



FLACSO
ARGENTINA

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
-SEDE ACADEMICA ARGENTINA-**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

TITULO DE LA TESIS:

**LA INEQUIDAD EN LA SALUD-ENFERMEDAD DE LA PRIMERA
INFANCIA. LAS POLITICAS DE SALUD Y LA CAPACIDAD RESOLUTIVA
DE LOS SERVICIOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.**

AUTOR: Victoria Mazzeo

DIRECTOR: Pablo Vinocur

FECHA: Junio 2006

Resumen

Las modificaciones impresas al rol del Estado en la Argentina durante las últimas décadas del Siglo XX tuvieron impacto negativo en la salud. La respuesta a las sucesivas y cada vez más agudas crisis económicas fue aplicar políticas de ajuste caracterizadas por recortes en los presupuestos de las áreas directa o indirectamente relacionadas con la salud.

A partir de la década de 1990 se presenta un proceso de creciente desigualdad en la sociedad con sectores que registran mayores dificultades en el acceso a bienes y servicios, ya sea por sus bajos ingresos o por la pérdida de sus derechos sociales, como consecuencia de la precarización laboral.

En este contexto, los niños representan el grupo de mayor vulnerabilidad en donde los condicionantes sociales, económicos, culturales y ambientales son determinantes de su situación de salud. La adhesión del país a la estrategia de la atención primaria, el compromiso de velar por la infancia y la persistencia de riesgos al nacimiento y de muertes por causas reducibles, revelan un divorcio entre el discurso y la praxis.

Si bien la Ciudad de Buenos Aires, como unidad territorial, registra históricamente los menores niveles de riesgo al nacimiento y de mortalidad de la primera infancia del país, en su interior persisten sectores con niveles de mortalidad aún elevados y con alto riesgo al nacer. Por lo tanto, el propósito de la investigación fue conocer, para el período 1991-2002, los cambios en la mortalidad de la primera infancia y en la atención de la salud infantil de la Ciudad, diferenciando grupos sociales y/o áreas espaciales, confrontándolos con las políticas públicas, los programas desarrollados y la aplicación de ciertas innovaciones terapéuticas dirigidas a la promoción de la salud de la primera infancia.

Asimismo, considerando que el estudio de la relación entre la situación de la salud y las desigualdades sociales es de larga data y en el convencimiento de que estamos frente a un “redescubrimiento” de lo que ya era conocido por europeos y latinoamericanos desde el siglo XIX, se creyó importante incorporar la evolución de la mortalidad materno-infantil en la Ciudad desde 1860, así como las políticas implementadas en cada época.

Summary

The modifications carried out in the role of the State in Argentina during the last decades of the XXth. Century had a negative impact on health. As a response to the successive and ever acuter economic crises adjustment policies - characterized by budget cut downs in the areas either directly or indirectly related to health - were applied.

Starting the 1990s. a process of increasing inequality impinges on society with sectors that, as a result of labour precarization, register higher difficulties to have access to goods and services either due to lower income or to loss of their social rights.

In this context children represent the group of higher vulnerability where social, economic, cultural and environmental conditions are determinant factors of their health situation. The country endorsement of the primary health care strategy, the commitment to protect childhood versus the persistence of risks at birth and of deaths by reducible causes, reveal a divorce between discourse and praxis.

Albeit the City of Buenos Aires as a territorial unit historically shows - country wise - the lowest levels of risk at birth as well as of mortality during the early childhood, in the interior of the country there persist sectors with still high mortality levels and with high risk at birth. Therefore, the purpose of this research was to identify, for the 1991-2002 period, the changes in early childhood mortality and the child health care of the City, differentiating social groups and/or spatial areas. The findings were compared to the public policies, to the programs developed and to the application of certain innovative therapeutics aimed at the promotion of health during early childhood.

Alto, taking into account that the study of the relationship between the health situation and social inequalities is a long-standing issue, and being convinced that we are facing a "rediscovery" of the knowledge mastered by both Europeans and Latin Americans since the XIXth. Century, it was deemed important to incorporate the evolution of the maternal-child mortality in the City since 1860, as well as the policies implemented during each epoch.

Vaya mi más sincera gratitud para quienes me acompañaron en este largo camino.

Índice

Tomo I

Capítulo 1	– Introducción	1
Capítulo 2	- Estado del arte sobre la temática	11
Capítulo 3	- Marco conceptual	31
Primera Parte - Situación de la salud-enfermedad y de la desigualdad social		
Capítulo 4	- La mortalidad materno-infantil en la Ciudad desde 1860	47
4.1	El nivel de la mortalidad	47
4.2	La transición demográfica y la transición epidemiológica	63
Capítulo 5	- La desigualdad social en la última década.	83
5.1	Indicadores seleccionados	83
5.2	Cambios experimentados	84
5.3	Importancia de la primera infancia en la desigualdad social	95
Capítulo 6	- Espacialización de la desigualdad social	101
6.1	Indicadores seleccionados	101
6.2	La situación en la década de 1990	103
6.3	La situación en la década del 2000	106
6.4	Cambios experimentados entre décadas	110
Capítulo 7	- La situación de la salud enfermedad de la primera infancia en la última década	115
7.1	Indicadores seleccionados	115
7.2	Cambios experimentados	118
7.3	La desigualdad en la salud-enfermedad	139
7.4	La desigualdad en el cuidado de la salud	145
Capítulo 8	- Espacialización de la situación de la salud-enfermedad	149
8.1	Indicadores seleccionados	154
8.2	La situación en la década de 1990	155

8.3	La situación en la década del 2000	158
8.4	Cambios experimentados entre décadas	160
Capítulo 9 - Relaciones espaciales entre la situación de la salud-enfermedad y la desigualdad social		163
9.1	Metodología e indicadores seleccionados	167
9.2	La situación en la década de 1990	168
9.3	La situación en la década del 2000	173
9.4	Cambios experimentados entre décadas	177
Segunda Parte - Las políticas y programas dirigidos a la promoción de la salud infantil		
Capítulo 10 - Las políticas y programas de salud antes de 1990		179
Capítulo 11 - Las políticas y programas de salud a partir de 1990		189
11.1	La formulación de las políticas de salud y de los programas y actividades desarrolladas	189
11.2	El gasto social y el gasto en salud en los presupuestos de la Ciudad	215
Conclusiones		231
Referencias bibliográficas		241
Tomo II		
Anexos		
A	Metodológico	1
B	Apéndice estadístico	1
C	Definición de fórmulas y conceptos utilizados	1
D	Fuentes de información de las estadísticas vitales según período	1
E	Detalle de las causas de muerte utilizadas en las categorías analizadas según período	1
F	Análisis factorial y de conglomerados	1
G	Las políticas y programas de salud antes de 1990 según etapas	1

Índice de Cuadros

Capítulo 2

Cuadro 2.1	Tasas de mortalidad infantil (por mil nacimientos) según clase social del padre. Inglaterra y Gales, 1896-1950.	12
Cuadro 2.2	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacimientos) en cinco grupos de peso al nacer en Chile, 1982 y en la ciudad de Nueva York, 1968.	13
Cuadro 2.3	Probabilidad de morir en el primer año de vida por clase social. México, 1977.	13
Cuadro 2.4	Probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad según clase social. Argentina, 1965-66.	14
Cuadro 2.5	Tasa de mortalidad infantil aproximada (por cien) en hogares según condición NBI por estrato de asentamiento. Total del país, 1980.	15
Cuadro 2.6	Participación relativa de las principales causas de muerte en el total de defunciones. Argentina, 1944-1990.	21
Cuadro 2.7	Esperanza de vida al nacer. Total país y por regiones. Argentina entre 1914 y 1970.	22
Cuadro 2.8	Tasa de mortalidad infantil aproximada (por mil) según condición socio-ocupacional y tamaño de la localidad. Total del país, 1980.	23
Cuadro 2.9	Probabilidad promedio (por mil) de morir antes de los dos años según indicadores seleccionados. Total del país, 1985-1990.	24
Cuadro 2.10	Indicadores socioeconómicos según zona. Ciudad de Buenos Aires, 1991.	26
Cuadro 2.11	Mortalidad infantil (por mil nacimientos) según grupo socio-ocupacional y estado de la vivienda. Costa Rica, 1981.	29

Capítulo 4

Cuadro 4.1	Mortalidad de la primera infancia, fetal y materna (tasas por mil nacimientos). Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.	51
Cuadro 4.2	Clasificación de las causas de muerte según grupo y origen.	66
Cuadro 4.3	Estructura de la mortalidad de la primera infancia según causas seleccionadas. Ciudad de Buenos Aires, 1890/2002.	79

Capítulo 5

Cuadro 5.1	Distribución del ingreso familiar per cápita. Variaciones relativas porcentuales. Ciudad de Buenos Aires, 1990 y 2002.	93
Cuadro 5.2	Proporción de la primera infancia bajo la línea de pobreza e indigencia por grupo de edad. Aglomerado Gran Buenos Aires, 1991 y 2001.	96
Cuadro 5.3	Condición NBI en la población. Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.	97

Capítulo 7

Cuadro 7.1	Primera infancia. Estructura de los egresos hospitalarios según principales diagnósticos por grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 1995.	119
Cuadro 7.2	Primera infancia. Estructura de los egresos hospitalarios según principales diagnósticos por grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 2000.	120
Cuadro 7.3	Mujeres en edades reproductivas. Importancia del embarazo, parto y puerperio en la estructura de los egresos hospitalarios por grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 1995 y 2000.	121
Cuadro 7.4	Mujeres en edades reproductivas. Estructura de los egresos hospitalarios según principales diagnósticos por grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 1995.	122
Cuadro 7.5	Mujeres en edades reproductivas. Estructura de los egresos hospitalarios según principales diagnósticos por grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 2000.	123
Cuadro 7.6	Tasa de mortalidad perinatal y de la primera infancia (por diez mil nacidos vivos). Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	127
Cuadro 7.7	Indicadores de las conductas de las familias. Ciudad de Buenos Aires, 1997 y 2001.	136
Cuadro 7.8	Lactancia materna según grupo etario. Ciudad de Buenos Aires, 1997.	137
Cuadro 7.9	Cobertura de inmunizaciones (en %) según vacunas aplicadas en los menores de cinco años. Ciudad de Buenos Aires, 2002.	139
Cuadro 7.10	Medición de la desigualdad en la salud y la mortalidad de la primera infancia. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992 y 2001-2002.	140
Cuadro 7.11	Proporción de población que no realizó consulta médica en los últimos seis meses según zona. Ciudad de Buenos Aires, 2002.	146
Cuadro 7.12	Distribución de la población que no realizó consulta médica en los últimos seis meses por tiempo transcurrido desde la última consulta según zona. Ciudad de Buenos Aires, 2002.	146
Cuadro 7.13	Distribución de la población que realizó consulta médica en los últimos seis meses por tipo de financiamiento según zona. Ciudad de Buenos Aires, 2002.	147
Cuadro 7.14	Distribución de la población que realizó consulta médica en los últimos seis meses por distancia al centro de salud más cercano según zona. Ciudad de Buenos Aires, 2002.	147
Cuadro 7.15	Participación de la población que no realizó consulta médica en los últimos seis meses según quintil de ingresos total familiar por zona. Ciudad de Buenos Aires, 2002.	148
Cuadro 7.16	Distribución porcentual por zona de los hogares del primer y quinto quintil de ingresos total familiar. Ciudad de Buenos Aires, 2002.	148

Capítulo 11

Cuadro 11.1	Composición porcentual del gasto público según finalidad. Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	217
Cuadro 11.2	Participación del gasto en atención de la salud en el gasto público total. Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	218
Cuadro 11.3	Gasto público del GCBA según finalidad. Índice 1993=100. Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	219
Cuadro 11.4	Participación de los no residentes en las consultas externas y en los egresos del sistema hospitalario de la Ciudad. Ciudad de Buenos Aires, 1994-2002.	220

Anexo B

Cuadro 4.1	Mortalidad de la primera infancia y sus componentes. Tasas por mil nacimientos. Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.	1
Cuadro 4.2	Mortalidad de la primera infancia y sus componentes, fetal y materna. Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002. Índices de variación 1860-64 y 1890-94 = 100.	2
Cuadro 4.3	Tasa de mortalidad infantil en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1861-2000.	3
Cuadro 4.4	Tasa de mortalidad fetal en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1901-2000.	4
Cuadro 4.5	Estructura porcentual de la mortalidad de la primera infancia. Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.	6
Cuadro 4.6	Esperanza de vida a las edades 0 y 4. Ambos sexos. Ciudad de Buenos Aires, 1855-2002.	7
Cuadro 4.7	Proporción de las muertes de 0-4 años en el total de defunciones. Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.	8
Cuadro 4.8	Tasas de mortalidad (por mil) según grupo de edad por causa de muerte. Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.	8
Cuadro 4.9	Proporción de muertes según grupo de edad por causa. Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.	10
Cuadro 5.1	Tasas de actividad por sexo. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	11
Cuadro 5.2	Tasas de empleo por sexo. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	12
Cuadro 5.3	Tasas de subocupación horaria, ocupados demandantes y desocupación. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	12
Cuadro 5.4	Participación de los jefes de hogar en el total de desocupados. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	13
Cuadro 5.5	Evolución del ingreso medio total individual de la población según quintil de población. Valores constantes de octubre de 2002. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	13

Cuadro 5.6	Evolución del ingreso medio per cápita familiar de la población según quintil de población. Valores constantes de octubre de 2002. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	14
Cuadro 5.7	Evolución del ingreso medio per cápita familiar de la población según quintil de población. Número Índice según quintil, 1990=100. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	14
Cuadro 5.8	Evolución del ingreso medio per cápita familiar de la población según quintil de población. Concentración del ingreso. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	15
Cuadro 5.9	Producto Bruto Geográfico a precios de productor (en millones de pesos). Precios constantes de 1993. Número Índice 1993=100. Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	15
Cuadro 5.10	Proporción de hogares y personas por debajo de la línea de pobreza y de indigencia. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	16
Cuadro 5.11	Población en hogares particulares por condición de NBI y tipo de cobertura en salud. Población total y primera infancia. Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.	16
Cuadro 6.1	Indicadores de desigualdad social según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 1991.	17
Cuadro 6.2	Indicadores de desigualdad social según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 2001.	18
Cuadro 6.3	Desigualdad social. Conglomerado de pertenencia según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.	21
Cuadro 6.4	Variaciones relativas porcentuales entre los indicadores seleccionados. Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.	22
Cuadro 7.1	Egresos hospitalarios de menores de 5 años según capítulo de diagnóstico y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 1995.	23
Cuadro 7.2	Egresos hospitalarios de menores de 5 años según capítulo de diagnóstico y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 2000.	24
Cuadro 7.3	Egresos hospitalarios de mujeres en edades reproductivas según capítulo de diagnóstico y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 1995.	25
Cuadro 7.4	Egresos hospitalarios de mujeres en edades reproductivas según capítulo de diagnóstico y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 2000.	27
Cuadro 7.5	Indicadores de riesgos al nacimiento según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.	28
Cuadro 7.6	Indicadores de riesgos al nacimiento según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.	29
Cuadro 7.7	Variaciones relativas porcentuales de los indicadores de riesgo al nacimiento según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.	30
Cuadro 7.8	Indicadores de mortalidad de la primera infancia según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.	31
Cuadro 7.9	Indicadores de mortalidad de la primera infancia según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.	32

Cuadro 7.10	Variaciones relativas porcentuales de los indicadores de mortalidad de la primera infancia según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.	33
Cuadro 7.11	Tasas de mortalidad neonatal según causas de muerte (por diez mil). Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	34
Cuadro 7.12	Tasas de mortalidad post-neonatal según causas de muerte (por diez mil). Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	34
Cuadro 7.13	Tasas de mortalidad de 1 a 4 años según causas de muerte (por diez mil). Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	35
Cuadro 7.14	Muertes maternas según causas de muerte. Valores absolutos y tasas (por diez mil nacimientos). Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	35
Cuadro 7.15	Estructura de los nacimientos por tramo de bajo peso. Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	36
Cuadro 7.16	Evaluación de la atención de la salud en la primera infancia. Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	36
Cuadro 7.17	Participación del bajo peso al nacer según orden de nacimiento. Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	36
Cuadro 8.1	Indicadores de riesgo seleccionados según jurisdicción. Argentina, 1991-1992.	41
Cuadro 8.2	Indicadores de riesgo seleccionados según jurisdicción. Argentina, 2001-2002.	42
Cuadro 8.3	Desigualdad en la salud-enfermedad. Conglomerado de pertenencia según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 1991-92 y 2001-02.	43
Cuadro 9.1	Coordenadas de las CE en el espacio factorial. Ciudad de Buenos Aires, década 1990.	44
Cuadro 9.2	Coordenadas de las CE en el espacio factorial. Ciudad de Buenos Aires, década 2000.	45
Cuadro 9.3	Clasificación de las CE según conglomerado de pertenencia. Ciudad de Buenos Aires, décadas 1990 y 2000.	45
Cuadro 11.1	Inscriptos en el Plan Médicos de Cabecera según grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 1997-2002.	46
Cuadro 11.2	Gasto público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires según finalidad y función, 1993-2002.	47
Cuadro 11.3	Gasto anual per cápita en población sin cobertura (en pesos). Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	49
Cuadro 11.4	Gasto en atención de la salud como porcentaje del PBI. Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	49
Cuadro 11.5	Gasto Social y Gasto Social Focalizado (millones de pesos). Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	49
Cuadro 11.6	Variación interanual del Gasto Social Focalizado y evolución de la pobreza e indigencia (por hogares y personas). Ciudad de Buenos Aires, 1994-2002.	50
Cuadro 11.7	Asignación de gasto por hogar pobre (en pesos). Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	50

Cuadro 11.8	Nivel de ejecución presupuestaria según tipo de bienes. Secretaría de Salud. Ciudad de Buenos Aires, 1992-2002.	50
Cuadro 11.9	Gasto en personal en el presupuesto de la Secretaría de Salud. Ciudad de Buenos Aires, 1992-2002.	51
Cuadro 11.10	Ejecución presupuestaria de la Secretaría de Salud según programa. Ciudad de Buenos Aires, 1994-2002.	51
Cuadro 11.11	Composición de la ejecución presupuestaria de la Secretaría de Salud según programa. Ciudad de Buenos Aires, 1994-1996-1998-2002-2002.	51

