal de acuerdo con los estándares de vida de la sociedad. Esto tiene profunda relación con el concepto de la pobreza relativa que se analiza más adelante.

³⁶ Para dar cuenta de esto se cita a continuación unas coplas extraídas de Jorge Abalos, Jorge, “Norte Pencoso”, Ed. Losada, Buenos Aires, 1966, p. 41, en las cuales- de manera clara y precisa- manifiesta a través de discursos extraídos del corazón campesino santiagueño, un particular modo de concebir la pobreza- en este caso- relacionada con la felicidad. Las coplas de Ábalos dicen así: “*Suspiro, pero no lloro; carezco, pero no busco.*”

En este sentido, Miranda Luizaga y Del Carpio Natcheff, Patzi y Pari Rodríguez³⁷ manifiestan que en las culturas originarias andinas, amazónicas y chaqueñas no existe el concepto de progreso como lo entienden las culturas occidentales, es decir como un mero bienestar económico incluido dentro de un proceso de industrialización, urbanización, burocratización, democratización, ascenso del capitalismo, extensión del individualismo, motivación meritocrática y afirmación de la razón y la ciencia. Una analogía al progreso es entendida en estas culturas como la *suma qamaña*, definido como un espacio de bienestar en equilibrio con la naturaleza, donde la gente se encuentra en un estado anímico de pasión en un determinado tiempo, en estado de convivencia, de comodidad, felicidad y satisfacción con el medio social de la naturaleza³⁸. Esta convivencia anímica y espiritual de bienestar es la creación material de trabajo y riqueza compartida de la comunidad humana y la naturaleza. Como se observa, la tierra para los pueblos que habitan el territorio andino, amazónico y chaqueño es la condición fundamental de la vida, donde se crea la vida comunitaria, en una relación de armonía y equilibrio entre el medio natural y los seres humanos; en tanto, para la visión occidental, la tierra es algo inerte, sin vida, una mercancía que puede ser explotada, vendida y comprada.

Pobreza, indigencia y miseria

Dentro de la bibliografía existen dos grandes enfoques sobre la cuestión de la pobreza: una aproximación subjetiva y una objetiva. El enfoque subjetivo incluye en el universo de la pobreza a aquellas personas cuyos ingresos superan el ingreso mínimo de subsistencia pero a pesar de ello se perciben y definen a sí mismos como pobres³⁹. Este enfoque se distingue de la aproximación objetiva, la cual tiene como punto de partida la explicitación de criterios únicos que el investigador utiliza para identificar a los pobres⁴⁰.

Dentro del enfoque de pobreza objetiva existen dos aproximaciones conceptuales en relación a esta: relativa y absoluta. La aproximación relativa plantea que las necesidades que se consideran esenciales para vivir una vida digna varían en el tiempo y en el espacio de acuerdo con los valores de las distintas sociedades. Según los partidarios de estas líneas las necesidades de la vida no son fijas, continuamente están siendo adaptadas y aumentadas

Más vale no tener nada, pa' poder vivir a gusto/Antes fui flor de sandía, aura soy flor de zapallo. Más vale dichoso en burro que desgraciao a caballo./Todos dicen que soy pobre, que pobre me 'i de morir; yo digo: no soy tan pobre, si tengo donde dormir". Estas refuerzan el condimento cultural en la percepción de la pobreza que se mencionara, lo cual constituye uno de los pilares centrales de esta investigación.

³⁷ Miranda Luizaga, J. y V. del Carpio Natcheff, "Hacia una visión multicultural de la calidad de vida desde los Andes, la Amazonia y el Chaco", en GTZ/Goethe Institut/PIEB (comps.), *Memorias del foro ¿adónde vamos?. Progreso en diferentes culturas*, Agencia Alemana de Cooperación Técnica, La Paz, 2004; Patzi, Félix, "Progreso occidental versus historia cíclica o ayllu", en GTZ/Goethe Institut/PIEB (comps.), *Memorias del foro ¿adónde vamos?. Progreso en diferentes culturas*, Agencia Alemana de Cooperación Técnica, La Paz, 2004 y Pari Rodríguez, A., "Progreso desde una visión quechua", en GTZ/Goethe Institut/PIEB (comps.), *Memorias del foro ¿adónde vamos?. Progreso en diferentes culturas*, Agencia Alemana de Cooperación Técnica, La Paz, 2004.

³⁸ Yampara, S., "¿Desarrollo/progreso o suma qamaña de los ayllus andinos?", en GTZ/Goethe Institut/PIEB (comps.), *Memorias del foro ¿adónde vamos?. Progreso en diferentes culturas*, Agencia Alemana de Cooperación Técnica, La Paz, 2004.

³⁹ Giarrizzo, V., *Pobreza subjetiva en Argentina. Construcción de indicadores de bienestar económico*, Tesis de doctorado, Mimeo, 2007.

⁴⁰ Reyes Romano, J., "Presentación de metodologías aplicadas en países. La experiencia peruana en la construcción del mapa de NBI", en CELADE (comp.), *Seminario sobre información sobre población y pobreza para programas sociales*, N° 115, CELADE, Lima, 1996.

conforme ocurren cambios en la sociedad⁴¹. De este modo, pueden llegar a ser rotundamente diferentes las características de un hogar pobre en un país desarrollado y en uno subdesarrollado. La noción de pobreza relativa se basa muchas veces en la comparación de ingresos y patrimonio entre los distintos sectores de la población⁴², por lo cual siempre existirá un sector menos favorecido que recibirá el rótulo de pobre.

La aproximación absoluta subraya la imposibilidad de acceder a un nivel de satisfacción necesario para la existencia y reproducción de la sociedad. Destaca asimismo la imposibilidad de alcanzar niveles nutricionales adecuados para lograr un crecimiento psicofísico considerado normal, sin importar diferencias espaciales o temporales. Los seguidores de esta línea manifiestan que hay un núcleo irreducible de privación en la idea de pobreza que se traduce en muertes por hambre, desnutrición y penuria, visibles en un diagnóstico de pobreza sin tener que indagar primero el panorama relativo⁴³. Una consideración necesaria es la mencionada por Altimir⁴⁴ en la cual hace referencia a que el concepto de pobreza es esencialmente normativo y relativo, ya que cualquiera que sean las normas que se utilicen para definir las carencias, se relacionan con un contexto específico referido a un determinado estilo de vida.

Señala Sen⁴⁵ que no se trata de enfoques excluyentes, sino de algún modo complementarios. Por lo tanto puede considerarse un carácter absoluto de la pobreza en cuanto a los requerimientos mínimos y un carácter relativo en relación no a las necesidades, sino a los satisfactores de esas necesidades y su variación espacio-temporal.

Según las características de las privaciones se distingue una pobreza estructural diferenciada de una pobreza coyuntural. La primera tiende a corregirse con el crecimiento económico y la evolución de otros parámetros dependientes de este: cultura, educación, agua, vivienda, etc. La pobreza coyuntural en cambio es un problema esencialmente económico en el cual los ingresos de los hogares se ven afectados inscribiéndose en el universo de la pobreza. Cuando la crisis económica más se prolonga en el tiempo corre el riesgo de convertir a los pobres coyunturales en pobres estructurales.

Pobreza absoluta y miseria

A partir del Diccionario de la Real Academia Española (RAE) 22ª Edición⁴⁶ se exploraron los conceptos de pobreza y miseria. Tal diccionario define a la pobreza como 1. cualidad de pobre; 2. falta, escasez; 3. dejación voluntaria de todo lo que se posee y, de todo lo que el amor propio puede juzgar necesario, de la cual hacen voto público los religiosos en día de su profesión. La miseria es definida en su 2ª acepción como estrechez, falta de lo necesario para el sustento o para otra cosa, pobreza extremada⁴⁷.

⁴¹ Boltvinik, J., *Pobreza y necesidades básicas. Conceptos y métodos de medición*, PNDU, Caracas, 1990.