Anexo F

Cuadro 1.1.1	Desigualdad social espacial. Centros iniciales de los conglomerados. Década de 1990.	2
Cuadro 1.1.2	Desigualdad social espacial. Historial de iteraciones. Década de 1990.	2
Cuadro 1.1.3	Desigualdad social espacial. Centros de los conglomerados finales. Década de 1990.	2
Cuadro 1.1.4	Desigualdad social espacial. Número de casos en cada conglomerado. Década de 1990.	2
Cuadro 1.2.1	Desigualdad social espacial. Centros iniciales de los conglomerados. Década del 2000.	3
Cuadro 1.2.2	Desigualdad social espacial. Historial de iteraciones. Década del 2000.	3
Cuadro 1.2.3	Desigualdad social espacial. Centros de los conglomerados finales. Década del 2000.	3
Cuadro 1.2.4	Desigualdad social espacial. Número de casos en cada conglomerado. Década del 2000.	4
Cuadro 1.3.1	Desigualdad social espacial. Centros iniciales de los conglomerados. Década del 2000 con variables comparables a década de 1990.	4
Cuadro 1.3.2	Desigualdad social espacial. Historial de iteraciones. Década del 2000 con variables comparables a década de 1990.	4
Cuadro 1.3.3	Desigualdad social espacial. Centros de los conglomerados finales. Década del 2000 con variables comparables a década de 1990.	4
Cuadro 1.3.4	Desigualdad social espacial. Número de casos en cada conglomerado. Década del 2000 con variables comparables a década de 1990.	5
Cuadro 2.1.1	Desigualdad espacial de la salud-enfermedad. Centros iniciales de los conglomerados. Década de 1990.	5
Cuadro 2.1.2	Desigualdad espacial de la salud-enfermedad. Historial de iteraciones. Década de 1990.	5
Cuadro 2.1.3	Desigualdad espacial de la salud-enfermedad. Centros de los conglomerados finales. Década de 1990.	6
Cuadro 2.1.4	Desigualdad espacial de la salud-enfermedad. Número de casos en cada conglomerado. Década de 1990.	6
Cuadro 2.2.1	Desigualdad espacial de la salud-enfermedad. Centros iniciales de los conglomerados. Década del 2000.	6
Cuadro 2.2.2	Desigualdad espacial de la salud-enfermedad. Historial de iteraciones. Década del 2000.	7

Cuadro 2.2.3	Desigualdad espacial de la salud-enfermedad. Centros de los conglomerados finales. Década del 2000.	7
Cuadro 2.2.4	Desigualdad espacial de la salud-enfermedad. Número de casos en cada conglomerado. Década del 2000.	7
Cuadro 3.1.1	Matriz de correlaciones. Década de 1990.	8
Cuadro 3.1.2	Comunalidades. Década de 1990.	10
Cuadro 3.1.3	Varianza total explicada. Década de 1990.	10
Cuadro 3.1.4	Matriz de componentes. Década de 1990.	10
Cuadro 3.2.1	Centros iniciales de los conglomerados. Década de 1990.	11
Cuadro 3.2.2	Historial de iteraciones. Década de 1990.	11
Cuadro 3.2.3	Centros de los conglomerados finales. Década de 1990.	11
Cuadro 3.2.4	Número de casos en cada conglomerado. Década de 1990.	11
Cuadro 4.1.1	Matriz de correlaciones. Década del 2000.	12
Cuadro 4.1.2	Comunalidades. Década del 2000.	15
Cuadro 4.1.3	Varianza total explicada. Década del 2000.	16
Cuadro 4.1.4	Matriz de componentes. Década del 2000.	16
Cuadro 4.2.1	Centros iniciales de los conglomerados. Década del 2000.	16
Cuadro 4.2.2	Historial de iteraciones. Década del 2000.	17
Cuadro 4.2.3	Centros de los conglomerados finales. Década del 2000.	17
Cuadro 4.2.4	Número de casos en cada conglomerado. Década del 2000.	17

Índice de Gráficos

Capítulo 4

Gráfico 4.1	Mortalidad de la primera infancia, fetal y materna (tasas por mil nacimientos). Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.	51
Gráfico 4.2	Tasa de mortalidad infantil en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1861-1925.	54
Gráfico 4.3	Tasa de mortalidad infantil en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1931-2000.	55
Gráfico 4.4	Tasa de mortalidad fetal en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1901-1955.	55
Gráfico 4.5	Tasa de mortalidad fetal en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1961-2000.	56
Gráfico 4.6	Mortalidad de la primera infancia según grupo de edad (tasas por mil nacimientos). Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.	58
Gráfico 4.7	Tasa de mortalidad infantil según grupos etarios. Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.	59

Gráfico 4.8	Estructura por edad de la mortalidad de la primera infancia. Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.	60
Gráfico 4.9	Esperanza de vida a las edades 0 y 4. Ambos sexos. Ciudad de Buenos Aires, 1855-2001.	62
Gráfico 4.10	Proporción de muertes de 0-4 años en el total de defunciones. Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.	62
Gráfico 4.11	Proceso de transición demográfica en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1860-2002.	64
Gráfico 4.12	Tasas de mortalidad de la primera infancia por causas infecciosas y parasitarias y proporción de casas con cloacas en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1890-1929.	69
Gráfico 4.13	Tasas de mortalidad de la primera infancia por causas infecciosas y parasitarias y consumo diario de agua por mil habitantes en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1890-1929.	69
Gráfico 4.14	Mortalidad por infecciosas y parasitarias según grupo de edad (tasa por mil). Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.	70
Gráfico 4.15	Tasas de mortalidad de la primera infancia por diarreas y enteritis y proporción de casas con cloacas en la Ciudad de Buenos Aires, 1890-1929.	71
Gráfico 4.16	Tasas de mortalidad de la primera infancia por diarrea y enteritis y consumo diario de agua por mil habitantes en la Ciudad de Buenos Aires, 1890-1929.	72
Gráfico 4.17	Tasas de mortalidad de la primera infancia por diarreas y enteritis y proporción de niños atendidos por primera vez y concurrentes a consultorios de lactantes en la Ciudad de Buenos Aires, 1910-1929.	73
Gráfico 4.18	Mortalidad por diarrea y enteritis según grupo de edad (tasa por mil). Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.	73
Gráfico 4.19	Mortalidad infantil por enfermedades respiratorias (tasa por mil). Ciudad de Buenos Aires y Montevideo, 1990-1949.	75
Gráfico 4.20	Mortalidad por enfermedades respiratorias según grupo de edad (tasa por mil). Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.	77
Gráfico 4.21	Mortalidad por malformaciones congénitas según grupo de edad (tasa por mil). Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.	77
Gráfico 4.22	Mortalidad por causas perinatales según grupo de edad (tasa por mil). Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.	79
Gráfico 4.23	Tasa de mortalidad de la primera infancia y estructura según causas seleccionadas. Ciudad de Buenos Aires, 1890/2002.	80

Capítulo 5

Gráfico 5.1	Tasa específica de empleo del grupo 15-64 años. Ciudad de Buenos Aires y Aglomerado Gran Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	84
Gráfico 5.2	Tasa específica de desocupación del grupo 15-64 años. Ciudad de Buenos Aires y Aglomerado Gran Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	85
Gráfico 5.3	Tasas de actividad por sexo. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	86

Gráfico 5.4	Tasas de empleo por sexo. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	87
Gráfico 5.5	Tasas de desocupación del jefe del hogar. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	88
Gráfico 5.6	Proporción de asalariados sin descuentos jubilatorios. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	89
Gráfico 5.7	Tasas de subocupación horaria, ocupación demandante y desocupación. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.	90
Gráfico 5.8	Brecha de ingresos en el ingreso medio total individual. Ciudad de Buenos Aires, octubre 1990 – octubre 2002.	92
Gráfico 5.9	Brecha de ingresos en el ingreso medio total individual. Ciudad de Buenos Aires y total de aglomerados urbanos, octubre 1990 – octubre 2002.	92
Gráfico 5.10	Brecha de ingresos en el ingreso per cápita familiar. Ciudad de Buenos Aires, octubre 1990 – octubre 2002.	93
Gráfico 5.11	Proporción de hogares pobres e indigentes. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1991-Octubre 2002.	95
Gráfico 5.12	Proporción de población bajo la línea de pobreza e indigencia. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1991-Octubre 2002.	95

Capítulo 7

Gráfico 7.1	Estructura porcentual de la mortalidad neonatal por causas. Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	128
Gráfico 7.2	Estructura porcentual de los nacimientos por tramo de bajo peso. Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	129
Gráfico 7.3	Participación del bajo peso al nacer en la tasa de mortalidad infantil. Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	129
Gráfico 7.4	Tasa de mortalidad infantil de niños con bajo peso al nacer. Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	130
Gráfico 7.5	Estructura porcentual de la mortalidad post-neonatal por causas. Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	130
Gráfico 7.6	Estructura porcentual de la mortalidad de los niños de 1 a 4 años por causas. Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	131
Gráfico 7.7	Evaluación de la atención de la salud de la primera infancia. Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.	135
Gráfico 7.8	Distribución de los nacimientos con baja instrucción de la madre. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.	142
Gráfico 7.9	Distribución de la mortalidad infantil post-neonatal. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.	143
Gráfico 7.10	Distribución de los nacimientos con baja instrucción de la madre. Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.	144

Gráfico 7.11	Distribución de la mortalidad infantil post-neonatal. Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.	144
--------------	--	-----

Capítulo 9

Gráfico 9.1	Saturaciones factoriales de las variables del modelo. Década 1990.	170
Gráfico 9.2	Saturaciones factoriales de las Circunscripciones Electorales. Década 1990.	171
Gráfico 9.3	Saturaciones factoriales de las variables del modelo. Década 2000.	174
Gráfico 9.4	Saturaciones factoriales de las Circunscripciones Electorales. Década 2000.	175

Capítulo 11

Gráfico 11.1	Inscriptos en el Plan Médicos de Cabecera. Ciudad de Buenos Aires, 1997-2002.	191
Gráfico 11.2	Consultas en Pediatría realizadas a través del Programa Médicos de Cabecera. Ciudad de Buenos Aires, 1997-2002.	193
Gráfico 11.3	Consultas realizadas en los Centros de Salud y Acción Comunitaria. Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	204
Gráfico 11.4	Gasto anual per cápita en población sin cobertura (en pesos). Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	220
Gráfico 11.5	Gasto en atención de la salud como porcentaje del PBI. Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	221
Gráfico 11.6	Relaciones ente el Gasto social y el Gasto social focalizado. Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	222
Gráfico 11.7	Evolución de la pobreza e indigencia y variación interanual del Gasto social focalizado. Ciudad de Buenos Aires, 1994-2002.	222
Gráfico 11.8	Asignación de gasto por hogar pobre (en pesos). Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.	223
Gráfico 11.9	Participación del Programa Materno-Infanto-Juvenil en el presupuesto ejecutado. Ciudad de Buenos Aires, 1994-2002.	228

Anexo B

Gráfico 7.1	Distribución de los nacimientos de madres adolescentes. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.	37
Gráfico 7.2	Distribución de los nacimientos de madres multíparas. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.	37
Gráfico 7.3	Distribución de la mortalidad fetal. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.	38

Gráfico	7.4	Distribución de la mortalidad infantil por causas reducibles. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.	38
Gráfico	7.5	Distribución de los nacimientos madres adolescentes. Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.	39
Gráfico	7.6	Distribución de los nacimientos madres multíparas. Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.	39
Gráfico	7.7	Distribución de la mortalidad fetal. Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.	40
Gráfico	7.8	Distribución de la mortalidad infantil por causas reducibles. Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.	40

Anexo G

Gráfico	1	Tasa de natalidad. Ciudad de Buenos Aires, 1860-1879.	6
Gráfico	2	Enfermos hospitalizados según dependencia. Ciudad de Buenos Aires, 1890-1904.	8
Gráfico	3	Egresos hospitalarios. Hospital de Niños San Luis Gonzaga, 1890-1904.	11
Gráfico	4	Concurrentes a los dispensarios y a las cocinas de lactantes e inspecciones domiciliarias. Proporción en el total de nacimientos. Ciudad de Buenos Aires, 1908-1948.	20
Gráfico	5	Proporción de nacidos en maternidades hospitalarias. Ciudad de Buenos Aires, 1930-1949.	27
Gráfico	6	Nacidos vivos en establecimientos asistenciales según dependencia. Ciudad de Buenos Aires, 1930-1949.	27
Gráfico	7	Mortalidad de la primera infancia por causas infecciosas y parasitarias. Ciudad de Buenos Aires, 1930-1969.	30

Índice de Mapas

Capítulo 6

Mapa	6.1	Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década de 1990.	106
Mapa	6.2	Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década del 2000.	108
Mapa	6.3	Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década del 2000 con variables comparables a la década de 1990.	109
Mapa	6.4	Proporción de niños de 0-4 años NBI en el total de ese grupo de edad. Década 1990.	112
Mapa	6.5	Proporción de niños de 0-4 años NBI en el total de ese grupo de edad. Década 2000.	113

Capítulo 7

Mapa	7.1	Divisiones de la Ciudad según zona.	146
------	-----	-------------------------------------	-----

Capítulo 8

Mapa	8.1	Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década 1990.	158
Mapa	8.2	Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década 2000.	160

Capítulo 9

Mapa	9.1	Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década 1990.	172
Mapa	9.2	Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década 2000.	176

Capítulo 11

Mapa	11.1	Ubicación de los consultorios de los médicos de cabecera. Ciudad de Buenos Aires. Año 2002.	192
Mapa	11.2	Distribución de los Centros Médicos Barriales. Ciudad de Buenos Aires. Año 2002.	200
Mapa	11.3	Ubicación de los Centros de Salud y Acción Comunitaria. Ciudad de Buenos Aires. Año 2002.	203
Mapa	11.4	Ubicación de los hospitales dependientes del gobierno de la Ciudad. Año 2002.	205

1 – Introducción.

“En las defunciones de toda agrupación humana civilizada existe un grupo cuyo estudio es objeto del mayor interés por parte del higienista, del hombre de gobierno y del filántropo, porque la experiencia universal comprueba que, cuando excede de ciertas proporciones, es porque existen causas destructoras que pueden ser atenuadas. Me refiero a las defunciones de la infancia.”
Alberto B. Martínez (1913:XXIV)

La salud pública, entendida como un componente del desarrollo social y no como una actividad específica destinada al control de las enfermedades, supone una dimensión política que trasciende el rol que tradicionalmente le fue asignado. Es sabido que el concepto de salud es histórico y está ligado al tipo de sociedad que lo contiene. La conceptualización actual de la salud supera la doctrina tecnicista de “etiología específica” vigente desde principios del Siglo XIX. Esta doctrina, basada en la causalidad microbiológica, concebía a las enfermedades como debidas a un microbio al que bastaba identificar para encontrar la vacuna que lo neutralizara. En el campo de la medicina no se incluían los problemas sociales; su resolución se suponía una “cuestión del progreso” identificado bajo el lema “crecer para distribuir”. A fines del Siglo XIX este paradigma entra en discusión, la salud ya no se considera sólo como un concepto médico sino social. Si bien se reconoce la importancia de la terapéutica se incluyen aspectos de la estructura económica social, de la cultura, y en general de las condiciones de vida de la población, que proponen enfoques más complejos y completos para explicar el proceso salud-enfermedad. De algún modo, el enfoque “biologista y microbiologista” sigue vigente sustentado por los avances en el conocimiento de la etiología de ciertas enfermedades y el desarrollo consecuente de la industria farmoquímica.

Es así que en América Latina, desde mediados de la década de 1940, el desarrollo económico social aparece como un objetivo a alcanzar. Esta concepción incluía crecimiento industrial más distribución del ingreso y pleno empleo, con fuerte incidencia estatal y de la empresa pública. Es el inicio de lo que se llamó “modelo de sustitución de importaciones” y de la

expansión del Estado de Bienestar. Entre los beneficios del crecimiento económico se hallaba el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Cabe recordar que en esa década se consolidó la idea del “derecho a la salud”, cuando en Inglaterra se concretó el Plan Beveridge¹ y el Estado se hizo cargo de la salud de toda la ciudadanía. Surgió entonces un nuevo paradigma donde el Estado es el que asegura la salud de la población, superando el que imperaba hasta ese momento en varios países europeos por el cual, sus intervenciones apuntaban a preservar la fuerza de trabajo y su reproducción. En esta misma época en Argentina, siendo Ministro de Salud el Dr. Ramón Carrillo, se constituyó la primera política sanitaria con sentido orgánico y social. Para Carrillo la salud era materia del Estado, entendido como organización política de la sociedad para el bien común. Además de considerar que la salud era un derecho, Carrillo consideraba a la prevención como la base del sistema de atención médica (Katz, 2004).

Pero hacia fines de la década de 1960, en América Latina, entraron en crisis la industrialización sustitutiva y el Estado de Bienestar. Se frustró la ilusión del desarrollo y se comenzó a percibir que el modelo desarrollista tendía a excluir una parte importante de la población (Prebisch, 1976). También comenzó la crisis de lo que puede llamarse “salud pública desarrollista”. El gasto en salud había crecido pero se destacaba la creciente estratificación del sistema que expresaba las diferencias de clase en la atención sanitaria. Se puso en discusión el contenido del modelo médico imperante y se planteó, por un lado, la insuficiencia del paradigma científico de la medicina dominante, como modelo explicativo de la salud-enfermedad colectiva, y por otro, la incapacidad de la práctica médica de transformar sensiblemente las condiciones de salud de la población (Laurell, 1986). En oposición al paradigma dominante, que planteaba la cuestión de la salud-enfermedad como un fenómeno biológico del individuo, apareció el reconocimiento del carácter social del proceso salud-enfermedad.

¹ En 1948 se creó el Servicio Nacional de Salud que tuvo como ejes: el sistema de atención primaria (a través del cual los médicos clínicos y las clínicas de atención ambulatoria trataban a los pacientes en la comunidad más que en el hospital) y la contención de costos que logró por su posición monopólica (prácticamente el único comprador de servicios médicos y de enfermería y de varios tipos de medicamentos y equipos) y por su sistema de control financiero centralizado (Díaz Muñoz et. al., 1994).