⁴² Forni, F., "Caracterización dinámica de situaciones de pobreza en la Argentina", en Mourtagh, R. (coord.), *Pobreza urbana en la Argentina*, Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de Buenos Aires-Instituto para la integración del saber, Buenos Aires, 2002, pp. 1-23.

⁴³ Sen, A., *Poverty and famines. An essay on entitlement and deprivation*, OIT/Clarendon Press, Oxford, 1978.

⁴⁴ Sen, A., 1978, ob.cit.

⁴⁵ citado por Boltvinik, J., 1990, ob.cit.

⁴⁶ [En línea] <http://www.rae.es/rae.html> [Consulta: 15 de marzo de 2007].

⁴⁷ En el estudio de la relación miseria-mortalidad infantil se observó que la primera guarda mayor relación que la pobreza en sí misma. En este sentido afirman Hommes, R, y C. Soto, "Determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil en países en desarrollo: un estudio de corte transversal", en Cárdenas, M. y N. Lustig

Dentro de la idea de pobreza absoluta subyace la idea de pobreza extrema o miseria, término justificado por la acepción mencionada y entendida como aquella situación que denota el grado más extremo de la insatisfacción de necesidades mínimas y vitales, las cuales ponen en riesgo la supervivencia (alimento, agua potable, vivienda que permita el abrigo y el mantenimiento de la salud, etc.)⁴⁸.

Con el concepto de miseria ingresamos al campo conceptual sobre la tesis de las necesidades mínimas para la supervivencia y, en este caso son insoslayables los aportes realizados por los trabajos clásicos de Maslow⁴⁹ y su teoría de las necesidades. En efecto, para este autor las necesidades del ser humano están jerarquizadas y escalonadas de forma tal que cuando quedan cubiertas las necesidades de un orden es cuando se empiezan a sentir las necesidades del orden superior. Tal autor identifica cinco niveles de necesidades dentro de la jerarquía:

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

La pobreza extrema o miseria estaría relacionada con la insatisfacción del primer escalón de la pirámide de Maslow, es decir el referido a la insatisfacción de necesidades vitales. La miseria guardaría relación fundamentalmente con el hambre y la desnutrición, como así también con el acceso al agua potable, a una vivienda que permita mantener la temperatura corporal mínima necesaria para la vida, abrigo, mantenimiento de niveles de higiene óptimos para asegurar el no contagio de enfermedades infecciosas, etc. En este sentido, plantea Romero González⁵⁰ que *“no es casual que las zonas con mayor número de pobres sean también aquellas en las cuales el consumo de calorías y proteínas es más*

(comps.), *Pobreza y desigualdad en América Latina*, Tercer Mundo Editores, Bogotá, 1999, pp. 187-210, que la mortalidad infantil es un indicador confiable de la miseria, entendida esta como un resultado de la incapacidad de satisfacer ciertas necesidades básicas (nutrición, vivienda, abrigo) que permiten gozar de un nivel de vida mínimo para la conservación humana.

⁴⁸ Plantea Boltvinik, J., 1990, ob.cit., que lo necesario para sustentar la vida no es lo superfluo ni lo contingente. Por lo contrario es algo sobre lo cual no podemos ejercer nuestra libertad, puesto que es algo de lo cual nos es imposible sustraernos.

⁴⁹ Maslow, A., *Motivation and personality*, Harper, New York, 1970 [1954].

⁵⁰ Romero González J. y Pérez Esparcia, J., *Pobreza y desigualdad en los países en desarrollo*, Síntesis, Madrid, 1992, p. 73.

reducido”. Asimismo, la falta de nutrientes y desnutrición incrementa la frecuencia, gravedad y la duración de las infecciones, derivando con ello en un aumento de la mortalidad.

El hambre, entendido como el principal indicador de la miseria es definido por Josué de Castro⁵¹ como un asunto tan delicado y peligroso por sus implicancias políticas y sociales que permanece aun como uno de los tabúes de nuestra civilización⁵². Este autor desestima la teoría maltusiana al definir al hambre no como un problema de limitación, sino como un problema de distribución, no determinado por factores de orden natural, sino de orden social⁵³.

Asimismo, al pretender relacionar miseria con salud infantil, Bronfman⁵⁴ manifiesta que la carencia de alimentos, vestido y servicios indispensables para proteger la salud y atacar la enfermedad es determinante en la posibilidad de ocurrencia de muertes y es factor sinérgico con el modo en que viven los individuos. Del mismo modo, la miseria puede volverse un círculo de transmisión intergeneracional donde la escasa/ausente educación condiciona sobremanera esta posibilidad.

La medición de la pobreza

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

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

1. Un método para incluir a un grupo de personas en la categoría de pobres (identificación) y,
2. Un método para integrar las características del conjunto de pobres en una imagen global de la pobreza (agregación)⁵⁵.

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

⁵¹ De Castro, J., *Geopolítica del hambre. Ensayo sobre los problemas alimentarios y demográficos del mundo*, Mathiensen-Eidsvold Vaerk, Oslo, 1962.

⁵² No obstante, el hambre no es solo el resultado de una insuficiente cantidad de comida, sino también de su baja calidad; ver Altvater, E., “Hambre, subdesarrollo y medio ambiente. Temas de Josué de Castro en tiempos de globalización”, en *Realidad Económica*, N° 226, IADE, Buenos Aires, 2007, pp. 79-100.

⁵³ Malthus en sus estudios clásicos sobre población y recursos afirmaba el ritmo diferencial del crecimiento de ambas dinámicas. Esta situación de desequilibrio requiere la aplicación de *frenos malthusianos*. No obstante, desde la teoría de Boserup, este desequilibrio puede redundar en un desarrollo de nuevas tecnologías, lo cual evita la aplicación de los mencionados *frenos* y mantiene el equilibrio de los recursos ante el aumento poblacional. Las obras clásicas que exponen estas teorías son: Malthus, T., *Ensayo sobre el principio de la población*, Claridad Ed., Buenos Aires, 2007 [1798]; y Boserup, E., *Población y cambio tecnológico. Estudio de las tendencias a largo plazo*, Crítica, Barcelona, 1984.

⁵⁴ Bronfman, M., *Como se vive se muere. Familia. Redes sociales y muerte infantil*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2000.

⁵⁵ Sen, A., *Nuevo examen de la desigualdad*, Alianza Editorial, Madrid, 1992.

Existen distintos métodos de medición de la pobreza, entre los métodos clásicos se destacan el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y el método de la Línea de Pobreza (LP). El primero de estos posee como fuente de información el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, el segundo la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que al ser una encuesta realizada de manera continua solo en los aglomerados urbanos del país, no revela las características de la pobreza en las áreas no metropolitanas. Asimismo, existen nuevas metodologías diseñadas para el análisis de la pobreza, dentro de estas adquiere singular interés el Índice de privación Material de los Hogares (IPMH), elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)⁵⁶.

Las relaciones pobreza-mortalidad infantil

Las relaciones entre la pobreza y la mortalidad infantil no han sido profundamente estudiadas en el ámbito científico, no obstante existen evidencias importantes sobre la existencia de una relación directa entre ambos fenómenos⁵⁷. En este sentido, el presente apartado procederá a un análisis crítico de la producción de los autores que estudiaron tal relación, tratando de descubrir las ventajas y limitaciones halladas en los mencionados estudios.

⁵⁶ No es propósito de este trabajo indagar sobre las nuevas metodología de medición de la pobreza, no obstante sobre las características de las mismas puede consultarse Álvarez, Gustavo, "Capacidad económica de los hogares. Una aproximación censal a la insuficiencia de ingresos", en *Notas de Población*, N° 74, CEPAL, Santiago de Chile, 2002, pp. 213-250; Gómez, A., Mario, S., y F. Olmos, "Índice de privación material de los hogares (IPMH). Desarrollo y aplicación con datos del Censo Nacional de población, Hogares y Vivienda 2001", en *Actas VII Jornadas de la Asociación Argentina de Estudios de Población*, Tafí del Valle, 2007; Madariaga, H., "Propuesta de índice de pobreza y su aplicación empleando Sistemas de Información Geográfica", en *Actas VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Tafí del Valle, 2007; y Longhi, F., "Miseria, mortalidad infantil y perfil epidemiológico en el Norte Grande Argentino (1989-2003)", en Drovetta y Rodríguez (comps.), *Medio siglo de padecimientos en grupos vulnerables del interior argentino*, Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 2010, pp. 109-144.

⁵⁷ Ante tal vacío constituyen una excepción los trabajos surgidos en el marco de la geografía médica y la geografía de la salud, cuyos principales exponentes nacionales son Curto y Pickenhayn. Desde este enfoque se desarrollan trabajos relacionadas con la distribución espacial de vectores e incidencia de determinadas enfermedades, como así también determinadas respuestas del sistema de salud. Pueden consultarse Curto, S., "La Geografía Médica y los Mapas de la Salud", en *Hydria*, N° 22, 2009; Pickenhayn, J. y Curto, S., "La geografía de la salud en Argentina", en *Revista Geográfica*, N° 135, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, México, 2005, pp.89-108; Curto, S. et al., "Representación cartográfica de una patología endemo-epidémica. Paludismo en la Argentina (1970-2002)", en *Contribuciones Científicas*, GÆA Sociedad Argentina de Estudios Geográficos, Buenos Aires, 2004, pp.87-99; Curto, S. et al., "Variabilidad espacio-temporal del riesgo de transmisión de dengue en la Ciudad de Buenos Aires", en *Medicina-Buenos Aires*, Vol. 64, Fundación Medicina, Buenos Aires, 2004, pp. 231-234; Curto, S., "Mapas en Geografía Médica", en *Caderno Prudentino de Geografía*, Vol. 1, Associação dos Geógrafos Brasileiros (AGB), Presidente Prudente, Brasil, 2003, pp.111-129; Curto, S. et al., "Aplicación de Sistemas de Información Geográfica en Epidemiología. Caso de estudio: Malaria en la Argentina (1902-2000)", en *Contribuciones Científicas*, GÆA Sociedad Argentina de Estudios Geográficos, Buenos Aires, 2003, pp.239-248; Curto, S. et al., "Global climate change influence in the distribution of some pathogenic complexes (malaria and Chagas'disease) in Argentina", en *Entomol Vect*, N° 1, 1994, pp. 69-78; Curto, S. et al., "Geographical distribution and alti-latitudinal dispersion of genera and species of the tribes Alberproseniini, Bolboderini and Cavernicolini (Hemiptera, Reduviidae, Triato-minae)", en *Entomol Vect*, N° 2, 1995, pp. 127-144; Pickenhayn, J. et al., "Chagas urbano en San Juan: Diagnóstico, revisión y propuesta para un sistema integrado de ataque", en *Rev. argent. Cardiol.*, Vol. 76, N° 6, 2008, pp. 480-487; Pickenhayn, J., "El fenómeno urbano y la reespecialización de los complejos patógenos", en *R.Ra'ega*, N° 15, 2008, pp. 19-25 y Pickenhayn, J., "Geografía, demografía y salud: asociación teórica en la transición epidemiológica", en *Geodemos*, N° 7/8, 2006, pp. 139-162.

En la revisión bibliográfica realizada se observa una mayor exploración de dicha relación en el ámbito latinoamericano que en el argentino. Respecto a esto Almeida-Filho⁵⁸ señala las siguientes limitaciones de los estudios latinoamericanos en relación a las desigualdades en salud según condiciones de vida:

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

En el contexto argentino solo un trabajo estudió tal relación en el Norte Grande Argentino durante la década del '90. Tal estudio pertenece a Madariaga, Ortiz de D'Arterio y Longhi⁵⁹, quienes analizaron la distribución espacial de la pobreza en el Norte Grande Argentino en el año 1991 usando el Índice de Pobreza Compuesto, un indicador que procura superar las limitaciones del método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Este índice clasificó los departamentos⁶⁰ según las características que asume la pobreza y estos tipos fueron correlacionados independientemente con la mortalidad infantil. Mediante el cálculo de esta última variable, se detectó la evolución en la distribución espacial de la pobreza durante la década del '90 en la región.

Este trabajo constituye un punto de partida para profundizar su estudio como aproximación general a la evolución en la distribución espacial de la pobreza, dejando sin desarrollar aspectos teóricos y metodológicos de importancia. Asimismo, existe un conjunto de trabajos surgidos del proyecto de investigación *Pobreza y territorio en el Norte Grande Argentino* los cuales ponen de manifiesto cuales han sido los caracteres de la territorialización del NGA y, sirven como punto de partida para comprender la conformación y persistencia del área más pobre de Argentina⁶¹.

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

⁵⁸ Almeida Filho, N., *Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada*, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1999.

⁵⁹ Madariaga, H., Ortiz de D'Arterio, J. y F. Longhi, "Características de la pobreza en los hogares del Norte Grande argentino. Su relación con la mortalidad infantil", en *Actas I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, Caxambú, 2004.

⁶⁰ Departamento es el área política en la cual se dividen las provincias en Argentina.

⁶¹ Se destacan los trabajos de Bolsi, A., "Pobreza y territorio en el Norte Grande Argentino", en *Actas del I Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población*, Caxambú, 2004; Bolsi, A. y N. Meichtry, "Economía de mercado y sociedades tradicionales en la generación de la pobreza en el Norte Grande Argentino", en *Estudios*, N° 19, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 2006, pp. 65-89; Bolsi, A., Paolasso, P. y F. Longhi, "El Norte Grande Argentino entre el progreso y la pobreza", en *Población y Sociedad*, N° 12/13, Fundación Yocavil, San Miguel de Tucumán, 2006, pp. 227-266; Bolsi, A., "El mito de la opulencia argentina: territorio y pobreza en el Norte Grande Argentino", en *Actas Latinoamericanas de Varsovia*, Tomo 30, Varsovia, 2007, pp. 189-206 y Bolsi, A. y Paolasso, P., *Geografía de la pobreza en el Norte Grande Argentino*, PNDU/UNT, San Miguel de Tucumán.

grupo que, a través del análisis y estudio de la evolución de la mortalidad infantil en el largo plazo, encuentra relaciones con los niveles de pobreza.

Pobreza estructural y mortalidad infantil

Dentro de los autores incluidos en el primer grupo se encontraron trabajos que hallaron una relación importante entre pobreza y mortalidad infantil y otros que tuvieron que redefinir el concepto de pobreza para que la asociación alcance un mayor sustento.

Entre los primeros cabe destacarse el trabajo de Álvarez⁶² quien aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para relacionar la tasa de mortalidad postneonatal de Argentina en 1991 con el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (1991), encontrando un coeficiente igual a 0.8513, el cual evidencia una marcada asociación.

No obstante Behm Rosas⁶³, Spinelli et al.⁶⁴ y Trifiró⁶⁵, afirmando la existencia de una interrelación manifiesta entre ambos fenómenos, no encontraron una medida de la pobreza que mantuviese una relación directa con la mortalidad infantil, es por eso que relacionaron tal variable sociodemográfica con las *condiciones de vida* o *nivel de vida* según el caso. Estos conceptos- como se mencionara- abarcan aspectos no considerados por la pobreza y, desde este ángulo las relaciones con la mortalidad infantil alcanzan mayor sustento. También es destacable el trabajo de Hommes y Soto⁶⁶, quienes afirman la existencia de una relación inversa entre la tasa de mortalidad infantil y el desarrollo socioeconómico de un país, hallando en esta tasa un buen indicador del bienestar socioeconómico.