Así, durante la década de 1970, surgió en América Latina la corriente de pensamiento llamada “medicina social” que postuló la necesidad de analizar el fenómeno salud-enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómeno biológico que atañe a los individuos (Laurell, 1986). Por lo tanto, los conceptos tradicionales de salud y enfermedad tuvieron que abrir espacios para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad para aprehender la complejidad real de los procesos determinantes superando visiones simples y unilaterales, para explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y los grupos sociales. Comenzó a reconocerse a la familia como “la unidad a partir de la cual se constituyen y/o se organizan y/o se articulan las principales redes sociales respecto del proceso salud/enfermedad/atención” (Menéndez, 1992:4). Es decir, se sostuvo que la salud de la población no es independiente de la organización social y se identificó a la familia como la institución donde, en forma directa o como mediadora, operan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y la mortalidad en los diferentes grupos etarios, en particular durante la primera infancia.

A fines de esta década y durante los años ochenta, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa comenzó a desarrollar un programa llamado “Equidad en la Salud”, a fin de examinar en los países centrales el impacto del desempleo y la pobreza en la salud. El concepto de equidad fue desarrollado en estos países como efecto compensador de la salida de las políticas universalistas de los modelos de Estado de Bienestar (Spinelli, 2000).

De esta época es el Black Report (Black et. al., 1982) que junto con el The Health Divide (Whitehead, 1988), fueron el origen de la noción de equidad en salud que dio lugar, desde distintos conceptos operacionales, a numerosos estudios en diferentes países. El Black Report, que analizó las desigualdades en la salud de los británicos, ratificó que pese a la accesibilidad universal e igualitaria, el uso de los diferentes servicios varía según la clase ocupacional. Además concluyó que los descensos de la mortalidad infantil están asociados con el ingreso per cápita y llamó la

atención sobre los aspectos distributivos de las sociedades. También Wilkinson (1997) llegó a la conclusión que no son las sociedades más ricas las que tienen mejor salud sino aquellas que tienen estructuras sociales más igualitarias. Enfatizó la importancia que asume la estructura distributiva del ingreso y ponderó la pobreza relativa, sin descartar el componente de privación absoluta reflejado por aquellos hogares con ingresos inferiores a la línea de pobreza. Es decir, destacó la magnitud de las diferencias entre ricos y pobres.

Desde un punto de vista conceptual, las condiciones de salud de una población son el resultado del efecto conjunto de factores genéticos, estilos de vida y factores del contexto, donde desarrolla su vida. Es decir, la situación de la salud y sus desigualdades, están determinadas tanto individual como histórica y socialmente. Si bien los factores genéticos pueden tener un peso relevante en la salud individual, a nivel de la población son los factores socioeconómicos, culturales, ambientales y políticos los que tienen el rol fundamental como determinantes de los niveles de salud. Dentro de todos estos factores se considera que las desigualdades originadas por diferencias biológicas o estilos de vida no pueden ser clasificadas como inequidades. Estas ideas llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a definir el concepto de inequidad como “aquellas diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que además se consideran como injustas” (Whitehead, 1991). Los criterios para definir equidad en salud son varios; no obstante existen propuestas que los operacionalizan y en relación a la atención proponen: a) igual acceso a la atención disponible para igual necesidad, b) igual utilización para igual necesidad y c) igual calidad de atención para todos (Whitehead, 1991). La equidad en salud, al igual que en otros ámbitos, depende fundamentalmente de cómo se define la justicia social y ésta, a su vez, depende de los juicios de valor que adopte la sociedad. Pero mientras existan desigualdades importantes en los ingresos y en la distribución de los mismos es previsible que existan desigualdades en el uso de los servicios de salud superiores a las originadas en las diferencias de necesidad (Katz, 1998).

Es así, que los cambios económicos y sociales promovidos en la década de los noventa, de debilitamiento del Estado y hegemonía del mercado en sociedades que ya registraban situaciones de desigualdad, como es el caso de Argentina, profundizan los déficits de los sectores que registran mayores dificultades en el acceso a bienes y servicios, por sus bajos ingresos o la pérdida de sus derechos sociales como consecuencia de la precarización laboral. Este cambio afecta más a las familias pobres. Sus hogares están más expuestos a enfermedades por falta de recursos económicos, escaso conocimiento sobre temas de salud, insuficiente nutrición, poco uso de los servicios de salud y menor acceso a una atención de calidad. Asimismo, la educación y especialmente la educación de la mujer, juegan un papel importante en los hábitos y costumbres de los hogares relacionados con la salud y además los capacita para exigir más y mejores prestaciones.

Las familias pobres son las que tienen más niños, quienes resultan más perjudicados porque son objeto de una crianza que les inhibe la posibilidad de un desarrollo sano en los primeros años y puede malograr el resto de su vida (Vinocur, 1999). Múltiples son los estudios que demuestran que los niños tienen posibilidades diferentes de desarrollo de sus potencialidades según las características de sus padres y la condición socioeconómica de sus hogares. Existen condicionantes relacionados con el conocimiento y educación de los padres del niño, las redes familiares y sociales construidas, el hábitat y la vinculación con el mercado de trabajo que determinan oportunidades disímiles. Estos condicionantes influyen desde la gestación del niño y tienen relación con lo que fue el perfil de crecimiento de su madre, la oportunidad de controles prenatales así como la frecuencia y calidad de los controles posteriores. Luego de su nacimiento es importante la influencia del hábitat (acceso al agua potable y saneamiento adecuado), los hábitos de higiene del hogar, la práctica de la lactancia materna y las conductas preventivas y de detección y tratamiento de las enfermedades (inmunizaciones y controles médicos periódicos). Es largamente conocida la incidencia de las infecciones sobre el estado nutricional y de éste afectando el sistema inmunológico de los niños y cómo ambos limitan su potencial de crecimiento y desarrollo. En este contexto, los

niños representan el grupo de mayor vulnerabilidad frente a los condicionantes sociales, económicos, culturales y ambientales, que son determinantes de su situación de salud. La etapa temprana del desarrollo infantil, que abarca desde la vida intrauterina y la atención del parto hasta los primeros cinco años de vida, es un período fundamental en el cual el niño desarrolla el lenguaje, la locomoción, las relaciones sociales y los conocimientos y habilidades que condicionan su desarrollo posterior (Moreno, 1999).

Por lo tanto, el gasto social en servicios de agua potable y saneamiento ambiental, en programas de nutrición y cuidado infantil y en la atención primaria de la salud², es el que beneficia más a la infancia. La extensión del acceso de los servicios de salud influye positivamente en la distribución del ingreso y eleva el nivel de vida de los pobres a costos inferiores que los que suponen otras inversiones y en un plazo más breve que la educación (CEPAL, 2000). La evidencia empírica sugiere que las familias pobres se benefician con los servicios sociales básicos solamente cuando estos son provistos en forma universal (Delamonica et. al., 2000). La universalidad de la prestación presenta varias ventajas. Por un lado, permite mayor apoyo político. Por otro, permite reducir los costos unitarios de la intervención ya que se pueden distribuir los costos fijos entre más unidades y se reducen los costos administrativos de verificación y monitoreo de los programas focalizados. Asimismo, evitan la manipulación clientelista de los programas y el favoritismo de la autoridad nacional o local de turno.

No debe olvidarse que disfrutar de buenas condiciones de salud es un derecho fundamental, cuyo logro, para toda la población debe ser un objetivo prioritario de las políticas públicas. En el caso de la primera infancia, los principios de universalidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos, así como el principio del interés superior del niño, contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, significó un cambio de paradigma respecto del concepto de infancia. A partir de allí se reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, lo que

² El enfoque identificado en la década de 1970 como el medio de lograr Salud para todos en el año 2000 - Declaración de Alma-Ata, OMS-UN, 1978.

marca un giro fundamental respecto de las tradiciones tutelares y paternalistas que primaron anteriormente (Méndez, 2005).

En dicha Convención, ratificada por Argentina en 1990, se observaron dos ejes fundamentales: la consideración de sujetos plenos de derecho y la consideración como personas con necesidad de cuidados especiales. Con este enfoque, por un lado, se abandonó el concepto del niño como objeto pasivo de intervención y por otro, se supuso que por su situación particular de desarrollo ellos tienen derechos especiales además de todos los que disfruta el adulto. Asimismo, otorgó un papel esencial a la familia en cuanto a la crianza, siendo reconocida como el lugar propio de convivencia y pertenencia de los niños e introdujo el nuevo paradigma de “protección integral”, en el que la infancia es considerada una sola y su protección se expresa en la exigencia de formulación de políticas básicas universales para todos los niños.

Cuando una sociedad se empobrece es previsible un empeoramiento de las condiciones de salud de sus integrantes. ¿Cómo explicar entonces el descenso experimentado por la mortalidad de la primera infancia ante el incremento de la pobreza y la desigualdad socioeconómica? Esta constatación lleva a reflexionar sobre: a) cuáles son las causas de la reducción de la mortalidad de la primera infancia y b) quiénes fueron los niños que se beneficiaron de esa mejora. Es decir, determinar si se redujo la brecha que previamente existía entre los distintos sectores sociales y áreas geográficas.

Para responder a estos interrogantes es necesario analizar si estas reducciones obedecieron a: a) mejoras en el acceso a nuevos servicios de salud; b) al impacto de mejores prácticas de crianza de los niños; c) a la efectividad de los servicios de salud en las actividades de prevención o en la mejora de las acciones terapéuticas o d) a la mayor capacidad de demanda de ciertos sectores sociales que atrajeron una mayor proporción de los recursos disponibles.

Si bien la Ciudad, como unidad territorial, registra históricamente los menores niveles de mortalidad de la primera infancia del país, en su interior

persisten sectores con niveles de mortalidad que casi duplican el promedio³ y con altas proporciones de nacimientos de riesgo. El propósito de la investigación fue conocer, para el período 1991-2002, los cambios en la atención de la salud y en la mortalidad de la primera infancia diferenciando grupos sociales y/o áreas espaciales, confrontándolos con las políticas públicas, los programas desarrollados y la aplicación de ciertas innovaciones terapéuticas⁴ dirigidas a la promoción de la salud de la primera infancia.

Por otro lado, considerando que el estudio de la relación entre la situación de la salud y las desigualdades sociales es de larga data, y en el convencimiento de que estamos frente a un “redescubrimiento” de lo que ya era conocido por investigadores europeos y latinoamericanos desde el siglo XIX⁵, se creyó importante incorporar la evolución de la mortalidad materno-infantil en la Ciudad desde 1860, así como las políticas implementadas en cada época. Se pretendió comprobar el grado de efectividad que tuvo la conformación del sistema de salud de la Ciudad, prestando especial atención a la evolución de la red de servicios de diferente nivel de complejidad, así como al efecto que las nuevas terapéuticas y el avance tecnológico habían tenido en la reducción de la mortalidad en la niñez y en la disminución de las desigualdades, frente a la muerte, de los distintos grupos sociales.

Los objetivos de la investigación fueron:

- a) Determinar la relación existente entre la evolución de la salud-enfermedad en la primera infancia y la desigualdad social en la Ciudad.
- b) Estudiar el diseño y desarrollo de las políticas de salud implementadas en la Ciudad y comprobar su efecto en la salud infantil, teniendo en cuenta las desigualdades sociales (y/o espaciales).

³ Para el bienio 2001-2002 la tasa promedio de la Ciudad fue de 10,9 por mil mientras que para la zona sur de la misma se registraron tasas cercanas al 20 por mil. En cuanto al riesgo relativo entre la tasa máxima y la mínima fue de 5 y con respecto a la mortalidad infantil por causas reducibles de 6.

⁴ Tratamiento de rehidratación oral, incorporación de nuevas vacunas, etc.

⁵ En Europa, en el marco de los procesos revolucionarios de 1848, surge el concepto de “medicina social”, sus principales exponentes fueron Rudolf Virchow y Salomón Neuman en Alemania; Jules Guérin en Francia; William Far en Inglaterra y Francisco Puccionotti en Italia (Spinelli, 2000). En Argentina entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, se realizaron investigaciones sobre las condiciones de trabajo y hábitat (el informe de Biale Massé sobre el estado de las clases obreras argentinas a comienzo del siglo) y los estudios sobre las condiciones de vida de las clases pobres y la salud de sus hijos (Coni, Rawson, Penna y Madero entre otros).

Se plantearon las siguientes hipótesis:

- a) Las políticas de salud dirigidas a la primera infancia se mantuvieron bastante inflexibles a los cambios que se produjeron en la condición socioeconómica de los hogares y en el perfil epidemiológico de la niñez.
- b) El diseño y la implementación de las políticas de salud de la Ciudad dirigidas a la niñez privilegiaron una visión reparadora de la salud, priorizando los intereses del complejo industrial farmoquímico y las inversiones en medicamentos y en innovaciones tecnológicas. El eje fundamental de la atención de la salud fue la estructura de los servicios hospitalarios antes que el sistema de atención primaria de la salud.

Con respecto a la propuesta metodológica se trabajó con tres dimensiones: la desigualdad social, la salud-enfermedad de la primera infancia y el sistema de atención de la salud. En la primera dimensión, la unidad de análisis fueron los hogares particulares como “proxy” de familia, en la segunda fue la primera infancia definida como los niños menores de 5 años y en la tercera las políticas de salud, los programas y las acciones desarrolladas por el gobierno de la Ciudad.

La presentación se estructuró en dos partes: en la primera se investigó la situación de la salud-enfermedad y la desigualdad social en la Ciudad y en la segunda, se analizaron las políticas de salud para la primera infancia del gobierno de la Ciudad, los programas y actividades desarrollados y los recursos presupuestarios que se les asignaron así como los antecedentes de la política nacional que sirvieron de marco normativo para las acciones llevadas a cabo en el nivel local.

2 – Estado del arte sobre la temática.

Múltiples son los estudios realizados en las últimas décadas sobre los efectos de la desigualdad social en la salud. Incluso, desde la perspectiva del bienestar, las descripciones realizadas por los clásicos sobre las condiciones de vida en los primeros años de la Revolución Industrial sirvieron de guía para las investigaciones posteriores. En todos los casos, se confirmó que aquellas personas pertenecientes a los sectores privilegiados de la sociedad, en general, disfrutaban de mejor salud. En el caso de la niñez, la probabilidad de sobrevivir se asocia, principalmente, a la clase social de pertenencia, así como a las características de la familia en la que nace y al medio ambiente en que se desarrolla.

Las estadísticas más antiguas sobre mortalidad por clases sociales se encuentran en Inglaterra. Haines (1995) y Reid (1997) demostraron que, pese a la mejora generalizada en las condiciones materiales de vida y al cambio epidemiológico, la mortalidad infantil y de la primera infancia mejoró en todos los casos pero declinó más rápidamente entre las clases sociales altas. Estos autores aplicaron técnicas indirectas a los resultados del Censo de 1911 de Inglaterra y Gales para estimar la mortalidad infantil, examinando los diferenciales según ocupación y clase social del padre. Haines incluyó además los resultados de otra investigación realizada por Morris y Heady para el período 1911-1950 y demostró que la mortalidad infantil declinó, en el período 1896-1950, más rápidamente entre las clases altas y que por tal motivo las brechas entre clases se incrementaron (Cuadro 2.1). Reid analizó las diferencias sociales adicionándoles el efecto del medio ambiente. La autora consideró la ocupación de los hombres y armó ocho clases separando a los trabajadores en no manuales (clase alta y media) y manuales según su calificación (calificados, semicalificados y sin calificación) y actividad (trabajadores textiles, de la agricultura y mineros). La distribución espacial de estas clases y su predominio dentro del vecindario le permitió clasificar al medio ambiente (agrícola, profesional e industrial). De esta manera demostró, para el período 1895-1911, en el cual la mortalidad infantil en Inglaterra y Gales experimentó un brusco descenso,

que la relación entre clase social y mortalidad de la primera infancia es producto también del medio ambiente en el que vive el niño. Observando el efecto simultáneo de la clase social y el medio ambiente, concluyó que la influencia de la clase social se veía disminuida al incluir el efecto del medio ambiente, especialmente en las ciudades industrializadas.

Cuadro 2.1
Tasas de mortalidad infantil (por mil nacimientos) según clase social del padre. Inglaterra y Gales, 1896-1950.

Clase social	1896	1905	1921	1930-32	1949-50
I - Profesionales	101,5	76,4	38,4	32,7	18,4
II - Intermedia	124,9	105,3	55,4	45,0	21,9
III - Trabajadores calificados	153,0	129,7	76,9	57,6	28,3
IV - Trabajadores parcialmente calificados	147,7	135,7	89,4	66,8	34,0
V - Trabajadores no calificados	171,0	152,9	97,1	77,1	39,8
Todas las clases	148,2	129,7	79,2	61,6	29,3
Indice de desigualdad (Clase V-Clase I/Clase I)	0,685	1,000	1,529	1,358	1,163

Fuente: elaboración sobre la base de Haines, 1995, tabla 6.

En América Latina varios estudios confirmaron la existencia de una elevada asociación entre las probabilidades de sobrevivencia de los niños y los niveles socioeconómicos de los hogares. El estudio de Puffer y Serrano (1973), mostró las enormes diferencias entre países, así como entre áreas de un mismo país, señalando significativas asociaciones entre el nivel de mortalidad infantil y la instrucción de la madre, aunque esta variable fue en realidad utilizada como un proxy del nivel socioeconómico del hogar. En un trabajo posterior (Puffer y Serrano, 1988) demostraron que el factor determinante de mayor importancia para la sobrevivencia y la calidad de vida del niño era su estado de salud al nacer. Presentaron dos ejemplos para ilustrar la relación entre la mortalidad infantil y el peso al nacer: uno en Chile y otro en la ciudad de Nueva York. Concluyeron que la mortalidad infantil fue muy elevada entre los niños que al nacer pesaron menos de 2501 gramos y que la misma disminuía a medida que aumentaba el peso al nacer. De esta manera, el peso al nacer se convierte en un importante factor que influye en la sobrevivencia de los niños y en la susceptibilidad de contraer enfermedades. Claro que este factor está asociado a los niveles socioeconómicos de las familias. Una de las causas principales es el estado

nutricional de las madres, y éste a su vez es el resultado de déficits en la ingesta alimentaria y a problemas de salud-enfermedad. Son las madres de los estratos bajos las que padecen problemas de nutrición durante sus embarazos por la menor ingesta de componentes proteicos.