Trifiró destaca que la pobreza estructural y el medio ambiente en el que viven las personas, entendido este último en relación a las condiciones físicas del área, tiene directa influencia sobre la salud e interviene en los niveles de mortalidad infantil. Sin embargo, al relacionar las tasas de mortalidad infantil con el porcentaje de población con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) en los departamentos de la provincia de Mendoza reconoce que no hay una correspondencia directa entre ambos fenómenos, ya que la variedad de las situaciones observadas no puede ser explicada con la ecuación: mayor pobreza estructural-mayor mortalidad infantil, porque algunos ejemplos departamentales invalidan la misma. La autora reafirma la hipótesis de la asociación entre mortalidad infantil y, en sentido más amplio que la pobreza por NBI, asocia mortalidad infantil con las condiciones socioeconómicas, demográficas y sanitarias del hogar; y mediante el enfoque ecológico⁶⁷ combina mortalidad infantil con datos agregados y colectivos como el acceso a servicios, características de las viviendas, hacinamiento, cualidades del jefe de hogar, índice de dependencia, índice de masculinidad, tasa de fecundidad, alfabetización, cobertura de salud, necesidades básicas insatisfechas, entre otras. En esta instancia la relación calculada obtuvo mejores resultados.

⁶² Álvarez, M., "Factores de riesgo de la salud de los menores de un año. Argentina, 1980-1995", en *Actas do XII Encontro de Estudos Populacionais da ABEP*, Caxámbú, 2000.

⁶³ Álvarez, M., 2000, ob.cit.

⁶⁴ Álvarez, M., 2000, ob.cit.

⁶⁵ Trifiró, C., "Condiciones de vida y mortalidad infantil en los departamentos de la provincia de Mendoza", en *Actas VI Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Buenos Aires, 2001.

⁶⁶ Trifiró, C., 2001, ob.cit.

⁶⁷ Tal enfoque consiste en profundizar el estudio sobre las relaciones entre la mortalidad infantil y las características sociodemográficas y geográficas de los departamentos. Trifiró, C., 2001, ob.cit.

Behm Rosas considera que el nivel de vida de una población y la atención médica están estrechamente relacionados con el proceso de enfermedad y muerte en menores de un año. Realiza pruebas empíricas en Chile donde demuestra la excesiva sobremortalidad infantil de la clase obrera (de malas condiciones de vida) con respecto a la clase no obrera; dicho valor llega al 88%. Del mismo modo, también Spinelli encuentra idéntica relación entre las condiciones de vida y los niveles de mortalidad infantil. En ambos artículos los autores definen a las condiciones de vida como el conjunto de determinantes socioeconómicos fuertemente inerciales que imponen serias restricciones al éxito de cualquier gestión en materia de salud. Estas condiciones de vida tendrían, desde su marco conceptual, una relación importante con la pobreza estructural. El aporte más valioso que realizan es el de plantear los modos de vida como condicionantes contextuales de la sobrevivencia infantil: puntualizan por un lado una estructura económica y social y por otro algunos condicionantes que influyen en la salud/enfermedad a través del hogar.

También Cervantes Carson⁶⁸ y Fantín⁶⁹ plantean algo similar a estos últimos al manifestar las estrechas relaciones entre el nivel socioeconómico alcanzado, la calidad de vida y, las posibilidades de contraer determinadas enfermedades propias de determinado nivel de desarrollo. Plantean en este sentido que los niños son los más vulnerables a morir a medida que disminuye tal nivel de desarrollo, por lo cual validan el uso de la mortalidad infantil como un indicador sensible de los niveles de desarrollo social y económico.

Por último, Ramírez⁷⁰ relaciona el impacto de los factores ambientales sobre la mortalidad infantil, con especial énfasis en el tramo de edad postneonatal. Si bien reconoce limitaciones para definir “factores ambientales” entiende tal concepto como las características del entorno donde el niño vive, considerando tres aspectos cruciales: vivienda, educación y salud. Se observa que, aunque no remita al concepto de pobreza estructural, implícitamente hace alusión a ella. En este sentido, aplica el coeficiente de correlación de Spearman y encuentra una relación importante tanto entre los factores ambientales y la mortalidad infantil, como entre factores ambientales y mortalidad postneonatal. Asimismo relacionó las principales causas de muerte de mortalidad postneonatal y los factores/indicadores seleccionados correlacionando las muertes postneonatales por diarrea, desnutrición y neumonía/bronconeumonía con tales factores, encontrando una relación más importante. De esta manera, ayudó a ampliar los antecedentes sobre el estudio de la pobreza estructural y la mortalidad infantil.

Pobreza coyuntural y mortalidad infantil

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

⁶⁸ Cervantes Carson, A., “En busca de la explicación (variables socioeconómicas en el estudio de la mortalidad en la niñez)”, en R. Jiménez Ornelas, *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años (Primer Seminario de Demografía Formal)*, UNAM/Centro de Investigaciones Multidisciplinarias, México DF, 1989, pp. 65-80.

⁶⁹ Fantín, M., “Situación, necesidades y demandas de los servicios de salud en el Nordeste Argentino”, en *Actas IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Huerta Grande, 2007.

⁷⁰ Ramírez, M., “Incidencia de factores ambientales en la mortalidad infantil. Provincia de Chaco- 1991”, en *Revista Geográfica*, N° 122, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, México DF, 1995, pp. 169-178.

la mortalidad infantil. Entre estos se distinguen algunos estudios que caracterizamos en los siguientes párrafos.

Romero y Landmann Szwarcwald⁷¹ realizan un estudio comparativo en América Latina sobre la influencia de las crisis económicas coyunturales en los eventos socio-demográficos, poniendo especial énfasis en la mortalidad infantil e intentaron medir su impacto. Encuentran que la asociación entre renta y salud no es significativa. Esto queda evidenciado en la disminución de la tasa de mortalidad infantil aun en períodos de crisis económicas coyunturales, aunque descubren que el ritmo de descenso es menor. Con tal estudio demuestran que los patrones demográficos no están exentos a las fluctuaciones económicas⁷². En tal sentido, Guzmán y Orellana⁷³ encuentran que la coyuntura económica (que favorece la generación de “nuevos pobres”) puede no tener un efecto directo e inmediato en la mortalidad infantil si al momento en que éste se produce ya existe un sistema de salud que privilegie la atención del niño y la madre y éste sea mantenido. La pregunta que surge aquí sería ¿cómo se mantuvieron sanas las familias de bajos ingresos frente a la crisis económica?, McQuestion⁷⁴ encuentra la respuesta a este interrogante en los “efectos de interacción social”, es decir, la influencia que generan los resultados de las decisiones tomadas por otras personas en el comportamiento de los individuos, siendo estas decisiones continuamente reevaluadas por los mismos, analizando costos y beneficios de elegir determinado comportamiento. McQuestion considera que estos efectos contribuyeron a evitar que recrudeciese la mortalidad en América Latina durante los ochenta mientras la población continuaba empobreciéndose.

En este sentido, también Hernández Bringas⁷⁵ manifiesta que la relación crisis socioeconómica- aumento de la pobreza- mortalidad infantil no es tan simple como parece en virtud de los siguientes argumentos:

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

⁷¹ Romero, D. y C. Landman Szwarcwald, “Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta”, en *Cadernos de Saude Publica*, N° 16 (3), Río de Janeiro, 2000, pp. 799-814.

⁷² Respecto a esto también Hernández Bringas, H., *La mortalidad infantil durante los años de crisis*, CRIM/UNAM, México, 2001, plantea que a las crisis acaecidas en los países latinoamericanos no le siguieron cambios importantes en la mortalidad infantil, aunque reconoce que puede haber una desaceleración de tendencias, así como efectos adversos en algunas subpoblaciones. En este sentido, Rodríguez Vignoli, J., “América Latina y el Caribe. Pobreza y población: enfoques, conceptos y vínculos con las políticas públicas”, en *Notas de Población*, N° 83, CEPAL, Santiago de Chile, 2007, pp. 11-40, aplicó el coeficiente de correlación de Pearson en los países latinoamericanos para el periodo 1980-2005 y así procuró medir la asociación entre pobreza coyuntural y mortalidad infantil. El mencionado coeficiente fue igual a 0.136, evidenciando la nula asociación entre ambos fenómenos.

⁷³ Rodríguez Vignoli, J., 2007, ob.cit.

⁷⁴ McQuestion, M., “Los comportamientos de salud correlacionados y la transición de la mortalidad en América Latina”, en *Notas de Población*, N° 72, CEPAL, Santiago de Chile, 1994, pp.189-228.

⁷⁵ Hernández Bringas, H., 2001, ob.cit.

- El deterioro en las condiciones de vida, especialmente en salud, no se traduce necesariamente en mayor mortalidad. Se dan procesos de supervivencia en condiciones precarias⁷⁶.

Relacionando igualmente salud infantil con crisis económicas y deterioro del ingreso Gershanik⁷⁷ distingue la influencia del empobrecimiento, entendida como la situación de aquellos hogares que cayeron por debajo de la línea de pobreza, en la salud infantil. Reconoce que no todos aquellos que se empobrecen presentan empeoramiento en las condiciones de salud y, observa una dificultad en asignar identidad propia a la enfermedad de los empobrecidos; sin embargo, distingue una asociación de la mortalidad infantil con los pobres estructurales y no con los empobrecidos, ya que estos últimos presentan “mecanismos de ajuste”⁷⁸ para el cuidado de la salud de los niños.

Evolución de la mortalidad infantil y pobreza

Un tercer grupo de autores realizan estudios sobre la evolución de la mortalidad infantil y, a partir de tal evolución logran extraer algunas conclusiones respecto a su relación con la pobreza. Entre estos se encuentran los estudios de Rodríguez Marquina⁷⁹, Müller⁸⁰, CELADE⁸¹, Ortiz de D'Arterio y Caillou⁸² y Bolsi y Ortiz de D'Arterio⁸³. Todos encuentran una relación directa entre altas tasas de mortalidad infantil y concentración de hogares pobres.

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

El agua solo entra en el rancho para la alimentación; nunca para la higiene; aquella es escasa pues apenas dispone para sí, su esposo y sus hijos menores,

⁷⁶ McQuestion, M., 1994, ob.cit.

⁷⁷ Gershanik, A., “Salud de los niños y empobrecimiento: su atención”, en A. Minujín et al., *Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*, UNICEF/LOSADA, Buenos Aires, 1997, pp. 143-171.

⁷⁸ Este concepto utilizado por Gershanik se refiere a las prácticas propias de las clases medias, las cuales tienen que ver fundamentalmente con el nivel educativo alcanzado. Estas habilidades (propias a los empobrecidos y no de los pobres estructurales), son las que influyen en el cuidado de la salud infantil.

⁷⁹ Rodríguez Marquina, P., *La mortalidad infantil en Tucumán*, Talleres de la provincia, San Miguel de Tucumán, 1899.

⁸⁰ Müller, M., “Mortalidad infantil y desigualdades sociales en Misiones”, en *Cuadernos del CENEP*, N° 25-26, Centro de Estudios de Población (CENEP), Buenos Aires, 1984.

⁸¹ Centro Latinoamericano de Demografía, *Paraguay: la mortalidad infantil según variables socioeconómicas y geográficas, 1955-1980*, CELADE, Santiago de Chile, 1986.

⁸² Ortiz de D'Arterio J. y M. Caillou, “La mortalidad en el primer año de vida: análisis histórico de un problema para Tucumán en el Siglo XX”, en A. Bolsi (dir.), *Problemas Poblacionales del Noroeste Argentino*, UNT-Junta de Andalucía, San Miguel de Tucumán, 1997, pp. 73-86.

⁸³ Ortiz de D'Arterio J. y M. Caillou, 1997, ob.cit.

de otra cosa, que de dos mal pesadas libras de carne de segunda o tercera clase, dos id de maíz y dos onzas de sal cada día. La cama redúcese a dos planchas de zinc (o una) algunas veces; otras, a un mal “catre de tientos” o unas bolsas llenas de paja, y una manta que lo mismo sirve para cubrirse en las heladas noches de invierno que en los lluviosos días de verano. Un mal cajón con visagras de cuero, una olla, un tarro de lata para hervir la ropa sucia, un mate con su correspondiente bombilla, una pava sin tapadera, tantas cucharas como miembros forman la familia y tantos cuchillos como varones estén en la edad de ostentarlo en la cintura, completan el mobiliario y el menaje de tan humilde vivienda⁸⁴.

Respecto a las características de la alimentación del niño manifiesta:

Viene después de esto el sistema miserable de alimentación de las madres que no es posible presumir produzca leche abundante y de buena calidad, y como las criaturas lloran de hambre pronto principia a sustituirse aquella con caldo de mazamorra primero, con sopas de pan después, y no tardan en dar a niños que apenas tienen las señales de una próxima dentición un pedazo de carne asada que las muelas de sus propios padres repudiarían⁸⁵.

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

Más crecidas ya las criaturas se las sienta en un pedazo de cuero o una bolsa, y allí pasan en compañía de los perros o de los gatos la mayor parte del día entre la podredumbre de sus propias deyecciones. (...) Ellas llevan a su boca las mayores inmundicias, ellas reciben en su rostro los lengüetazos del perro de la casa único que constantemente las acaricia; único que les desgasta a fuerza de lamer, la roña que se forma en los puntos salientes del desfigurado rostro; a ellas, en fin, cuando ya pueden arrastrarse, lánzase ávidas al agua que ha servido para lavar, y allí, con una sonrisa de ángeles permanecen sentaditas⁸⁶.

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

Otros autores como Bolsi y Ortiz de D'Arterio⁸⁷ analizan la relación que nos preocupa en las áreas azucareras argentinas durante el transcurso del siglo XX. Encuentran en la mortalidad infantil un “invalorable indicador sintético” que se acerca al conocimiento de la calidad de vida de una sociedad y, logran demostrar la incidencia de las políticas económico-sociales, mediante lo que ellos denominan la “ingeniería social” en la disminución de la mortalidad infantil en esas áreas azucareras.

⁸⁴ Rodríguez Marquina, 1899, ob.cit., pp. 63-64.

⁸⁵ Rodríguez Marquina, 1899, ob.cit., p. 65.

⁸⁶ Rodríguez Marquina, 1899, ob.cit., pp. 66-67.

⁸⁷ Rodríguez Marquina, 1899, ob.cit.

Por último, otros autores, dentro del mismo grupo, profundizan el estudio de la relación de la mortalidad infantil con variables aisladas relacionadas a carencias de tipo estructural. Entre estos el CELADE⁸⁸ realiza un estudio sobre la mortalidad infantil en Paraguay en el marco del programa IMIAL (Investigaciones sobre la mortalidad infantil en América Latina) y encuentra profundas relaciones entre los niveles de mortalidad infantil y variables como el lugar de residencia, la escolaridad de la madre, la ocupación del padre, el grado de analfabetismo, la calidad de la vivienda, la disponibilidad de agua potable y alcantarillado, el tipo de servicio sanitario, etc. Estas asociaciones fueron propicias en la medida que demostraron la profunda relación entre mortalidad infantil y las variables mencionadas.

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

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

Pobreza y mortalidad infantil. Aproximación a la interpretación de sus relaciones

Las relaciones entre la pobreza y la mortalidad infantil conforman un apartado específico de las conexiones entre la dinámica de la población y la pobreza; dicha amplitud se caracteriza además, como señala Rodríguez Vignoli⁸⁹, por una complejidad extrema a tal punto que los consensos clásicos están siendo actualmente revisados a la luz de nuevas constataciones empíricas.

En tal contexto, es sabido que las tasas de mortalidad infantil están condicionadas por factores que también tienen reconocida incidencia en la pobreza; esta relación es más significativa- como se mencionara- en situaciones de pobreza estructural. En efecto, las asociaciones entre ellos se entrecruzan en las condiciones de vida del hogar ya que son claramente dependientes⁹⁰. La tasa de mortalidad infantil, entonces, se articula funcionalmente con las condiciones de vida de una población⁹¹.