Cuadro 2.2
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacimientos) en cinco grupos de peso al nacer en Chile, 1982 y en la ciudad de Nueva York, 1968.

Peso al nacer en gramos	Chile	Ciudad de Nueva York
Total	25,3	21,9
Menos de 2501	164,4	140,5
2501-3000	27,2	12,1
3001-3500	13,3	7,7
3501-4000	8,9	5,6
4001 y más	11,0	8,0

Fuente: Puffer y Serrano, 1988, Cuadro 4.

El estudio de Bronfman y Tuirán (1983) obtuvo estimaciones, para México en 1977, de la probabilidad de muerte en el primer año de vida por clases sociales. Los autores demostraron que la mortalidad alcanzó su máximo nivel en los hijos de campesinos pobres semiproletarios, los asalariados agrícolas y la fuerza “libre” no asalariada (grupos urbanos marginales) y llegaron a la conclusión de que por cada nacimiento de “alto riesgo” en la nueva pequeña burguesía había cerca de cinco en la fuerza de trabajo libre no asalariada.

Cuadro 2.3
Probabilidad de morir en el primer año de vida por clase social. México, 1977.

Clase social	Probabilidad (por mil)
Clases no agrícolas	
Nueva pequeña burguesía	33,0
Burguesía	36,3
Pequeña burguesía tradicional	46,3
Proletariado	61,9
Fuerza de trabajo "libre" no asalariada	78,0
Clases agrícolas	
Campesinos acomodados y de nivel medio	71,3
Campesinos pobres y semiproletarios	85,0
Asalariados agrícolas	98,4
Todas las clases	61,4

Fuente: Bronfman y Tuirán, 1983.

Sin embargo, en la década de 1980 fue el Black Report (Towsend y Davidson, 1982) el informe que volvió a centrar el debate, analizando las desigualdades en la salud de los británicos, luego de cuarenta años de vigencia del Sistema Nacional de Salud. Este informe demostró que, en términos relativos, la desigualdad entre las clases no sólo se había mantenido sino incluso incrementado y ratificó, que pese a la accesibilidad universal e igualitaria, el uso que se realizaba de los diferentes servicios así como los resultados en salud, variaban según la clase social. Con posterioridad a este informe el “Health Divide” de Margaret Whitehead, demostró que las desigualdades en la salud se habían hecho más graves en comparación con las de los años cincuenta y documentó que las treinta y dos mayores causas de muerte atacaban más a los pobres que a los ricos (Berlinguer, 1990). Por consiguiente, parecería que las políticas destinadas a combatir las diferencias en salud desde el lado de la oferta (accesibilidad universal e igualitaria) sin tener en cuenta el contexto más amplio de la búsqueda de justicia social, no logran eliminar la desigualdad.

Para Argentina, un primer antecedente (Behm y Maguid, 1978) obtuvo, con la información censal de 1970 y mediante métodos indirectos, la probabilidad de morir antes de cumplir los dos años de edad, en el bienio 1965-66. Los autores utilizaron, como aproximación al concepto de clase social, la clasificación de los hogares según ocupación y categoría ocupacional del jefe del hogar y demostraron que el grupo socioeconómico de pertenencia está estrechamente asociado a la mortalidad temprana del niño.

Cuadro 2.4
Probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad según clase social.
Argentina, 1965-66.

Clase social	Probabilidad (por mil)
Alta	28
Media	34
Baja urbana	66
Baja agrícola	74

Fuente: Behm y Maguid, 1978, Cuadro 11.

A partir de la década de 1980, en Argentina, varios estudios confirmaron la existencia de una elevada asociación entre las probabilidades de sobrevivencia de los niños y los niveles de pobreza de sus hogares. En 1984 se conocieron las estimaciones de la mortalidad infantil mediante la utilización de métodos indirectos¹, según pobreza por necesidades básicas insatisfechas (INDEC, 1984). Los resultados mostraron que la mortalidad infantil de los hogares pobres era cerca de un 50 por ciento mayor que la de los hogares no pobres. Estas mismas diferencias y aún mayores se encontraron entre hogares localizados en áreas urbanas y rurales, así como entre los diferentes departamentos y provincias.

Cuadro 2.5
Tasa de mortalidad infantil aproximada (por cien) en hogares según condición NBI por estrato de asentamiento. Total del país, 1980.

Estrato de asentamiento	Tasa de mortalidad infantil aproximada
Total	
Total de población	4,1
Población en hogares NBI	5,0
Resto de población	3,3
Localidades de más de 50.000 hab.	
Total de población	3,5
Población en hogares NBI	4,2
Resto de población	3,0
Localidades de 10.001 a 50.000 hab.	
Total de población	4,2
Población en hogares NBI	5,3
Resto de población	3,4
Localidades de 2.000 a 10.000 hab.	
Total de población	4,4
Población en hogares NBI	5,4
Resto de población	3,7
Area rural	
Total de población	5,5
Población en hogares NBI	6,2
Resto de población	4,5

Fuente: elaboración en base a INDEC, 1984, Cuadro 1D.

¹ Se estimó la mortalidad infantil aproximada definida como la probabilidad de morir antes de cumplir 3 años de edad.

También en la primera mitad de la década de los ochenta, se realizó en Rosario una investigación sobre los diferenciales por clase social y fracciones de clase del proceso de la salud-enfermedad en el primer año de vida (Torrado, 1986). Tomando una cohorte de todos los niños nacidos, hijos de mujeres residentes en esa ciudad en la primera quincena de noviembre, se estudiaron los procesos de reproducción biológica y social, considerando las condiciones familiares de vida, las conductas maternas y las condiciones biológicas del niño. Se confirmaron desigualdades marcadas según la clase social de pertenencia del niño. En lo que concierne al perfil de la salud-enfermedad perinatal, la autora demostró que las clases bajas presentaban condiciones comparativamente más deficitarias respecto a algunas conductas maternas (seguimiento y control del embarazo) y a ciertas acciones institucionales (nivel de especialización del personal que atendió a la madre durante el parto). En lo que respecta a las condiciones biológicas del recién nacido el hallazgo más interesante a destacar es que en la clase obrera, especialmente entre los trabajadores inestables², se detectaba un mayor número de prematuros y de desnutridos fetales y un mayor porcentaje de niños que al nacer presentaban condiciones físico-funcionales deficientes. En cuanto a la alimentación, los diferenciales se hacían presentes a partir del cuarto mes de vida y estaban referidos a la menor ingesta de componentes proteicos por parte de los niños pertenecientes a las familias de estratos bajos. Finalmente, en relación a las conductas maternas referidas al cuidado preventivo de la salud (cumplimiento del esquema de inmunizaciones y de controles médicos periódicos) se observaban pautas comparativamente más deficitarias en la clase obrera, particularmente en los dos estratos inferiores (obreros de la construcción y trabajadores inestables). La autora concluye que las condiciones familiares de vida, asociadas a cada clase social, se traducen en estados de salud y enfermedad diferenciales, mucho más deficientes en los estratos inferiores, específicamente en aquellos de menor estabilidad en su inserción económica.

Otros dos antecedentes más recientes (López y Tamargo, 1995 y Cid, 1995) también investigaron las relaciones entre infancia y condiciones

² Comprende a trabajadores cuenta propia con ocupaciones manuales no calificadas, sin especificación de oficio, tales como: vendedor ambulante, changarín, botellero, etc.

de vida, observando que el riesgo de muerte y el deterioro en su crecimiento era sensiblemente más elevado entre los niños nacidos en hogares de pobreza estructural. El trabajo de Cid (1995) analiza la talla y el peso de los niños de 0 a 5 años cumplidos en hogares de la Ciudad de Salta a partir de los datos relevados por el Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales que se realizó en la onda de mayo de 1994 de la Encuesta Permanente de Hogares. El autor advirtió que el retraso en el crecimiento es mayor entre los niños que pertenecen a hogares con necesidades básicas insatisfechas y a hogares con niveles bajos de ingresos. Concluyó que la clasificación según pobreza del hogar, ya sea que se adopte el criterio de NBI o el de ingresos, muestra su influencia sobre las posibilidades de crecimiento del niño. Por su parte, López y Tamargo (1995) utilizaron la misma encuesta para analizar las conductas de las mujeres frente a la atención del embarazo y el parto en los aglomerados urbanos del país. Las autoras indicaron un comportamiento diferencial de las mujeres frente a la atención del embarazo y el parto en función del estrato socioeconómico de pertenencia. Demostraron que para las mujeres que viven en hogares pobres la situación es desventajosa en la cantidad de controles prenatales que efectúan durante sus embarazos. Este hecho indudablemente afectará la morbilidad de sus hijos ya que la deficiencia en las prácticas preventivas acrecienta el riesgo de desconocer los signos precoces de patologías que pueden tratarse de manera oportuna.

En la última década, otros trabajos relacionaron el estado nutricional con el nivel económico-social de los hogares (Calvo et. al., 1989, Calvo 1995 y Ministerio de Salud, 1999). Todos ellos confirmaron una fuerte asociación entre prevalencia de desnutrición y pobreza y resaltaron que a diferencia de lo observado hace algunas décadas, cuando el problema más significativo era el déficit de peso para la edad y para la talla, existe una relación talla/edad deficiente (acortamiento) así como la presencia de obesidad como el principal trastorno del peso de los niños. Se afirmó que el déficit de talla es reflejo de un proceso crónico en el que confluyen varios factores, particularmente el bajo peso al nacer, la carencia marginal de

energía y nutrientes, la reiteración de procesos infecciosos agudos y las condiciones desfavorables del medio en que vive el niño³.

Otra línea de investigación, que comparó la Ciudad de Buenos Aires con los dos cordones del Gran Buenos Aires, vinculó aspectos de la estratificación social con temas relacionados a la utilización y el gasto en servicios de salud y construyó indicadores para medir la respuesta del sector salud a los requerimientos de la población (Ministerio de Salud y Acción Social, 1992, 1993, 1994a, 1994b, 1995, 1996, 1997 y 2002). En los resultados sobre la situación sanitaria de la primera infancia en 1989⁴, se obtuvieron niveles de riesgo superiores en los cordones del Gran Buenos Aires, asociados a la mayor incidencia de madres adolescentes, con bajo nivel de instrucción o sin pareja estable. Por su parte, en la Ciudad se destacó una mejor atención de la salud⁵ y un mayor consumo de medicamentos.

En la encuesta del año 1995 se analizaron los distintos tipos de gastos en salud, observándose importantes diferencias en la composición del gasto según clase social⁶. Además se destacó, con respecto a 1989, una disminución en la condición de afiliación en la Ciudad, del 5 por ciento en la población total y del 9 por ciento en los menores de 5 años.

Un trabajo reciente investigó para Argentina los cambios, entre 1997 y 2001, en la distribución de los beneficios de las políticas de salud y nutrición, en relación con los programas para mujeres embarazadas y niños menores de cinco años (Gasparini y Panadeiros, 2005). Los autores, usando información de las encuestas sobre desarrollo social (EDS) realizadas en dichos años, mostraron las diferencias, según quintiles de ingresos, en la

³ Debe tenerse en cuenta que estos estudios se refieren exclusivamente a los niños menores de seis años que demandan atención ambulatoria en el sistema público de salud y no son extrapolables al universo de los niños de esas edades que residen en cada jurisdicción.

⁴ Los resultados provienen de la Encuesta Permanente de Hogares en su onda abril-mayo de 1989.

⁵ Para los menores de un año está definido como el cociente entre la tasa de mortalidad infantil y la incidencia de bajo peso al nacer y para los niños de 1 a 4 años el cociente entre muertes evitables y no evitables.

⁶ Las clases sociales fueron obrera, media y media-alta. El promedio de gasto en afiliación voluntaria sube al pasar de la clase obrera a la media-alta, pero no existen diferencias entre clase obrera y media. Es notoria la caída de la participación del gasto en medicamentos dentro del gasto total en salud al pasar de las clases más bajas a las más altas.

atención de la salud de ambos grupos⁷. Al aplicar técnicas de microsimulación obtuvieron índices de concentración que les sugirieron que la incidencia de los cambios entre dichos años, debido probablemente a la crisis económica que comenzó en 1998, provocó la reducción de la fecundidad de las parejas pobres y un aumento en el uso de los servicios públicos por parte de los hogares no pobres.

Para la Ciudad existen dos estudios (Arruñada et.al., 1976 y Díaz Muñoz, 1993) que investigaron los diferenciales socioeconómicos de la mortalidad infantil. Arruñada, Rothman y Segre (1976) consideraron que las condiciones de ocupación y educativas de los individuos juegan un papel fundamental en la determinación del proceso salud-enfermedad, modelan un determinado comportamiento y dan lugar a resultados diferenciales. Señalaron que el estancamiento observado en los niveles de la mortalidad infantil, para el total del país a lo largo de la década del sesenta, no deja de afectar también a la Ciudad, y que el relativamente bajo nivel promedio de comienzos de los setenta (30 por mil) esconde fuertes diferencias internas, tanto entre los lugares de residencia habitual de las madres como entre los grupos sociales. Concluyeron que la mayor diferencia relativa fue observada entre el nivel ocupacional-educativo más bajo y su inmediato superior, lo cual indica la existencia de subgrupos de población dentro de los sectores sociales más bajos, que por sus condiciones de vida están mucho más expuestos al riesgo de muerte. Estos subgrupos, según las autoras, estarían compuestos en gran parte por población migrante que vive preferentemente en las villas, hoteles, pensiones e inquilinatos y que se ven expuestos a condiciones ambientales de hacinamiento, insalubridad e inaccesibilidad a los recursos de la atención médica. Por su parte, Díaz Muñoz (1993) utilizando la clasificación de nivel ocupacional-educativo elaborada por Arruñada, Rothman y Segre, demostró para 1990, que los niños fallecidos en la Ciudad tuvieron un riesgo diferencial de enfermar y morir en función de las distintas posibilidades de acceder a los servicios de salud definidos por su pertenencia social.

⁷ Para las mujeres: cantidad de controles del embarazo, el mes en que efectúan la primera visita, el lugar dónde la realizan y la atención del parto. Para los niños: cantidad de visitas al médico, dosis de vacunas, consumo de medicamentos y entrega de leche.

En otra línea de investigación se encuentran los trabajos que analizan los diferenciales de la mortalidad infantil por tamaño de las localidades. Aportes a esta línea de investigación se encuentran en los trabajos de Bourdelais y Demonet y Vögele (Corsini y Viazzo, 1997) que analizan los patrones de mortalidad infantil urbana en Francia y Alemania en el siglo XIX. Bourdelais y Demonet señalaron que no era posible hablar de mortalidad urbana sin tener en cuenta el tamaño, la función y la ubicación de las ciudades. Demostraron que a mediados del Siglo XIX en Francia, a menor tamaño de la Ciudad se observaba mayor sobrevivencia debido a que las condiciones de vida en el medio ambiente industrial y las insuficientes o ausentes medidas de salud pública, incidían en el aumento de las muertes infecciosas en las grandes ciudades. Por su parte, Vögele demostró que en la Alemania de fines del siglo XIX las disparidades regionales de la mortalidad infantil fueron disminuyendo mientras que las diferencias sociales se incrementaban. Expuso que el cambio en la mortalidad no podía ser explicado exclusivamente en términos de diferencia en la riqueza y que posiblemente este cambio estuviera relacionado con la sanidad y otras campañas públicas de salud, entre ellas la entrega de leche pasteurizada para los niños. En este sentido, Mazzeo (1993) que analizó la tendencia seguida por la mortalidad infantil en la Ciudad en el período 1856-1986, señaló que los cambios experimentados por la estructura de las causas de defunción estuvieron relacionados con las modificaciones experimentadas por la realidad socioeconómica, política y ambiental. Especialmente a partir de comienzos del siglo XX, se concretaron distintas acciones cuyo objetivo fundamental fue la atención del niño y el cuidado y protección de la mujer embarazada, parturienta y en período de lactancia. La autora concluyó que la mortalidad infantil no es un fenómeno que pueda analizarse en abstracto, sino que es parte integrante de un proceso social más complejo y que es justamente el proceso histórico concreto de una sociedad el que da significación a la mortalidad infantil en ella inserta.

Por su parte, Celton (1995) observó para Argentina que “la introducción de la sulfamida y la penicilina, el progreso en la provisión de agua potable y la concientización social de las normas higiénicas en el cuidado de los niños, constituyen las causas principales de la reducción de

las enfermedades infecto-contagiosas” (Celton, 1995:333) cuya participación fue decreciendo a partir de la década de 1940, asociada a los cambios experimentados por la población argentina (envejecimiento de su estructura etaria) y a los avances de la medicina. Cabe señalar que en Argentina, la denominada transición epidemiológica, entendida como el momento en que las enfermedades infecciosas pasan a ser controlables y son reemplazadas como principales causas de muerte por las enfermedades crónico-degenerativas, se produce en la década de los sesenta. En este sentido, el trabajo de Mazzeo (1995) mostró que la importancia de las muertes por enfermedades infecciosas fue decreciendo a partir de 1960 y que en el período 1944-1990 se modificó la estructura de la mortalidad según grandes grupos de causa de muerte. Se observó un moderno perfil de la mortalidad con el predominio de las defunciones causadas por tumores y enfermedades del aparato circulatorio.

Cuadro 2.6
Participación relativa de las principales causas de muerte en el total de defunciones.
Argentina, 1944-1990.

Grupos de causas	1944-53	1960	1970	1980	1990
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total bien definidas	84,4	72,7	93,8	97,1	99,9
Aparato circulatorio	20,8	13,9	39,1	44,7	45,1
Tumores	15,1	21,5	17,8	16,9	18,4
Infecto-parasitarias	11,0	5,0	13,6	3,6	3,3
Accidentes, envenenamientos y violencias	6,2	8,4	8,1	6,8	4,6
Resto bien definidas	31,3	23,9	15,2	25,1	28,5
Mal definidas	15,6	27,3	6,2	2,9	0,1

Fuente: Mazzeo, 1995, Cuadro 6.