⁸⁸ Rodríguez Marquina, 1899, ob.cit.

⁸⁹ Rodríguez Marquina, 1899, ob.cit.

⁹⁰ Se ha señalado que “*son los pobres los que están más expuestos a los riesgos de salud que entraña el medio ambiente y el contagio, resultante de viviendas inadecuadas y hacinadas, carentes de servicios sanitarios o de agua no contaminada, a menudo ubicadas en zonas insalubres, tanto urbanas como rurales*”. Ver Naciones Unidas, *El estado de la población mundial. Población, pobreza y oportunidades*, UNFPA, New York, 2003.

⁹¹ En este sentido sostienen Hommes y Soto, 1999, ob.cit., que la mortalidad infantil es considerada como un indicador de privación y como una de las medidas más reveladoras del alcance de una sociedad para satisfacer las necesidades de su gente y concluyen en su trabajo que “la mortalidad infantil es una buena *proxy* (sic) de la pobreza”.

En la figura 1 se intenta particularizar y precisar las circunstancias que inciden en las relaciones entre ambos hechos. La articulación entre los caracteres de la *ingeniería social* y del *territorio* se propone aquí como el principal sustento del sistema que tiene en las *enfermedades de la pobreza* la expresión central, constituyéndose, en efecto, como el enlace entre la pobreza y la salud de los niños; tales enfermedades (de etiología exógena y con mayor incidencia en el período postneonatal) reconocen distintos niveles de condicionantes e implican *estrategias de supervivencia* que adoptan las familias ante este problema. El ciclo no necesariamente concluye con la muerte de los niños: las secuelas de la sobrevida infantil tienen también su importancia en este sistema.

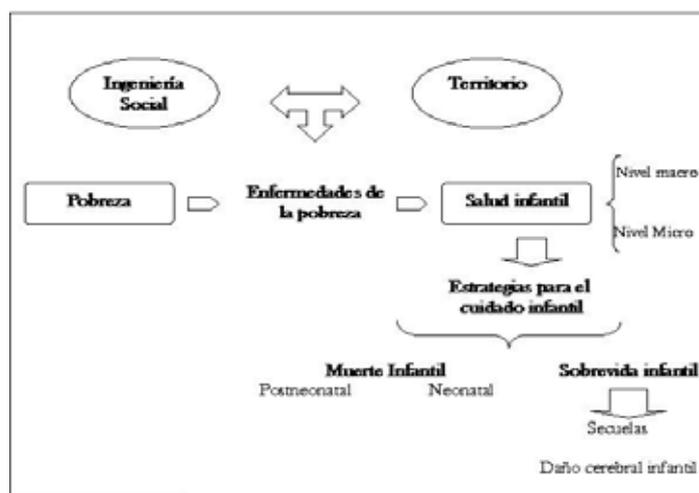
Una noción elemental de esta articulación sería, entonces, la relacionada con los procesos de territorialización, esto es, la manera en que las sociedades construyen su territorio a lo largo del tiempo. El otro concepto, el de la *ingeniería social*, fue acuñado por Popper⁹² y readaptado por Bolsi y Ortiz de D'Arterio⁹³ para dar cuenta de los aspectos del proceso político/social que en conjunto tendieron a la mejora en la calidad de vida de las familias⁹⁴.

Figura 1. Esquema de aproximación a las relaciones entre pobreza y mortalidad infantil

⁹² Popper, K., *La sociedad abierta y sus enemigos*, Paidós, Buenos Aires, 1957.

⁹³ Popper, K., 1957, ob.cit.

⁹⁴ Plantean que la *ingeniería social* se manifiesta en obras públicas asociadas con la salud, la educación, las comunicaciones y los servicios- especialmente electricidad, agua y gas- los cuales generan las condiciones necesarias para generar el descenso de la mortalidad. En este sentido, también Spinelli et al., 2000, ob.cit., destacan la eficacia del saber y la tecnología médica sobre la salud, complementada ésta con la influencia del desarrollo social, las políticas sociales y sanitarias y la mejora en las condiciones de vida. Entre los impactos sociales positivos de la *ingeniería social* Spinelli et al., destacan los programas de inmunización, de rehidratación oral, de control del embarazo y del parto, de control del recién nacido, los programas contra la enfermedad diarreica aguda y las enfermedades respiratorias agudas, la educación para la salud, la transferencia de conocimientos hacia la comunidad, la lactancia materna, el estímulo para la participación popular, entre otros. La *ingeniería social* se materializa de alguna manera a través de la política social. Cada modelo de acumulación tuvo su propia lógica respecto a la cuestión social; el Estado de Bienestar por ejemplo llevó adelante una fuerte inversión pública en infraestructura social (educación, salud, capacitación de la fuerza de trabajo, etc.); programas de construcción de viviendas; aumento del consumo colectivo de los trabajadores y del consumo individual a través de políticas de empleos, salarios y precios, entre otros. En este período la política social fue encarada como una dimensión de la inversión y no del gasto. Vilas, C., "De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo", en *Desarrollo Económico*, Vol. 36, N° 144, IDES, Buenos Aires, 1997, pp. 931-952. Siguiendo al mismo autor, la política social del modelo neoliberal es encarada como un conjunto restrictivo de medidas orientadas a compensar los efectos negativos del ajuste estructural; su funcionalidad es considerada transitoria, ya que la reactivación de la economía generaría los equilibrios básicos, quedando a lo sumo una pequeña proporción necesitada de atención pública. En estas condiciones el aspecto social es considerado ante todo un gasto. Ceja Mena, C., "La política social mexicana de cara a la pobreza", en *Geocrítica Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Vol. III, N° 176, Universidad de Barcelona, 2006. El concepto de desarrollo social se diluye y gana terreno el de compensación social. Vilas, C., 1997, ob.cit.



Elaboración propia

“Enfermedades de la pobreza” es una noción acuñada por McKeown⁹⁵ que describe las dolencias que han predominado durante la mayor parte de la existencia de la humanidad. Se distinguen de otras asociadas con la riqueza relativa que produjo la industrialización. La pobreza, precisó, no es causa directa de muerte, sino la principal razón por la cual existen condiciones (de distintos niveles) que desembocan en la enfermedad. Entre este grupo de enfermedades, los padecimientos de origen infeccioso, las enfermedades respiratorias agudas y la diarrea infantil adquieren el mayor protagonismo⁹⁶. En este sentido, Lesevic et al.⁹⁷ proponen un esquema conceptual que detecta las variables asociadas a las enfermedades diarreicas y respiratorias (figuras 2 y 3).

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 enfermedades⁹⁸. Del mismo modo, la asociación entre diarrea infantil y desnutrición es importante, al respecto Behar⁹⁹ señala el hecho de que las infecciones entéricas constituyen factores precipitantes y agravantes de la desnutrición y, ésta, a su vez, influye en la patogenia de procesos diarreicos. La figura 4 ilustra la interacción sinérgica entre síndrome diarreico y desnutrición. Se observa que dentro de un mismo nivel, socioeconómico, cultural o ambiental, los factores son estructurados y actúan sinérgicamente en la producción tanto de diarrea como de desnutrición.

⁹⁵ McKeown, T., *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Editorial Crítica, Barcelona, 1988.

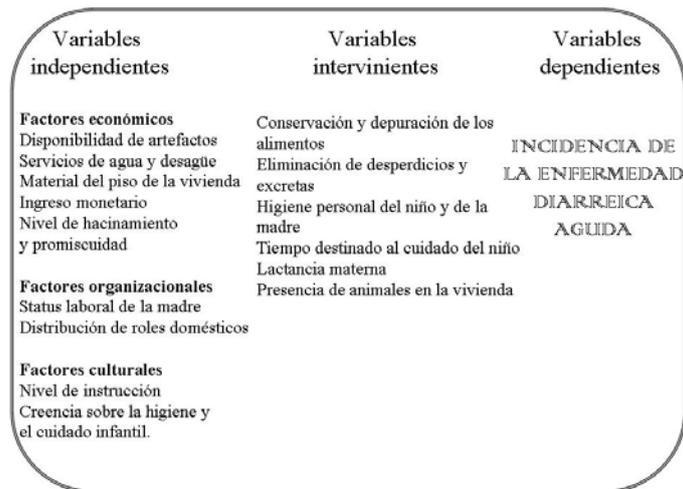
⁹⁶ Además de éstas, el estado nutricional se manifiesta en las enfermedades mediante ciertas patologías características, tales como el sarampión, tuberculosis, tos ferina, parásitos intestinales, cólera, lepra y herpes. Rotberg, R, y T. Rabb, *El hambre en la historia. El impacto de los cambios en la producción de alimentos y los modelos de consumo sobre la sociedad*, Siglo XXI, Madrid, 1990. De la misma manera Mujica, L. y G. Mesa, “La enfermedad de chagas. Características generales de una enfermedad endémica de la pobreza”, en *Investigaciones y Ensayos Geográficos. Revista de Geografía*, N° 5, Editorial de la Universidad Nacional de Formosa, 2006, pp. 27-40; definen el mal de chagas como una enfermedad característica de los sectores más pobres.

⁹⁷ Lesevic, B. y C. Bardalez, “Pobreza urbana y supervivencia”, en A. Lattes, M. Farren y J. McDonald, *Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina*, CLACSO/IDRC, Buenos Aires, 1989, pp. 227-246.

⁹⁸ Sostiene Bronfman, M., 2000, ob.cit., que las variables más asociadas con la aparición de las enfermedades de la pobreza son malas condiciones de la vivienda, estado nutricional deficiente, falta general de higiene, carencia de servicios médicos y limitada o nula utilización de los mismos.

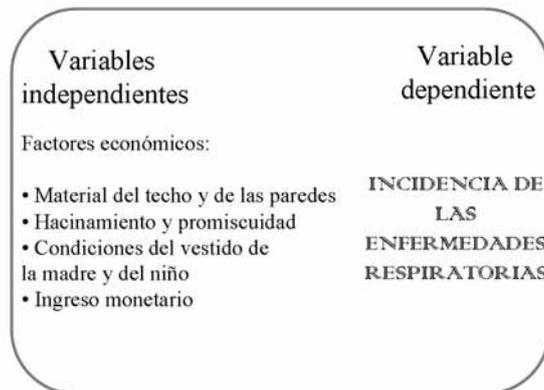
⁹⁹ Citado por Almeida-Filho, N, y M. Rouquayrol, M, *Introducción a la epidemiología*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2008.

Figura 2. Esquema asociado a la incidencia de la enfermedad diarreica aguda en la población infantil



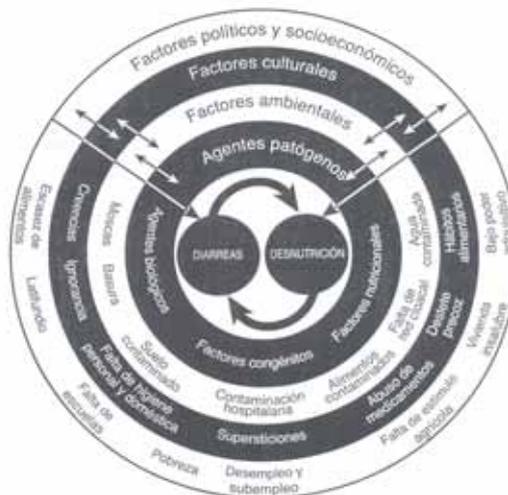
Fuente: Tomado de Lesevic y Bardalez¹⁰⁰. Elaboración propia.

Figura 3. Esquema asociado a la incidencia de las enfermedades respiratorias



Fuente: Tomado de Lesevic y Bardalez¹⁰¹. Elaboración propia.

Figura 4. Sinergismo multifactorial en la determinación de las enfermedades diarreicas



Fuente: Almeida Filho¹⁰².

¹⁰⁰ Almeida-Filho, N, y M. Rouquayrol, M, 2008, ob.cit.

¹⁰¹ Almeida-Filho, N, y M. Rouquayrol, M, 2008, ob.cit.

En este sentido las áreas más densamente pobladas se han convertido en una de las mayores amenazas para la salud, destacándose en ellas el predominio de enfermedades infecciosas y gastrointestinales, infecciosas en las vías respiratorias y carencias nutricionales¹⁰³.

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

Respecto al riesgo de enfermar y morir durante el primer año de vida se han definido (siguiendo los lineamientos de Spinelli¹⁰⁴), dos grandes niveles de condicionantes:

- Nivel macro-institucional: La estructura socioeconómica de un país o de una región (aquí proponemos el concepto más amplio de territorialización) condiciona la aparición de enfermedades y su evolución, uno de cuyos cursos probables es la muerte. Ante esta situación son los niños los más vulnerables a las enfermedades infectocontagiosas y, una política de atención destinada al cuidado infantil disminuye el riesgo de enfermar. En la estructura socioeconómica se distinguen:

- *Factores ecológicos*: guardan conexión con la producción de alimentos, deficiencias alimenticias, existencia de vectores de enfermedades transmisibles, etc.

- *Factores político-económicos*: tienen relación con la accesibilidad a los servicios públicos, organización de la producción, patrones de distribución de los ingresos y beneficios sociales, distribución y costo relativo de servicios, etc.

- *Factores del sistema de salud*: son formas de organización, gestión, políticas y eficiencia del sistema formal de salud, etc.

- Nivel micro-institucional: los determinantes de la estructura socioeconómica son mediados al nivel del hogar donde el proceso de crecimiento y desarrollo del niño es extremadamente dependiente del contexto familiar. Este contexto puede subdividirse en dos grandes categorías: condicionantes socioeconómicos y condicionantes intermedios.

A. Condicionantes socioeconómicos: operan al nivel de la familia o de sus miembros tomados individualmente. Tienen relevancia con las capacidades de sus miembros de producir los bienes necesarios para el desarrollo del grupo. Esta capacidad está estrechamente relacionada con la ocupación de los padres y los ingresos que de ella se derivan, pero también tiene relación con el nivel de instrucción alcanzado por los padres. El ingreso y, su forma de utilización, adquiere un papel decisivo en la determinación de las condiciones materiales de vida. Entre dichas condiciones tiene especial importancia la calidad de la vivienda, que incluye características como la provisión de agua y eliminación de excretas, disponibilidad de energía, de insumos para la higiene personal y de la vivienda; como así también los medios para obtener atención preventiva y curativa del niño y el acceso a la información.

¹⁰² Almeida-Filho, N, y M. Rouquayrol, M, 2008, ob.cit.

¹⁰³ Organización Mundial de la Salud, *Urbanización y sus repercusiones en la salud infantil*, OMS/ONU, Madrid, 1989.

¹⁰⁴ Organización Mundial de la Salud, 1989, ob.cit.

B. Condicionantes intermedios: Son variables por medio de las cuales los condicionantes socioeconómicos influyen en el proceso de salud-enfermedad del niño. Mosley y Chen¹⁰⁵ pusieron énfasis también en estos factores como condicionantes de la mortalidad infantil. Se distinguen:

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

Las estrategias de supervivencia, a su vez, se entienden como conductas y habilidades de las familias para enfrentar las condiciones macro y micro institucionales¹⁰⁶. Si bien tales estrategias (específicamente las relacionadas con el cuidado de los niños) no inciden directamente en la ocurrencia de muertes infantiles, evitan que muchas circunstancias (y aún enfermedades) tengan desenlaces fatales.

Aún cuando el sistema aquí esbozado no concluya necesariamente con la muerte de niños, las secuelas que suelen dejar en ellos pueden tener consecuencias serias como limitaciones en sus aspectos físicos, psíquicos, cognitivos y afectivos, secuelas que a su vez incidirían sobre los niveles de pobreza y de mortalidad infantil¹⁰⁷.