No debe interpretarse que esta transición fue homogénea en todo el país, pues existen desiguales niveles de salud/enfermedad según el área geográfica, ligadas a las condiciones de vida de sus habitantes. En este sentido, Müller (1978) utilizando la esperanza de vida al nacer, considerada como uno de los indicadores más claros del nivel de vida de una población, mostró que entre 1914 y 1970 fue muy importante la ganancia en años de vida, pasando de 48,5 años en 1914 a 65,6 años en 1970. Por otro lado,

comparó este indicador según regiones⁸ y advirtió que se presentaban significativas diferencias entre las regiones que se mantuvieron a lo largo del período analizado. Como se observa en el Cuadro 2.7, en 1914 un habitante de la región más favorecida (Buenos Aires) vivía en promedio 13 años más (un 35 por ciento más) que un habitante de la región de menor esperanza de vida (Noroeste). En 1970 esa diferencia era menor: casi 7 años, o sea que los habitantes de Buenos Aires vivían en promedio un 11 por ciento más que los del noroeste del país. Lamentablemente, no existen estudios comparativos por regiones, posteriores a la década de 1970, no obstante a partir de las tablas de mortalidad elaboradas para las décadas siguientes se observó que el Noroeste continúa siendo la región de menor esperanza de vida y la Ciudad, la más favorecida. En la década de 1980 las diferencias entre esas regiones se mantienen en los 7 años pero se reducen a la mitad a partir de 1990; un habitante de la Ciudad vive en promedio 3 años y medio más que las personas que residen en el Noroeste argentino.

Cuadro 2.7
Esperanza de vida al nacer. Total país y por regiones. Argentina entre 1914 y 1970.

Año central de la tabla	Total país	Buenos Aires	Centro - Litoral	Cuyo	Noroeste
1914	48,50	51,37	48,75	41,45	37,94
1947	61,08	63,77	61,42	57,95	51,08
1960	66,37	68,15	66,81	64,82	57,66
1970	65,59	66,19	66,88	65,07	59,50

Fuente: Müller, 1978, Cuadros 1 y 4.

Otra línea de investigación relaciona los diferenciales de la mortalidad infantil por clase social y tamaño de las localidades. Un antecedente importante es el estudio sobre Estructura social de la Argentina (CFI, 1989 y Torrado, 1992) que analizó la composición de los hogares e indicadores de condiciones de vida de la población⁹ por clases sociales para cada una de las jurisdicciones del país. Torrado analizó la asociación entre la mortalidad infantil y la condición socio-ocupacional con las características del hábitat, medidas a través del tamaño de las localidades.

⁸ Formadas por las jurisdicciones con registros de muertes razonablemente completos, que representaron, para las cuatro épocas, más del 84 por ciento de la población total del país. Ellas son: Buenos Aires (Ciudad y Provincia); Centro-Litoral (Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe); Cuyo (Mendoza y San Juan) y Noroeste (Jujuy, Salta y Tucumán).

⁹ Entre ellos la tasa de mortalidad infantil aproximada por método indirecto.

La autora señaló que los indicadores concernientes a las condiciones de la vivienda son extremadamente sensibles a las características del hábitat tanto que “a veces traducen mucho más esta dimensión que los niveles de bienestar derivados de la pertenencia a un determinado estrato social” (Torrado, 1992:367). Mostró, que cualquiera sea la condición socio-ocupacional, existe una relación negativa entre el nivel de la mortalidad y el tamaño de la localidad. Destacó que esta pauta es clara sólo al pasar de las grandes ciudades a las intermedias y pequeñas, y de estas últimas a las zonas rurales, ya que en las aglomeraciones medianas los niveles son muy semejantes. Este patrón de comportamiento es el esperable y está relacionado con la influencia favorable que ejerce sobre los niveles de salud la disponibilidad de servicios médicos, que es mayor en las grandes ciudades y mucho menor en las zonas rurales o ciudades pequeñas.

Cuadro 2.8
Tasa de mortalidad infantil aproximada (por mil) según condición socio-ocupacional y tamaño de la localidad. Total del país, 1980

Condición Socio-ocupacional	Total País	Localidades de			
		Más de 50.000 hab.	10.001 a 50.000 hab.	2.000 a 10.000 hab.	Menos de 2.000 hab.
Población total	34,6	28,3	37,2	39,2	48,3
Jefes activos total	34,4	28,6	36,6	38,2	47,6
Clase alta	18,8	12,8	43,0	32,6	30,6
Clase media autónoma					
Propietarios de pequeñas empresas	22,7	21,4	23,4	16,0	32,7
Pequeños productores autónomos	24,3	20,1	23,6	25,7	36,6
Clase media asalariada					
Profesionales	13,5	13,8	11,9	11,7	16,7
Técnicos	24,4	20,1	22,9	28,2	38,3
Empleados administ. y vendedores	24,0	22,3	27,8	26,4	30,8
Clase obrera autónoma	35,0	31,5	35,4	29,8	44,3
Clase obrera asalariada					
Obreros calificados	35,2	30,9	38,6	39,6	47,3
Obreros no calificados	51,2	38,7	54,9	56,9	57,0
Trabajadores marginales	46,7	41,5	54,6	54,6	49,3
Jefes inactivos total	35,8	26,4	40,2	43,7	51,8

Fuente: Torrado, 1992, Cuadro 13.3.

En las últimas décadas se priorizó el análisis de los diferenciales regionales y sociales presentes en las tasas promedio del país que esconden situaciones de extrema desigualdad. Asimismo se planteó la necesidad de identificar el rol que juegan, en los descensos de la mortalidad, las políticas de salud específicas y los programas sociales focalizados en los sectores de mayor riesgo. Un trabajo reciente sobre la situación de los niños en la Argentina (UNICEF-INDEC, 2003), calculó por regiones, a partir de los datos censales de 1991 y mediante métodos indirectos, la probabilidad promedio de morir que tiene un niño antes de cumplir los dos años de edad. En él se muestran las diferencias en la sobrevivencia cuando se consideran las condiciones de la vivienda, el saneamiento ambiental y el nivel educativo de las madres, variables muy relacionadas con las condiciones socioeconómicas de los hogares. Si bien se destaca que la Región Noroeste es en todos los casos la más desfavorecida, se concluye que, independientemente de la región de residencia, son las condiciones socioeconómicas las que tienen mayor incidencia en la tasa de mortalidad de la infancia.

Cuadro 2.9
Probabilidad promedio (por mil) de morir antes de los dos años según indicadores seleccionados. Total del país, 1985-1990.

Total país y regiones	Tipo de vivienda		Provisión de agua		Inodoro	
	Buena	No buena	Buena	No buena	Buena	No buena
Total país	18,4	30,1	18,9	30,2	18,5	29,2
Metropolitana	18,5	26,3	19,8	26,1	20,0	25,2
Noroeste	21,8	37,5	22,8	38,6	21,4	37,5
Noreste	18,6	29,6	19,1	30,2	17,4	29,7
Pampeana	18,3	29,3	18,5	28,3	18,5	26,3
Cuyo	20,7	31,8	20,7	32,4	20,4	27,4
Patagonia	19,6	28,2	19,7	29,0	18,9	27,5

Total del país y regiones	Nivel educativo de la madre			
	Ninguna - hasta 3º grado	Primaria incompleta	P.C. y S. I.	S.C. y más
Total país	40,5	29,9	21,2	18,5
Metropolitana	37,2	27,9	19,6	17,0
Noroeste	48,8	41,0	26,8	17,8
Noreste	39,5	27,9	21,1	18,7
Pampeana	34,8	27,5	20,2	20,2
Cuyo	40,0	29,6	22,9	16,9
Patagonia	36,9	27,1	20,6	-

Fuente: UNICEF-INDEC, 2003, Cuadro 4.3.

Con respecto a la mortalidad infantil y la desigualdad espacial en la Ciudad, Smoisz (1995) en su estudio sobre la década de los 80 y en particular 1989, señaló que la tasa promedio de la Ciudad encubre marcados diferenciales espaciales, estrechamente vinculados con la pobreza y la marginalidad en los barrios menos favorecidos de la Ciudad. Demostró que las tasas de mortalidad infantil más elevadas se ubican en las zonas que rodean el Riachuelo y el centro-sur de la Ciudad, donde se hallan altos porcentajes de población residentes en viviendas inadecuadas (compuestas por villas, inquilinatos, hoteles familiares, pensiones y casas tomadas) en los que las familias viven hacinadas y cuyos jefes de hogar están insertos en ocupaciones inestables. Utilizando un análisis de regresión múltiple, observó que la importancia relativa de las viviendas con deficiencias sanitarias así como de la población no propietaria de su vivienda, explican más de la mitad de las variaciones observadas en las tasas de mortalidad infantil. Al analizar el plan de salud del municipio para el período 1985-1989 afirmó que las políticas de salud de la Ciudad no lograron sus objetivos por la falta de participación de la población en la determinación de sus necesidades, el deficiente proceso programático de la atención materno-infantil y el insuficiente conocimiento acerca del perfil de salud-enfermedad de la población.

La temática de la desigualdad espacial también fue analizada por Mazzeo (1998) en su estudio sobre estratificación sociodemográfica de la Ciudad en 1991. La autora identificó aquellas divisiones políticas donde eran homogéneas sus poblaciones en cuanto a su estructura etaria, elaboró una estratificación demográfica en cuatro zonas y obtuvo una serie de indicadores agrupados en cuatro dimensiones de análisis (demográfica, social, económica y política) que reflejaron las condiciones de vida de cada zona y permitieron evidenciar las distintas realidades de la Ciudad. Estos indicadores le permitieron afirmar que en 1991, dentro de los límites de la Ciudad, se asistió a una creciente diferenciación, que esquemáticamente podía definirse como norte-sur, pero que en realidad era mucho más compleja. Observó que en general, la zona sur era la que presentaba las peores condiciones de vida de su población, con indicadores bastante

alejados al resto de las zonas: casi el 11 por ciento de la población residía en villas y el 21 por ciento vivía en hogares NBI. En cuanto a los factores de riesgo de la maternidad y la infancia, esa zona presentaba la tasa de mortalidad infantil más alta (19,0 por mil) y las mayores proporciones de madres adolescentes (10 por ciento), de madres sin pareja estable (8,5 por ciento) y de nacimientos extramatrimoniales (41,4 por ciento). Teniendo en cuenta los riesgos en salud, la tercera parte de la población de la zona sur no tenía cobertura y en cuanto a la dimensión económica, en ella se ubicaba la población más vulnerable (mayores proporciones de población ocupada no calificada) y de menor poder adquisitivo.

Cuadro 2.10
Indicadores socioeconómicos según zona. Ciudad de Buenos Aires, 1991.

Indicador	Total Ciudad	Zona Oeste	Zona Norte	Zona Este	Zona Sur
% de pob. en hogares NBI (cinco indicadores)	7,6	5,0	4,4	8,5	20,5
% de pob. en hogares NBI (cuatro indicadores)	7,6	4,2	4,7	9,4	18,3
% de hogares con jefe mujer	31,6	28,8	33,0	38,4	26,8
% de pob. que reside en villa	1,9	0,0	0,0	0,7	10,8
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	13,5	10,5	9,1	14,4	18,7
% de nacimientos de madres adolescentes	6,1	4,5	4,3	7,0	10,2
Tasa de fecundidad de madres adolescentes (por mil)	23,1	15,2	14,0	26,7	39,3
% de nacimientos extramatrimoniales	29,5	23,7	23,4	34,7	41,4
% de madres sin pareja estable	6,5	6,1	5,0	6,6	8,5
% de pob. que nunca asistió a la enseñanza formal	1,3	1,2	0,9	1,4	2,4
% de pob. que no completó la escuela primaria	7,5	7,1	5,2	7,4	12,2
% de pob. que no completó la escuela secundaria	52,3	54,3	40,0	49,9	69,5
% de población sin cobertura en salud	19,5	19,2	15,0	18,4	29,9
% de hogares en viviendas deficitarias	4,8	2,3	2,2	6,7	15,6
Tasa de ocupación (por cien)	54,2	51,6	57,1	57,3	52,0
Tasa de desocupación (por cien)	3,4	3,3	3,3	3,2	4,3
% pob. ocupada como patrón	10,3	10,5	12,4	10,5	5,9
% pob. ocupada como obrero o empleado	67,1	65,8	65,0	68,3	72,1
% pob. ocupada como cuenta propia	20,3	21,2	20,3	19,1	20,0
% pob. ocupada con calificación profesional	14,8	12,3	21,5	17,1	6,3
% pob. ocupada con calificación técnica	25,2	26,9	27,6	24,5	17,5
% pob. ocupada con calificación operativa	40,3	43,0	33,6	37,5	48,6
% pob. ocupada no calificada	19,7	17,8	17,3	20,9	27,6

Fuente: elaboración sobre la base de Mazzeo, 1998.

En otra línea de investigación, Di Virgilio (2003) utiliza el concepto de heterogeneidad para el análisis de los procesos de salud-enfermedad en un contexto de pobreza estructural urbana. La investigación fue llevada a cabo a mediados de la década de los 90 en un barrio pobre de la Ciudad, el Barrio Inta denominado Villa 19, que por las características del hábitat concentra hogares en situación de pobreza estructural. La autora señaló que

la adopción de decisiones en el cuidado de la salud es un proceso durante el cual las mujeres atraviesan diferentes etapas y que el mismo está fuertemente condicionado por las interacciones con el grupo familiar y social inmediato, sumadas a las experiencias previas de las mujeres con los servicios de salud. Por otro lado, afirmó que la disponibilidad de cobertura no implica necesariamente su utilización y que entre los factores que inciden en la elección de los servicios, las mujeres entrevistadas destacan la cercanía geográfica, la disponibilidad horaria, la facilidad para obtener un turno y la capacidad que tiene cada uno de los servicios para proveer medicamentos y leche gratuitos. Señaló la posibilidad que tienen las mujeres de utilizar información sobre el sistema de atención médica y desarrollar determinada capacidad crítica frente al medio (capital cultural) y que ello guarda estrecha relación con su nivel de instrucción, las experiencias anteriores de contacto con el sistema de salud y las redes sociales de que disponen.

Por otra parte, con respecto a los paradigmas, a comienzos de la década de 1980 junto con la extraordinaria pero desigual reducción de los niveles de la mortalidad infantil y de la niñez en el mundo, y en América Latina en particular, se produjo un cambio en la investigación y en la percepción de estos fenómenos y se buscaron “modelos conceptuales” que plantearan la vinculación de los factores que afectaban a la mortalidad. En esta línea de investigación, Mosley y Chen (1984) consideraron las causas de muerte como entidades mórbidas que con frecuencia están generadas por un conjunto de determinantes que radican en el hogar y la sociedad en que el niño vive. Los autores propusieron un modelo conceptual para el estudio de los determinantes de la mortalidad en los países no desarrollados, basado en la premisa que los determinantes biológicos, sociales, económicos y ecológicos de la mortalidad de la niñez operan, necesariamente, a través de un conjunto de variables intermedias. Identificaron quince variables intermedias agrupadas en cinco categorías: a) factores de la fecundidad materna (edad a la procreación, paridez, intervalo intergenésico), b) contaminación ambiental con agentes infecciosos (contaminación del aire, suelo, agua, etc.), c) disponibilidad de nutrientes al feto y al niño (calorías, proteínas, vitaminas, minerales), d) violencias (accidentes, daño intencional) y e) factores de control personal de enfermedades (medidas preventivas

personales, tratamiento). Este modelo intenta comprender las razones del descenso de la mortalidad que pueden ser independientes de los indicadores económicos en un determinado momento, resaltando al mismo tiempo, que las políticas sociales o las estrategias de salud constituyen causas determinantes de la mortalidad infantil a través de las variables intermedias propuestas.

En esta línea de investigación merece destacarse el estudio realizado por Behm (1992), quien desarrolló un modelo explicativo del proceso salud-enfermedad a través de una compleja relación que va desde el nivel macrosocial y ambiental hasta el individual. Si bien particulariza la utilización de la ocupación del padre o jefe del hogar como indicador de clase también recorre las investigaciones realizadas en América Latina que consideraron la educación de la madre y las condiciones de la vivienda. Behm afirma que la asociación inversa entre el nivel educativo materno y la mortalidad de los hijos es la que se encuentra con mayor frecuencia en los estudios empíricos. Tiene que ver con un rol más importante que la mujer educada ocupa en el proceso de decisión familiar en cuanto a la forma de utilizar los recursos del hogar, la distribución del alimento entre sus miembros y la decisión de consultar una medicina moderna que puede entrar en conflicto con sus creencias o tradiciones. Por otra parte, la insuficiente educación materna está asociada a mayor fecundidad, que a su vez afecta a la sobrevivencia infantil. Asimismo, plantea que dentro de las condiciones de vida de la familia, la vivienda tiene una gran importancia, por ser el ambiente físico donde el niño permanece la mayor parte de su primer año de vida y de este modo se convierte en una variable próxima del proceso salud-enfermedad. Para analizar la relación entre la mortalidad infantil y las condiciones materiales de vida familiar, Behm calculó las tasas de mortalidad infantil de Costa Rica en 1981 según dos categorías extremas de calidad de la vivienda y grupos socio-ocupacionales. Con esos datos demostró que el riesgo de morir del niño, sin importar el grupo socio-ocupacional, es mayor cuando la vivienda está en malas condiciones, que en aquellas que están en buen estado. Es decir, vincula la mortalidad infantil con el medio ambiente en el que se desarrolla el niño.

Cuadro 2.11
Mortalidad infantil (por mil nacimientos) según grupo socio-ocupacional y estado de la vivienda. Costa Rica, 1981.

Grupo socio-ocupacional	Total	Estado de la vivienda	
		Adecuado	Malo
Grupos medios	14	13	24
Asalariados manuales no agrícolas	18	16	25
Peones agrícolas	24	21	29
Total*	20	16	27

* Incluye grupos socio-ocupacionales no mencionados en la tabla.

Fuente: Behm, 1992, Cuadro 2.

También se encuentran los estudios de Breilh y Granda (1983) y Ruzicka (1983) que aportan lineamientos para un marco teórico sobre los determinantes de la mortalidad en la niñez. Breilh y Granda postularon que son los modos de organización social los que condicionan los modos de vivir y de morir. Por su parte, Ruzicka señaló que aún bajo la mejor de las circunstancias, las intervenciones médicas directas en ausencia de mejoras sociales y económicas tienen indudablemente sólo un potencial limitado. Agregó que en las áreas urbanas, donde generalmente se dispone de mejores servicios de salud, existen grandes diferencias en la mortalidad entre los grupos con bajos ingresos y las familias con altos ingresos.

Finalmente en otra línea de investigación, la de los comportamientos de salud, se encuentra el trabajo de McQuestion (2001). El autor afirmó que las observaciones empíricas en América Latina y otras partes del mundo indican que la sobrevivencia infantil aumenta con la educación materna, el ingreso familiar y la demanda de servicios personales de salud. Los padres de ingresos más altos aportan sus recursos para introducir mejoras en los niveles de vida del hogar, lo que aumenta la sobrevivencia. Agregó que cuanto más educado es un jefe de hogar, más son los miembros de ese hogar que tienden a utilizar los servicios de atención primaria de la salud y que las madres más educadas tienden a aplicar la terapia de rehidratación oral en casa, buscar atención médica para un hijo enfermo, obtener una cartilla sanitaria y vacunar a sus hijos. McQuestion afirmó que “las opciones de comportamiento de salud son contingentes en gran medida con los comportamientos de salud de personas cercanas. Estos efectos de interacción social difieren según el tipo de comportamiento y el lugar, y

ocurren en adición de los efectos individuales, familiares y contextuales” (MacQuestion, 2001:217). Su hipótesis central es que los efectos de la homogeneidad social espacial contribuyeron a evitar que recrudeciera la mortalidad en América Latina, durante los años ochenta, mediante el cambio de los comportamientos relativos a la salud. De ese modo, “la intensificación de la producción de salud en el hogar, compensando efectivamente los efectos negativos del ingreso emanados de una recesión prolongada. La conclusión de que las fuerzas sociales afectan los resultados de salud individuales por encima de las fuerzas económicas y de otra índole, explicaría cómo la gente puede estarse volviendo más sana mientras se sigue empobreciendo.” (MacQuestion, 2001:199). El autor demostró que las opciones de comportamiento “saludables” son contingentes en gran medida con los comportamientos de personas cercanas.

Las investigaciones sobre la mortalidad en la infancia que se analizaron posibilitan partir de una base importante de conocimientos y participar del debate sobre desigualdad que se da hoy en el campo de la economía y de la salud, restringiéndolo a una de las esferas de mayor trascendencia, como es el bienestar infantil. Todas enfatizan la existencia de sistemáticas diferencias entre los grupos sociales, cualquiera sea el indicador que se utilice para clasificar estos grupos. Aquellos donde el riesgo es mayor son siempre los conglomerados sociales de más bajo nivel socioeconómico.

3. Marco conceptual.

Las políticas sociales constituyen en las sociedades contemporáneas un instrumento irremplazable para la producción del bienestar y la integración social. Deben garantizar a los ciudadanos sistemas de protección frente a situaciones que impliquen riesgos y también promover el desarrollo de capacidades. Entre ellas, la enfermedad es uno de los ejemplos más frecuentes de riesgos previsibles que deben ser protegidos por el Estado. Las estrategias implementadas y el lugar que ocuparon en la agenda social variaron en los diferentes períodos históricos, en correspondencia con los diferentes modelos de política pública. En Argentina, a partir de 1976 se instala una política privatizadora que se agudiza durante el gobierno menemista y que reformula la actividad del Estado en el área social. Esta nueva crisis generó un fuerte impacto sobre los trabajadores que fueron afectados por la inestabilidad laboral, el aumento de la desocupación, la subocupación horaria y la precariedad laboral. En un contexto de agravamiento de la desigual distribución de ingresos se acentuaron la inequidad y la caída de los ingresos familiares per cápita. Un número importante de familias perdieron la cobertura de la obra social y pasaron a depender de un sistema público colapsado. El deterioro de la calidad e incluso los problemas de cobertura afectaron, sobre todo, a las familias más pobres que son las que tienen más niños. Puede afirmarse que la salud pública fue la que permaneció, a pesar de algunas propuestas puntuales, más relegada dentro del campo de la política social. En este marco, el propósito de la investigación fue analizar la inequidad en la atención de la salud-enfermedad de la primera infancia, relacionándola con la evolución de la desigualdad social y las políticas y programas dirigidos a la promoción de la salud de los niños.

Desde hace varios años, pero especialmente durante la última década, estudios teóricos y empíricos demostraron significativas diferencias en las condiciones de salud entre diferentes grupos sociales definidos de acuerdo con su nivel de ingresos, educación, origen étnico, género, área de residencia o factores ambientales. El reconocimiento de tales diferencias

instaló la equidad en salud como uno de los objetivos principales de las agendas de los gobiernos y de los organismos internacionales.

El concepto de equidad está enraizado en la visión *Salud para todos*. La 30ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, celebrada en 1977, recomendó “que todos los ciudadanos del mundo alcanzaran en el año 2000 un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva”. Posteriormente, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (Declaración de Alma-Ata) realizada en 1978, se afirmó que la desigualdad existente en el estado de salud de las personas era inaceptable bajo los aspectos político, social y económico. Se declaró que la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), como función central del sistema nacional de salud y parte integrante del desarrollo social y económico, era la clave para alcanzar esa meta. Asimismo, la elaboración de esta estrategia señaló la importancia no sólo de la aplicación de la tecnología apropiada sino también de la participación comunitaria y del enfoque intersectorial.

El análisis posterior de lo que significaba el concepto *Salud para todos* giró en torno a la necesidad de consagrar tres ideas o principios básicos. El primero es el que incorpora la salud a los derechos humanos. El segundo es el concepto de ética más directamente relacionado con *Salud para todos*, con el objeto de tener en cuenta los factores determinantes de la salud y cómo se distribuyen y aplican los recursos. El tercero es la noción de equidad concebida como justicia. Con respecto al primero, Thomas Henry Marshall formuló, a fines de la década de 1940, su teoría de ciudadanía situando los derechos sociales al mismo nivel que los civiles y políticos. Afirmó que la realización plena del ideal de ciudadanía será posible cuando los tres grupos de derechos gocen de la misma legitimidad. La ciudadanía, con sus tres dimensiones, sería así “una condición otorgada a aquellos que son miembros plenos de una comunidad” (Marshall y Bottomore, 1998:37); todos los que poseen la condición son iguales con respecto a los derechos y deberes de que está dotada esa condición. El modelo de ciudadanía universal planteado por Marshall fue una respuesta a los problemas de las sociedades liberales, concretamente a las tensiones entre los principios igualitarios del sistema político democrático y las desigualdades inherentes a las estructuras

económicas del sistema capitalista. Su argumento es que la igualdad formal y la desigualdad social pueden coexistir, siempre que la intervención del Estado garantice un mínimo de bienestar para todos los ciudadanos.

Por otro lado, la formulación del derecho a la salud figura en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la 9ª Conferencia Internacional de Estados Americanos celebrada en 1948 en Santa Fe de Bogotá, Colombia. Además de reconocer “el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona” declara que “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad” (Alleyne, 2002:292). A partir de esta visión la mayoría de las Constituciones de los países, en su carácter de normas supremas, reconocen la salud como un derecho social que requiere de la acción del Estado para garantizar el acceso a los servicios, la calidad de las prestaciones y las condiciones que aseguren un nivel básico de bienestar de acuerdo al nivel o grado de desarrollo que cada país puede ofrecer. Lamentablemente, en la mayoría de los países la realidad muestra una importante brecha entre los derechos proclamados y los servicios ofrecidos. Las Constituciones declaran la igualdad de derechos pero no garantizan los medios que los hagan factibles. La igualdad del derecho es formal y en tanto formal mantiene la desigualdad.

Por su parte, el concepto de ética de la salud surgió entre fines de la década de 1960 y principios de 1970, centrado en el bienestar del individuo, en particular en su autonomía, y no en la salud de la población. Al respecto, Wikler (1997) enunció las cuatro fases de desarrollo de la bioética. La primera fase consistió en la discusión de los códigos de conducta profesional en su interrelación con los pacientes, donde la bioética era más bien “ética médica”. En la segunda fase se amplió el debate que incluyó a la sociedad civil y se elaboraron nuevas formas de relación médico-paciente. La tercera fase, cuyo inicio podría ubicarse en 1980, volcó su mirada sobre la estructura, financiamiento y organización de los servicios de salud. La cuarta y última fase, que es la vigente, es definida por Wikler como *Bioética de la salud de la población*; en ella el foco de atención se ubica en los

determinantes de la salud y en los servicios de atención de la salud. Es decir, no sólo interesa el acceso de los enfermos a los servicios sanitarios sino también los factores que explican que algunas personas se enfermen más que otras. Esta fase, que identifica a la salud como un fenómeno multidimensional, es la más relacionada con el concepto *Salud para todos*.

El tercer criterio básico, la noción de equidad según Alleyne (2002), implica alguno de los juicios morales que son la esencia del pensamiento ético sobre la salud de la población. Por lo tanto, debido a sus implicancias, definir inequidades en salud requiere identificar lo moralmente adecuado de ciertas distribuciones en una sociedad. La definición de equidad en salud más citada es la elaborada por Margaret Whitehead a principios de la década de 1990. En ella se refiere a las diferencias que no sólo son innecesarias y evitables, sino que también se consideran como injustas. En palabras de su autora “La equidad en la salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello pueda evitarse” (Whitehead, 1991).

La mayoría de los estudios teóricos y empíricos realizados en los últimos años coinciden con esta definición y tienden a definir las inequidades como todas aquellas diferencias en las condiciones de salud que se originan en condiciones socioeconómicas, culturales o del medio ambiente que son innecesarias, evitables e injustas.

La inclusión en la definición de Whitehead del concepto de justicia requiere considerar el contexto, es decir: lo que se considera justo o injusto en una sociedad determinada. Si bien se considera a esta definición como la mejor disponible, no estuvo exenta de críticas centradas en la incapacidad de la misma para proveer los criterios que determinan las desigualdades en salud que pueden ser consideradas justas (Ferrer Lues, 2003). No obstante, existe consenso en considerar que las desigualdades originadas por diferencias biológicas o estilos de vida individual y/o grupal no pueden ser clasificadas como inequidades.

La definición de las desigualdades justas e injustas en salud es un desafío teórico de plena vigencia. Reflexionar sobre qué significa justicia en salud y cuáles son las fuentes de injusticia, constituyen preguntas claves en

el desarrollo teórico. En este sentido, la teoría de justicia social de Rawls (1978) sostiene que el Estado debe elegir la política que se considere justa tal como la evaluaría un observador ecuánime e imparcial. Esto significa que al formular la política pública se debe aspirar a mejorar el bienestar de la persona que se encuentra en la peor situación dentro de la sociedad. Es decir, en lugar de maximizar la suma de la utilidad total de la sociedad (como haría un utilitarista del siglo XIX), la regla de Rawls se basa en el criterio según el cual el Estado debe aspirar a maximizar el bienestar de la persona peor situada en la sociedad. Su teoría se basa en dos principios fundamentales: el primero afirma que todas las personas tienen igual derecho al conjunto más extenso de libertades individuales y el segundo, afirma que la desigualdad económica sólo es justa si produce beneficios compensadores para todos y, en particular, para los miembros más desfavorecidos de la sociedad. Rawls afirma que las normas de equidad se alcanzan mediante el concurso de los ciudadanos que, sin saber el puesto o estatus que ocuparán en la sociedad (lo que llama velo de ignorancia), deciden los principios de justicia correctos más adecuados para el bien común. Es decir, mediante un hipotético contrato se establecerían los principios de justicia que regirían la vida social a través de un método que es justo por sí mismo. De esta manera, el principio de justicia distributiva se convierte en el punto de partida de cualquier análisis de equidad en salud.

En esta línea, Amartya Sen afirma que la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia en los acuerdos sociales. Sostiene que la equidad no concierne únicamente a la salud sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia en los acuerdos sociales, incluida la distribución económica y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana (Sen, 2002). Como dice Amartya Sen “como mejor suele alcanzarse la salud agregadora es concentrándose en los más pobres, pues ahí es donde hay más posibilidad de ganar terreno; esa misma política tendrá el efecto de reducir, a su vez, la desigualdad distributiva” (Sen, 2000:293). Afirma que defender la equidad en salud no puede consistir simplemente en demandas relacionadas con la distribución de la atención sanitaria. Los factores que inciden en el campo de la salud van más allá de la atención sanitaria e incluyen influencias muy

distintas, desde las predisposiciones genéticas, los ingresos, los hábitos alimentarios y los estilos de vida hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo. En consecuencia, la equidad en salud es inevitablemente multidimensional.

Numerosos son los trabajos que comprobaron los importantes efectos de la desigualdad social sobre la salud y la sobrevivencia. Estudios empíricos realizados en Estados Unidos durante la década de 1990 confirman la hipótesis de que los estados con mayor desigualdad social tienen mayor mortalidad, más allá de la relación observada entre ingreso individual y mortalidad (Wolfson, 1999). Es decir, demostró que si bien a nivel individual tener mayores ingresos implica tener mejor salud y menor riesgo de enfermar y morir, vivir en una sociedad con alta desigualdad aumenta la mortalidad independientemente de la asociación individual. En esta misma línea de investigación un estudio sobre la mortalidad de menores de cinco años, en cuarenta y dos países (Wagstaff, 2002a), encontró una asociación significativa entre el ingreso per cápita del país y la desigualdad en la mortalidad de los niños. Mostró que en los países más ricos existe mayor desigualdad relativa en la mortalidad. Para el autor, una explicación posible para esta desigualdad es que el aumento en el ingreso estaría ligado al progreso tecnológico, y en este sentido, la población de mayores ingresos tiende a beneficiarse de dicho cambio antes que los pobres.

Las sociedades con grandes desigualdades tienen sus mayores niveles de mortalidad en las clases bajas. Pobreza y mala salud son dos caras de la misma moneda. Entre las clases sociales las oportunidades de elección de la atención sanitaria no son las mismas. Las clases bajas tienen acceso a los servicios de las obras sociales, cuando las tienen, o a los gratuitos que les proporciona el Estado. Los servicios de las obras sociales no ofrecen la calidad de las prestaciones que el sistema privado de las clases altas. A su vez, los carentes de obras sociales, sin una política gratuita eficiente, quedan desamparados.

Por su parte, Wagstaff afirmó que la asociación entre la pobreza y la mala salud refleja una relación de causalidad bidireccional: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza. Para él, las desigualdades sobre el nivel de vida familiar están siendo consideradas,

cada vez más, como una cuestión de justicia social. En sus palabras: “las desigualdades entre los ricos y los pobres con respecto a los resultados sanitarios son injustas, no porque los pobres sean de algún modo más merecedores que los que tienen más dinero, sino porque estas desigualdades corresponden obviamente a las limitaciones y oportunidades muy diferentes que tienen unos y otros, y no a una tendencia de los dos grupos a hacer elecciones diferentes” (Wagstaff, 2002b:316). Cita dos ejemplos relacionados con la desigualdad en la salud de los niños: la utilización de la rehidratación oral (menor entre los niños pobres aunque la incidencia de la diarrea es mayor) y que los niños pobres tienen una probabilidad de estar vacunados muy inferior, incluso en los países con programas nacionales de vacunación que proporcionan los servicios en forma gratuita. Destacó la incapacidad, en casi todos los países en desarrollo, de la atención sanitaria pública para llegar a los pobres. Propuso a los ministerios de salud “adoptar una visión más amplia, explorando métodos alternativos de prestación para llegar a los pobres y encontrando mejores métodos para aumentar los conocimientos de los pobres acerca de los comportamientos saludables” (Wagstaff, 2002b:323).

Es sabido que el nivel del ingreso medio de una población no refleja su distribución. Un incremento del mismo no expresa una mejor distribución de la riqueza. De modo que el ingreso medio puede aumentar sin mejorar las condiciones de salud de la población. Incluso la riqueza concentrada en pocas manos puede asociarse a un deterioro de las condiciones de salud. Tampoco es cierto que exista una relación directa entre la riqueza de un país y su política sanitaria. Hay países pobres que destinan a la salud mayores recursos que otros más ricos. Por otro lado, hay también otros factores del entorno social que influyen sobre la salud de la población: el tipo de vivienda, el medio ambiente, la educación, el tipo de trabajo, etc. que no siempre se tienen en cuenta al formular las políticas de salud. Por el contrario se privilegian las nuevas terapéuticas, los equipamientos y medicamentos, aspectos relacionados, más de una vez, con los intereses de la industria farmacológica y los avances tecnológicos.

En esta línea de razonamiento, pero colocando al proceso de trabajo o de producción como categoría analítica central, se encuentra el modelo

conceptual proceso de salud-enfermedad. El mismo considera que los integrantes de cada clase social, al desplegar sus estrategias de supervivencia, en razón de su posición social, están sometidos a una serie de determinantes de naturaleza económica, ideológica y/o jurídica-política, que dan como resultado procesos específicos de salud-enfermedad según clases sociales. Ello implica tomar como punto de partida de la conceptualización a la sociedad y no a la enfermedad, partir de los procesos sociales que se articulan en cada sociedad concreta generando grupos diferenciados respecto a su posición social, sus condiciones de existencia y sus patrones respectivos de salud-enfermedad (Torrado, 1986). Desde esta perspectiva teórica, son las formas específicas de reproducción de cada clase social las que determinan la aparición de un conjunto de efectos que implican formas típicas de riesgo o protección con relación a la salud y a la enfermedad, las que a su vez, conllevan patrones típicos de morbilidad y mortalidad. En este contexto, el objetivo central de la epidemiología consiste en poner de manifiesto las características del proceso de salud-enfermedad que es propio de cada clase social en cada situación histórica concreta y esclarecer sus respectivos determinantes sociales (Laurell, 1986).

En consecuencia, identificar la salud como un fenómeno multidimensional, que no depende exclusivamente del acceso a los servicios de atención de la salud, fue una de las mayores contribuciones de los estudios sobre desigualdades en salud. En el proceso de globalización, la coexistencia del crecimiento económico con un incremento de las inequidades, es un rasgo característico del desarrollo reciente en la mayoría de los países de América Latina. La exclusión social, es sin duda alguna, el riesgo mayor que acarrea la globalización: un gran número de personas perdieron su puesto de trabajo y la participación política y social dentro de la comunidad.