¹⁰⁵ Organización Mundial de la Salud, 1989, ob.cit.

¹⁰⁶ En el seno de las familias surgen habilidades que permiten satisfacer las necesidades de manutención y reproducción de los miembros con los recursos disponibles. Implican decisiones que afectan directa o indirectamente la sobrevivencia de los niños y, si bien no actúan independientemente de los macro o micro condicionantes ni tampoco están desligados de ellos, constituyen una instancia mediadora en el proceso de salud y enfermedad. Tienden a asegurar la reproducción biológica de la familia, preservar la vida y efectuar todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la obtención de los medios de subsistencia y para la socialización de la progenitura; ver Torrado, Susana, *Salud-enfermedad en el primer año de vida. Rosario (1981-1982)*, Centro de Estudios Urbanos y Regionales, Buenos Aires, 1986. Una de estas estrategias corresponde a la inclusión de la familia en una red social estructurada y continua. Bronfman, M., 2000, ob.cit., destaca el papel de estas redes, sobretodo en familias pobres, ya que considera que ellas son frecuentemente la única posibilidad de ayuda con que pueden contar y el único soporte para aligerar las pesadas cargas de la vida cotidiana.

¹⁰⁷ Existen evidencias incontrovertibles sobre el deterioro de la función cognitiva en niños que han padecido una situación de extrema pobreza, en especial ante la falta de dos nutrientes elementales como hierro y yodo. Respecto a la carencia de yodo afirman O'Donnell A. y A. Porto, "Las carencias alimentarias en el país. Su impacto sobre el desarrollo infantil", en J. Colombo (ed.), *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*, Paidós, Buenos Aires, 2007, pp. 141-155, que su deficiencia afecta el crecimiento somático y la función intelectual, asimismo puede producir desde idiocia profunda (cretinismo) hasta mínimas secuelas que a veces solo se manifiestan como una pérdida de la agudeza auditiva. Respecto a la carencia de hierro O'Donnell y Porto (op cit.) afirman que la anemia, que ocurre como deficiencia de hierro, tiene como causa principal en Argentina la escasa o mala calidad de la dieta alimentaria. Estos severos condicionantes pueden generar en el niño lo que O'Donnell y Porto, 2007, ob.cit., p. 148, denominan el *daño social del desarrollo cerebral*, lo cual

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

Consideraciones finales

Si bien se han desarrollado importantes investigaciones en el seno de las ciencias sociales que pusieron énfasis en el estudio de la pobreza y la mortalidad infantil, no han sido profundamente estudiadas las implicancias que conectan a ambos fenómenos. En este trabajo nuestro interés procuró detectar aquellas manifestaciones de mayor interrelación entre ambos fenómenos; siendo preciso para ello advertir los alcances del concepto de pobreza por un lado para asociarlo con las distintas manifestaciones de la mortalidad infantil.

Pudo observarse el carácter inasible y subjetivo que envuelve al concepto de pobreza, lo cual genera grandes dificultades al momento de definirla y posteriormente medirla. Por este motivo, las relaciones de los distintos conceptos de la pobreza con la mortalidad infantil fueron diferenciadas. En este sentido se distinguió- ya orientados por los antecedentes revisados- mayor asociación entre los aspectos estructurales de la pobreza con la mortalidad infantil. En este sentido, el ingreso monetario de la familia no es un factor determinante y único para definir el riesgo de muerte en los niños, si lo son en cambio las características habitacionales, nutricionales, educacionales, sanitarias, etc. que caracterizan tanto la vivienda como el hogar. Avala esta afirmación la escasa o nula asociación revisada entre el impacto de las crisis socioeconómicas en la tendencia de la tasa de mortalidad infantil. Otros aspectos a nivel micro (hogar) como las estrategias familiares de vida y a nivel macro (política económica) condicionan también los niveles de salud infantil.

La pobreza, desde este enfoque y asociada con los alcances de la miseria, logra una relación importante con la muerte en la infancia. No obstante, considerando los condicionantes biológicos y sociales que presenta la mortalidad en este tramo de edad, fue preciso advertir cual de las manifestaciones de la mortalidad infantil presentaba mayor asociación con la pobreza. El estudio de las causas de muerte brindó una orientación clara al respecto, hallándose en las denominadas *enfermedades de la pobreza* un indicador preciso de la pobreza, alejándose de algún modo del marcado subjetivismo mencionado. Dichas patologías incluyen las enfermedades infecciosas, respiratorias y las relacionadas con la desnutrición.

Se propone así el uso de la tasa de mortalidad infantil según enfermedades de la pobreza como un indicador aproximado de la pobreza- entendida ésta desde su marco estructural-. A partir del análisis realizado, dicho indicador sociodemográfico de génesis continua permitiría- entre otras posibilidades- el conocimiento de la marcha anual de la pobreza junto a la elaboración de la cartografía necesaria para definir la distribución espacial de la misma detectando sus variaciones en el tiempo y en el espacio.

tiene consecuencias importantes en el cerebro adulto en sus habilidades, en su perfil emocional y en su comportamiento social. Por lo tanto, las alteraciones producidas en la niñez según sean su naturaleza, intensidad y duración pueden llegar a ser de difícil recuperación. De la misma manera, también Hommes y Soto, 1999, ob.cit., afirman que el nivel nutricional y de salud del niño condiciona significativamente los posteriores niveles de inteligencia, salud y nutrición del adulto, incidiendo por tanto en su productividad, así como en su ingreso y en su nivel de vida.

Para realizar este cometido es ineludible someterse a las características de las fuentes oficiales que relevan esta información. Las estadísticas vitales, en efecto, sufren serias limitaciones según la provincia que se considere, por lo cual determinadas variables que alimentan el modelo elaborado no tienen correspondencia con el sistema de registro. Entre tales limitaciones pueden mencionarse la pertenencia a determinadas redes sociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad-muerte infantil, o ciertas estrategias familiares de vida con las cuales enfrenta la familia dicho proceso. Sin embargo, a pesar de dichas limitaciones, las estadísticas vitales relevan la información de la causa de muerte- variable en la calidad según la provincia considerada- con lo cual es posible el cálculo de la incidencia de las enfermedades de la pobreza en las respectivas áreas jurisdiccionales.

Ingresó: 22 de octubre de 2010

Aceptado: 5 de octubre de 2011

Pobreza y mortalidad infantil. Una aproximación teórica al estudio de sus relaciones

Resumen

En este trabajo se detectan las principales manifestaciones que conectan los fenómenos de la pobreza y la mortalidad infantil, cuestión que no ha ocupado un interés principal en las ciencias sociales. Esta condición de interrelación permite proponer la tasa de mortalidad infantil según enfermedades de la pobreza como una medida aproximada de la pobreza- entendida ésta desde su enfoque estructural-. Dicho indicador sociodemográfico de génesis continúa admitiría- entre otras posibilidades- el conocimiento de la marcha anual de la pobreza junto a la elaboración de la cartografía necesaria para definir la distribución espacial de la misma detectando sus variaciones en el tiempo y en el espacio.

Palabras clave: Índices vitales; Indicadores sociodemográficos; Mortalidad infantil; Pobreza; Salud infantil

Fernando Longhi

Poverty and infant mortality. A theoretical approach to their relations

Abstract

This work identifies the main manifestations that connect the phenomena of poverty and child mortality, an issue that has not arisen a major interest in the social sciences. This interaction allows us to propose the rate of child mortality as a consequence of poverty diseases as an approximate measure of poverty- understood from the structural approach. This socio-demographic indicator of continuous genesis would enable- among other possibilities- the knowledge of the annual rate of poverty along with the elaboration of the mapping necessary to define its spatial distribution detecting its variations in time and space.

Keywords: Vital rates; Socio-demographic indicators; Child mortality; Poverty; Child health

Fernando Longhi