En este contexto Bustelo habla de la necesidad de la generación de políticas activas que actúen sobre la distribución del ingreso y la riqueza, lo que supone pensar de “otra manera” la política social en su relación con los valores de la igualdad y la equidad, planteando un modelo de desarrollo que asegure iguales oportunidades para acceder a los bienes social y económicamente relevantes. Propone un modelo distinto de ciudadanía, una

“ciudadanía emancipada”, donde las personas no son objeto de tratamiento e intervención pública, sino actores-sujetos en su doble dimensión individual y societaria. En este sentido, las políticas de desarrollo de la ciudadanía implican enfocar la cuestión social desde la óptica de los derechos sociales y la justicia, y no una “ciudadanía asistida” (implícita en el enfoque de focalización) que se deriva de la dependencia asistencial de los pobres del Estado. Para Bustelo, un nuevo planteamiento sobre la salud debe abandonar definitivamente la idea de “pacientes” como pura pasividad y sometimiento y pasar a otro basado en actores sociales con derechos y obligaciones. De tal manera, el tema de la salud “se coloca en el interior de un enfoque más amplio, sobre cómo concebir el desarrollo y las políticas económicas y sociales como modelo de construir una sociedad más justa, lo que implica una sociedad más sana” (Bustelo, 2000:180).

Asimismo Gwatkin, con respecto a la formulación de políticas públicas, afirma que si bien hasta el momento se produjeron importantes conocimientos sobre la magnitud y naturaleza de las inequidades en salud, que dieron origen a valiosos marcos conceptuales, aún no se llegó a la identificación de medidas que puedan subsanar eficazmente las inequidades que fueron descubiertas. Asegura que lo que hay que hacer para mejorar la situación sanitaria es seguir abogando por el concepto de *Salud para todos* y la vigencia de la atención primaria de la salud, enunciados en Alma-Ata, y por los aspectos filosóficos y de política de la equidad en salud (Gwatkin, 2002).

Al respecto, como afirma Aldo Neri (1997) el objetivo de *Salud para todos* debe ser visto en un doble marco conceptual. Por un lado, una salud racional no es un gasto sin retorno sino una verdadera inversión social en el bienestar del pueblo y en su capacidad de desarrollo. Por el otro, siguiendo a Sen¹, asevera que desarrollo quiere decir libertades humanas, conocimiento e información popular para ser capaces de brindarse mejores oportunidades de vida y por supuesto de satisfacción de aquellas necesidades básicas que hacen a la dignidad de la vida.

¹ Sen afirma que cuando se analiza la justicia social existen poderosas razones para juzgar la ventaja individual en función de las capacidades que tiene una persona, es decir, de las libertades fundamentales de que disfruta para llevar el tipo de vida que tiene razones para valorar (Sen, 2000).

Consecuentemente, es posible avanzar en la búsqueda del objetivo de *Salud para todos* solamente con una visión integral de la salud y con medidas de carácter integral que actúen sobre el sector privado, sobre la seguridad social y sobre el sector público. Se apunta a construir una democratización del campo de la salud que implica equidad social pero también participación informada, consciente, deliberada, de la comunidad en los problemas de su propio interés.

En Argentina, suelen privilegiarse los intereses particulares por sobre los intereses generales. Así resulta que las políticas públicas devienen en una puja o transacción entre los intereses de las corporaciones y la administración del Estado. El problema básico pasa por la relativa ausencia o debilidad del Estado como centro capaz de intervenir en forma sistemática y coherente por sobre los intereses particulares, nacionales y extranjeros, y en la presencia de una marcada fragmentación o anarquía institucional. Esta debilidad estatal se percibe particularmente en el campo de la salud donde se favorecieron los intereses del complejo industrial farmoquímico, las inversiones en medicamentos y la importación tecnológica.

De esta manera, las políticas sociales se constituyen en las sociedades contemporáneas en un instrumento irremplazable para la producción y mantenimiento del bienestar y la integración social. La mayor parte de las veces son las luchas sociales las que obligan a las clases dirigentes a mejorar las condiciones de vida de los sectores dependientes. Más de una vez son concesiones por el temor “a la ira de los pueblos”.

En este sentido, el Estado de Bienestar reconoce la ciudadanía social articulada en torno al trabajo. Surge cuando el Estado admite que es su responsabilidad conseguir una situación de pleno empleo, un sistema de seguridad social que cubra a la totalidad de la población y garantice un nivel de vida mínimo para los más desfavorecidos. Durante el período comprendido entre la segunda posguerra y principios de la década de 1970 se consolidaron los Estados de Bienestar en Europa Occidental. Las principales áreas sociales de intervención del Estado de Bienestar keynesiano, tal como se desarrolló en los países centrales, fueron: educación, salud, vivienda, previsión social y seguros de desempleo.

En este contexto, Gosta Esping Anderson (1993) ve “tres mundos” del Estado de Bienestar: el liberal, basado en subsidios y planes privados de protección²; el corporativo, de seguros sociales vinculados al empleo y a la seguridad social; jubilaciones, pensiones y seguros de enfermedad³ y el social-demócrata que adopta políticas universales de reconocimiento de los derechos sociales⁴. En este último el Estado asume el costo de la enfermedad en nombre de la sociedad y promueve la igualdad de todos los ciudadanos tanto en los subsidios de la vejez como en la cobertura de la salud. Suele caracterizarse a estos Estados como aquellos que implantaron las condiciones de goce de una ciudadanía social plena.

En Argentina es difícil poder ubicar las políticas de bienestar en alguno de estos modelos. Los analistas dedicados al estudio de las políticas sociales manifiestan cierta reticencia cuando se trata de caracterizar las relaciones entre Estado y Sociedad en términos de Estado de Bienestar, anteponiendo a esa expresión adjetivos como seudo, proto o débil o añadiéndole la caracterización de *sui generis*, que resulta plenamente justificada cuando a través del análisis se constatan los límites en la eficacia de las respectivas políticas (Belmartino et. al., 2001).

Los regímenes adoptados para el desarrollo de las políticas sociales en Argentina presentan un carácter mixto, habiendo adoptado una forma institucional para cada una de las áreas de protección social según el momento histórico específico y conforme al juego de intereses político-corporativos predominantes en cada sector. La salud pública tuvo una orientación universal en sus orígenes, al igual que en el momento de su mayor expansión bajo el primer gobierno peronista. A partir de los años sesenta, la falta de recursos y la ineficiente gestión de los existentes condujeron al sistema público de atención médica a un tipo de régimen “liberal” o “residual”, focalizado en la atención del indigente. Hubo una transformación: los derechos sociales se convirtieron en beneficios asistenciales. El Estado Nacional modifica su rol: racionaliza y tecnifica el sector administrativo, y retoma la transferencia de los hospitales nacionales

² Este modelo caracteriza los sistemas de jubilaciones y pensiones en Estados Unidos, Australia y Canadá (no así en el sistema de salud donde es social-demócrata).

³ Como se desarrollan en Francia, Italia, Alemania y Austria.

⁴ Propio de los países escandinavos y del modelo inglés.

a la órbita provincial. Se facilitó el desarrollo del sector privado, alentado por los cambios en el modo de operar de las obras sociales que se tornaron agentes de intermediación financiera, captando los aportes de sus afiliados para contratar los servicios del sector privado. Durante las décadas posteriores, con la postura neoliberal, todas las medidas que se instrumentaron contribuyeron para que la atención de la salud se relacionara en mayor grado con la lógica de mercado debido al rol preponderante que adquirió el sector privado (Pérez Irigoyen, 1989). La postura neoliberal, abiertamente anti-igualitaria, postula que la desigualdad es el motor de la iniciativa personal y que la competencia entre los individuos en el mercado corrige los males económicos y sociales. Es decir que el anti-estatismo de los neoliberales proviene de su fe en el individualismo, la competencia y el mercado. Para ellos el Estado sólo debe intervenir a fin de garantizar un mínimo para aliviar la pobreza y producir aquellos servicios que los privados no pueden o no quieren producir. Propugnan un Estado asistencialista y no benefactor. Esto implica que el neoliberalismo rechaza el concepto de los derechos sociales y la obligación de la sociedad de garantizarlos a través de la acción estatal, está en contra de la universalidad, igualdad y gratuidad de los servicios sociales (Laurell, 1992). De esta manera, la estrategia de los gobiernos neoliberales para reducir la acción estatal fue el recorte del gasto social, la focalización del gasto, la privatización de la producción de servicios y la descentralización de los servicios públicos a nivel local.

En síntesis, las acciones en el pasado se orientaban más a cuidar la salud mientras que en el presente se inclinan más hacia la enfermedad. En el pasado el Estado centraba su intervención en aspectos preventivos y de regulación del medio ambiente y estilos de vida (modelo higienista). Hoy el sistema de salud está excesivamente orientado a la atención médica en desmedro de la prevención, los estilos de vida y el medio ambiente (González García y Tobar, 2004).

Otro factor que influyó negativamente en la coherencia de las políticas sociales es la fragmentación institucional del sector salud. La Argentina no cuenta con un sistema integrado, considerando como tal aquél en que existe coordinación intrasectorial con un grado de coherencia y

racionalidad que permitan el acceso de la población a una atención adecuada a sus necesidades. El sector muestra una gran heterogeneidad en la modalidad de la atención médica y la coexistencia de un vasto espectro institucional. Se afirmó que “en Argentina la virtual ausencia de liderazgo por parte del gobierno central ha generado una situación en la cual cada uno de los componentes del sector responde a su propia lógica y no al interés del conjunto” (Perez Irigoyen, 1989:193).

El sistema de salud argentino cuenta con un sector privado sumamente heterogéneo en composición y calidad de prestaciones, el sector de obras sociales con enormes diferencias en términos de número de afiliados, recursos financieros y variedad de prestaciones ofrecidas. Por último, el sector público, también heterogéneo, dividido en tres niveles (nación, provincia y municipio) que con gran autonomía brinda servicios a la población. Esta atomización institucional, más que reflejar pluralismo denota escasa o nula racionalidad y se traduce en políticas no coordinadas, con superposición de oferta de servicios de salud en algunos lugares y carencias en otros.

Otra consecuencia negativa de la ausencia de un gobierno central capaz de conducir el sistema, es la estratificación que se produce en el acceso a los servicios y la inequidad que ello trae aparejado. Los sectores de mayores ingresos acceden a la medicina privada pagando los servicios en forma directa o mediante la contratación de seguros. Los asalariados registrados son atendidos por la seguridad social vinculada con el sector público y privado y los grupos de menores recursos acuden a los servicios públicos de salud.

Por otro lado, los recursos financieros del sector público no son asignados íntegramente a los sectores sociales de menores ingresos. Ello es así porque con estos recursos se subsidia a la seguridad social, ya que muchos beneficiarios de las obras sociales que no cubren un nivel satisfactorio de prestaciones recurren a las instituciones públicas sin que éstas, en la mayoría de los casos, reciban aporte alguno. Por otra parte, el sector público brinda prestaciones que no son rentables para el sector privado absorbiendo parte de sus costos.

Asumiendo esta intensa asociación y este marco explicativo, es

esperable que cuando una sociedad se empobrece empeoren las condiciones de salud de sus integrantes. Además, pueden disminuir los recursos públicos al deteriorarse las fuentes de ingresos. Ese empobrecimiento genera cambios en las condiciones de salud de la población y sobre todo en las modalidades de utilización de los servicios. Los hospitales públicos son los primeros que acusan la magnitud del fenómeno del empobrecimiento a través del crecimiento de la demanda de atención, producto del aumento de las cuotas de los seguros privados de salud, del empobrecimiento de las capas medias y bajas, y de los que perdieron sus obras sociales, que migran hacia la atención pública. De esta manera se ve afectada la calidad de la oferta, ya que hay menor dedicación a los pacientes que están internados y se destina menor tiempo a las consultas.

Finalmente, con respecto a la atención puede afirmarse que el modelo predominante en Argentina se caracteriza por el biologismo, las prácticas exageradamente mercantilizadas y la búsqueda de eficacia terapéutica como objetivo principal. En general se orienta a combatir la enfermedad y de este modo no se tienen mayormente en cuenta los determinantes ambientales y económico-sociales que la provocan evitando el debate que genera un abordaje del tema de la salud como un problema social. Esto genera una acción curativa propia de la práctica asistencialista, donde lo único que importa es el análisis de signos y síntomas para elaborar un diagnóstico sin considerar las relaciones ambientales y sociales. La tendencia a la especialización, producto del impacto que provoca la incorporación tecnológica, es otro elemento central de este modelo. En pocas palabras, para este modelo la salud se logra y se mantiene gracias a la aplicación de la atención médica para eliminar o aliviar la enfermedad. Un sistema de atención médica como el actual es absolutamente funcional a la reproducción de condiciones de exclusión social y de no cumplimiento de los derechos para los pobres.

Ahora bien, si la desigualdad de las relaciones sociales afecta y compromete tanto a los pobres, favoreciendo la falta de cohesión social, también impacta profundamente en la situación de la infancia. El análisis de las relaciones entre pobreza y salud en los niños es por demás conocido.

El origen del concepto de infancia como categoría diferente de los

adultos Philippe Ariès (1987) lo sitúa en el siglo XVII. Previamente la infancia no era diferenciada como tal, el niño no salía de una especie de anonimato y era representado como un adulto en miniatura. Poco a poco, la sociedad occidental fue otorgando a la infancia un lugar, inscribiéndola en un espacio propio con características singulares y como necesitada de cuidados exclusivos. De esta manera se definieron nuevos vínculos y nuevos roles en el interior de las familias. Hacia el siglo XVIII se definió a la niñez como dependiente y necesitada de protección y cuidado por los adultos, concepción surgida de la idea de la infancia como producto inacabado que requería dedicación para un pleno pasaje a la vida adulta. Los cuidados son transferidos a las mujeres (madres o nodrizas) mientras que los hombres (padres o tutores) eran los encargados de las acciones de control y disciplina (Méndez, 2005). Surge así una clara diferenciación entre un mundo de adultos y otro de la infancia, que se fue consolidando a través de las relaciones sociales al interior de la familia, con las instituciones y por las regulaciones jurídicas. Es decir, la infancia constituye una representación colectiva producto de las formas de cooperación entre grupos sociales. En este sentido, Chombart de Lauwe (1971), quien estudió las representaciones de la infancia en el campo de la literatura, del cine y de los medios de comunicación franceses, indica que las representaciones sociales de la infancia podrían constituir un excelente test proyectivo del sistema de valores y de aspiraciones de una sociedad.

Otro factor que contribuyó decisivamente a la reflexión y al debate sobre la infancia es el reconocimiento de los derechos de la infancia y el desarrollo de políticas sociales destinadas a este grupo social. Fue necesaria una Convención separada de las relativas a todos los seres humanos para que se asumiera a los niños como sujetos de derechos. En 1989, las Naciones Unidas aprobaron la Convención sobre Derechos del Niño que significó un cambio de paradigma respecto del concepto de infancia. La Convención otorga un papel esencial a la familia en cuanto a la crianza. En contraposición a las antiguas concepciones de minoridad la familia es reconocida como el lugar propio de convivencia y pertenencia de los niños. En lo que se refiere al Estado le adjudica dos responsabilidades: garantizar que las familias puedan desempeñar sus funciones brindándoles su apoyo y

la de actuar en aquellos casos excepcionales en los que sea necesario separar al niño de su familia. Introduce el paradigma de protección integral donde la protección de la infancia se expresa en la exigencia de formulación de políticas básicas universales para todos los niños. De esta manera, la doctrina de los derechos del niño logró construir una fuerte imagen de la niñez y de su lugar en la sociedad que probablemente difiera con la realidad que viven muchos niños. Coincidiendo con Bustelo “la cuestión de la infancia (...) tal vez sea la cuestión *mayor*⁵ y crucial a resolver para un proyecto abierto al futuro que comience por anunciar la libertad desde el nacimiento” (Bustelo Graffigna, 2005:276).

⁵ La cursiva suplanta el entrecomillado del texto original.

PRIMERA PARTE

Situación de la salud-enfermedad y de la desigualdad social.

4. La mortalidad materno-infantil en la Ciudad desde 1860.

El propósito de este capítulo es poner de relieve los factores que determinaron el nivel de la mortalidad materno-infantil y explicar la tendencia histórica seguida en la Ciudad de Buenos Aires en el período 1860-2002 a través del análisis de su nivel y estructura.

4.1. El nivel de la mortalidad.

4.1.1. Indicadores seleccionados.

Para la medición del nivel de mortalidad de la primera infancia, se utilizó la tasa de mortalidad definida como la relación entre las defunciones de niños menores de cinco años en un año dado y los nacidos vivos en el año¹. Se la seleccionó teniendo en cuenta la disponibilidad de los datos que, como se señala en el Anexo A, provienen de las estadísticas vitales del período.

A partir de 1890 se utilizaron, además, la tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad fetal². En ambos casos es necesario llamar la atención del probable subregistro. En la mortalidad materna se trata de un subregistro de causa de muerte; o sea si bien la muerte de la mujer es registrada no aparece certificada como causada por problemas durante su embarazo, parto o puerperio. Por el contrario, en la mortalidad fetal existiría un subregistro de muertes asociado a la falta de inscripción, especialmente, en las menores de 20 semanas de gestación³.

Un problema básico que afecta la comparabilidad histórica y entre países es la desviación de la definición utilizada para cada hecho vital. Un ejemplo clásico es el referido a las definiciones de nacido vivo y defunción fetal. En algunos países un niño debe sobrevivir por lo menos 24 horas para

¹ Se discriminan en el análisis los grupos etarios que abarca la primera infancia: mortalidad infantil (neonatal y postneonatal) y de niños de 1 a 4 años.

² Las definiciones se detallan en el Anexo C.

³ En la Ciudad la ley que reglamenta la inscripción de los hechos vitales tiene prevista para labrar el acta de defunción a las muertes fetales a partir de los 180 días de gestación. En los casos de menor cantidad de días de gestación se los denomina no viables, no se les labra acta de inscripción pero se los considera en las estadísticas de defunción fetal.

poder ser inscripto en el registro civil como nacido vivo, los que mueren antes de ese plazo son clasificados como muertes fetales. Asimismo en muchos países los niños que nacen con vida pero fallecen antes de su registración civil son inscriptos como defunciones fetales tardías. Estas diferencias ocasionan un subregistro de la mortalidad infantil y una sobreestimación de la mortalidad fetal. Según la Oficina de Estadísticas de Naciones Unidas, el registro de las defunciones fetales es probablemente el más incompleto en todos los países. Las variaciones en las definiciones de muerte fetal limitan en forma notable la comparabilidad de la información. Algunos países usan diferentes criterios para la duración de la gestación u otros criterios de selección como el tamaño o el peso (Ministerio de Salud y Acción Social, 1994).

En cuanto a la República Argentina los tres hechos vitales (nacido vivo, defunción y defunción fetal) son de inscripción obligatoria y la definición de nacido vivo adoptada es la recomendada por la Organización Mundial de la Salud por lo menos durante los últimos cien años. Esta definición se encuentra en el Código Civil Argentino, en el art. 74, según el cual “si muriesen antes de estar completamente separados del seno materno, las personas serán consideradas como si no hubiesen existido”, es decir que el nacimiento con vida se concreta a partir de la completa separación de la persona del seno materno. En la Ciudad, la Ley que reglamentó la creación del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas no incluye una definición de nacido vivo y se rige por la definida en el Código Civil.

Es necesario destacar que la conceptualización de muerte fetal sufrió varios cambios desde que en 1950 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definiera como “muerte de un producto de la concepción, antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo” (Ministerio de Salud y Acción Social, 1994). En 1970 se revisó esta definición y se estableció que el límite que separaba aborto de muerte fetal estaba en las 28 semanas completas de gestación, que correspondería a un peso de aproximadamente 1.000 gramos. Sin embargo, el Comité Científico prefirió limitar los abortos a las pérdidas previas a las 20 semanas de acuerdo a la definición médica de

aborto que es la terminación de un embarazo antes que el feto haya logrado la viabilidad.

El Taller de Expertos Nacionales sobre definiciones de nacido vivo y defunción fetal, reunido en 1994, recomendó mantener la definición de defunción fetal indicada por la OMS, en el Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades Novena Revisión, concluyendo que las defunciones fetales no se limitarán por el peso ni por el tiempo de gestación. Es decir, los certificados de defunción fetal deben realizarse independientemente del peso, lo que posibilita efectuar todas las distinciones conceptuales necesarias durante la etapa del análisis. Como corolario del debate se acordó que los datos de peso al nacer y tiempo de gestación constituyen una información básica para los estudios de la calidad de atención, conocer la situación sanitaria de un área y definir adecuadas estrategias en la salud materno-infantil. No obstante, cabe destacar que las variaciones en las definiciones utilizadas en cada jurisdicción limitan la comparabilidad de la información.

A fin de describir la tendencia general seguida por la mortalidad materno-infantil desde mediados del siglo XIX se consideró conveniente, desde el punto de vista metodológico, analizar los promedios quinquenales de las tasas con el objeto de evitar la incidencia de las notorias fluctuaciones anuales, especialmente en los inicios del período, derivadas esencialmente de las numerosas epidemias que se registraron en la Ciudad.

4.1.2. Su evolución.

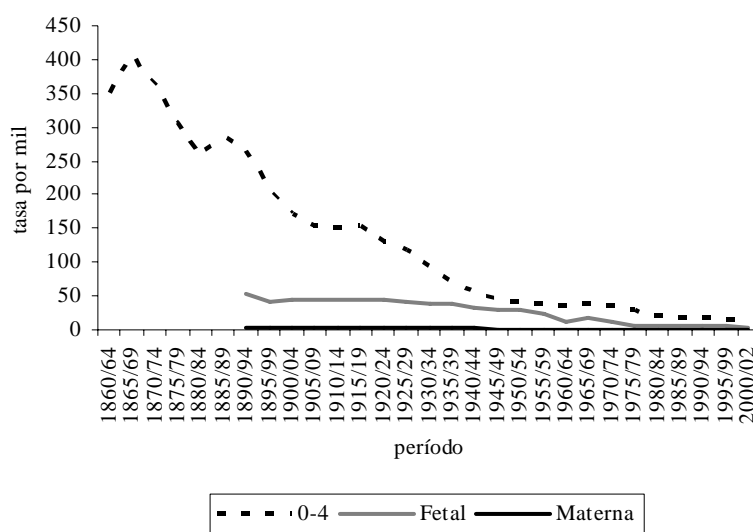
El notable descenso de la mortalidad de la infancia fue uno de los cambios sociales más importantes y extensos del último siglo y medio. Los mecanismos de esta transformación constituyen el centro de un debate que cautivó el interés de diversos especialistas desde hace largos años. Demógrafos, economistas, epidemiólogos, historiadores, politólogos y sociólogos continúan discutiendo sobre el rol, la magnitud y la interacción de los distintos factores explicativos que operaron en el descenso de la mortalidad: el crecimiento económico, los progresos de la salud pública, la higiene personal, los cambios ecológicos, las condiciones de vida y de trabajo y las medidas de protección social.

En la década de los sesenta del Siglo XX la explicación de las causas del descenso secular ponía el acento en las mejoras de la salud pública, la higiene y el control de las enfermedades, momento en que el Estado habría asumido el rol organizador de la defensa pública contra las enfermedades y proporcionado servicios básicos de salud (Schofield y Reher, 1991). A mediados de los setenta, la ya clásica y controversial tesis de McKeown lleva la batalla a otro terreno. Partiendo del conocimiento de que la reducción de la mortalidad en los países desarrollados en el siglo XIX se debió a la reducción de las enfermedades infecciosas, McKeown le resta protagonismo a las medidas sanitarias y a los avances de la medicina, atribuyéndoselo a cambios económicos y sociales. Enfatiza principalmente que el crecimiento económico y las mejoras en el nivel de vida contribuyeron a incrementar la nutrición de la población, lo que les permitió una mayor resistencia a la infección (McKeown, 1976).

La tesis de McKeown continúa siendo un punto de referencia en el debate, aunque parte de sus hipótesis fueron puestas en duda por otros investigadores (Wrigley y Schofield, 1981; Preston, 1988; Szreter, 2002 y Colgrove, 2002). Sin embargo, actualmente parece haber consenso entre los investigadores tanto en aceptar como válida la idea de que la ciencia médica en su aspecto curativo jugó un papel menor en el descenso de la mortalidad a principios del siglo XX (Colgrove, 2002), como en que el nivel de vida y los aspectos económicos resultan cruciales para la salud de la población (Wilkinson, 1992; Evans, 1996; Marmor, 1996 y Szreter, 2002). La discusión posterior logró consenso respecto a considerar como factores explicativos tanto las iniciativas de la reforma sanitaria como las mejoras en el nivel de vida y su impacto en la nutrición como claves en el descenso de la mortalidad.

En la Ciudad el nivel de la mortalidad de la primera infancia, como se observa en el Gráfico 4.1, descendió a partir del quinquenio 1870-74. La tasa presenta su valor máximo en el quinquenio 1865-1869 (404,7 por mil) y el mínimo (10,6 por mil) en el período 2000-2002 (Cuadro 4.1).

Gráfico 4.1
Mortalidad de la primera infancia, fetal y materna (tasas por mil nacimientos).
Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.



Fuente: Cuadro 4.1.

Es conveniente recordar que la Ciudad se vio afectada por numerosas epidemias, especialmente entre 1869 y 1900, siendo éste el período en el cual tuvieron mayor participación las defunciones por causa de enfermedades infecciosas que explicaría, en parte, el alto nivel de la mortalidad y las fluctuaciones en la tendencia del fenómeno.

Cuadro 4.1
Mortalidad de la primera infancia, fetal y materna (tasas por mil nacimientos).
Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.

Período	0-4	Fetal	Materna	Período	0-4	Fetal	Materna
1860/64	350.1	.	.	1930/34	91.7	39.8	2.3
1865/69	404.7	.	.	1935/39	71.2	38.3	2.0
1870/74	362.5	.	.	1940/44	55.2	33.0	1.7
1875/79	305.2	.	.	1945/49	45.3	31.0	1.0
1880/84	256.9	.	.	1950/54	41.5	29.9	0.7
1885/89	286.4	.	.	1955/59	39.8	24.9	0.5
1890/94	263.1	52.5	2.2	1960/64	35.5	11.4	0.7
1895/99	206.0	42.5	2.4	1965/69	39.2	17.0	0.8
1900/04	172.3	44.0	2.8	1970/74	34.7	12.9	0.9
1905/09	154.1	45.7	3.0	1975/79	29.0	7.0	0.6
1910/14	151.2	43.8	3.1	1980/84	20.6	5.4	0.3
1915/19	152.9	43.6	3.3	1985/89	18.6	5.5	0.3
1920/24	129.1	43.2	3.1	1990/94	16.8	6.3	0.2
1925/29	118.4	41.6	2.5	1995/99	14.4	6.1	0.0
				2000/02	10.6	4.3	0.1

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Con el objeto de buscar los factores explicativos que incidieron en el ritmo seguido por la mortalidad materno-infantil se elaboró un índice tomando como base el quinquenio 1860-1864 para la primera infancia y 1890-1894 para la mortalidad materna y fetal (Cuadro 4.2 del Anexo B), que permitió identificar etapas muy diferentes dentro del proceso. A través del mismo se verificó que en el último cuarto del siglo XIX se registra una marcada aceleración del ritmo de descenso de la mortalidad de la primera infancia, reduciéndose a la mitad durante el quinquenio 1900-1904⁴.

Este período coincide, como se verá en más detalle en el Capítulo 10 al analizar las políticas y programas de salud, con una mayor preocupación por parte de las autoridades sanitarias en dictar medidas referidas no sólo a la higiene pública sino también a la protección de la primera infancia.

Posteriormente, en la primera mitad del Siglo XX se desarrolló una etapa donde la reducción de la mortalidad de la primera infancia era muy pronunciada. Comparando los quinquenios 1895-1899 y 1945-1949 se observa una disminución del 78 por ciento⁵. El mejoramiento de la calidad de vida de la población a partir de la ampliación de la cobertura de los servicios de saneamiento del medio ambiente (provisión de agua potable, sistema cloacal, eliminación de desperdicios), la protección de la primera infancia y el incremento del salario real en la Ciudad, habrían incidido en el descenso de la mortalidad. En este período, como se verá más adelante, es notoria la reducción de las muertes causadas por falta de higiene o la mala nutrición (Mazzeo, 1993).

En el período 1950-1979 se registra una etapa donde la reducción no fue tan pronunciada, con un descenso del 36 por ciento, hecho que indudablemente tiene relación con los niveles que asume la tasa de mortalidad de la primera infancia que en esas décadas son bastante inferiores a los de comienzo de siglo, siendo el promedio anual de reducción del 1,2 por ciento. Por otro lado, uno de sus componentes, la mortalidad infantil, se mantuvo prácticamente estable e incluso se incrementó en el quinquenio 1965-69 (34,6 por mil) debido al aumento de la mortalidad por

⁴ Esta reducción fue del 1,2 por ciento anual.

⁵ Reducción del 1,6 por ciento anual.

enfermedades infecciosas y parasitarias, y por diarrea. Finalmente en el período que se inicia en 1980 el nivel de la tasa se redujo a la tercera parte, registrándose una disminución anual promedio del 2,8 por ciento. Esta etapa está influida por la reducción sostenida de la mortalidad infantil, especialmente de la neonatal que decrece el 66 por ciento.

Con respecto a la mortalidad materna comenzó su tendencia decreciente a partir de la década de 1920, siendo importante su reducción a partir de 1950. El nivel de la mortalidad fetal decreció desde 1910, se redujo a la mitad en el quinquenio 1955-1959 y a una séptima parte en el quinquenio 1975-1979; a partir de allí se mantuvo relativamente estable. En la evolución de ambos indicadores habría incidido la atención brindada por las maternidades hospitalarias, que ofrecían no sólo asistencia médica sino también asistencia social complementaria en la atención de la madre y el recién nacido. Asimismo, como se verá en más detalle en el Capítulo 10, durante la década de 1930 se sancionaron las leyes que otorgan el derecho a licencia con goce de sueldo durante el embarazo y a la reducción de la jornada laboral para las madres de lactantes.

4.1.3. Su inserción en el contexto internacional.

Con el objeto de conocer la inserción de la mortalidad de la Ciudad en el contexto internacional, se comparó el nivel de la mortalidad infantil, componente principal de la primera infancia, con las cifras de la estadística internacional de los países europeos y latinoamericanos que registran una larga trayectoria en la publicación de sus estadísticas demográficas (Cuadro 4.3 del Anexo B). Si bien no es la comparación más adecuada⁶ se los seleccionó teniendo en cuenta la disponibilidad de datos.

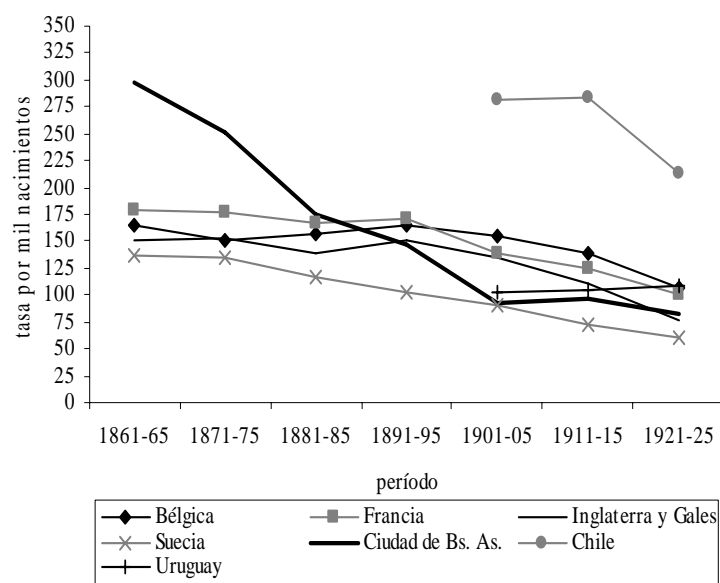
En el Gráfico 4.2 se observa que desde comienzos del siglo XX se produce un descenso sostenido de la mortalidad infantil en la mayoría de los países europeos. No obstante existen algunas excepciones de países con cronologías precursoras, de los cuales el caso más conocido es el de Suecia con un descenso sostenido de la mortalidad desde el siglo XVIII (Gómez Redondo, 1992).

⁶ La existencia de diferenciales urbano-rurales no hace aconsejable la comparación Ciudad – país.

Por su parte Buenos Aires inició el período analizado con valores que casi duplican los niveles de los países europeos seleccionados y a comienzos del siglo pasado casi se equipara con Suecia (país que registra los valores más bajos durante todo el período) y se encuentra por debajo de Bélgica, Francia y Gran Bretaña. Esta situación se revirtió a partir de 1960 (Gráfico 4.3) cuando Buenos Aires comenzó a registrar niveles superiores a los países europeos seleccionados.

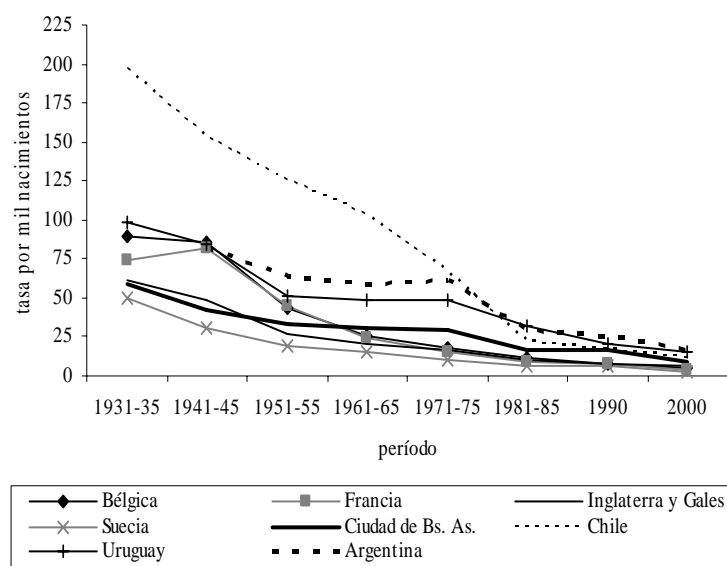
Un párrafo aparte merece la comparación con los países latinoamericanos seleccionados, los cuales presentan niveles de mortalidad distintos: Uruguay similares a los de la Ciudad y Chile hasta la década de 1990 muy superiores a ella. No obstante, el ritmo de descenso durante el siglo XX no fue tan diferente: Uruguay (-85 por ciento), Buenos Aires (-90 por ciento) y Chile (-96 por ciento).

Gráfico 4.2
Tasa de mortalidad infantil en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires.
Período 1861-1925.



Fuente: Cuadro 4.3 del Anexo B.

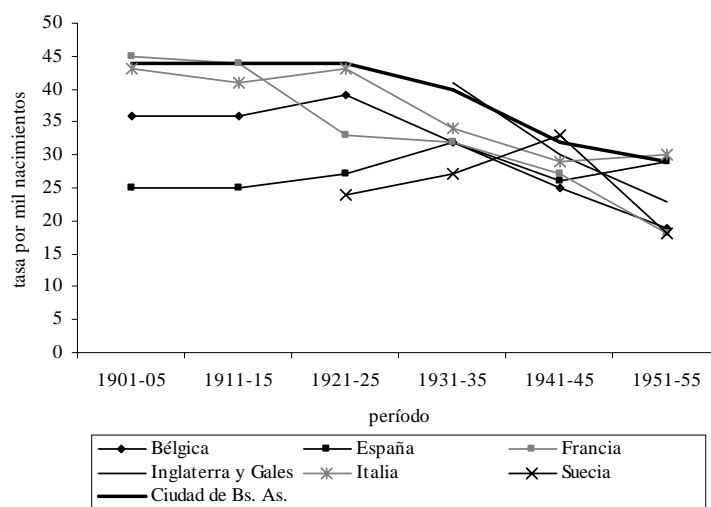
Gráfico 4.3
Tasa de mortalidad infantil en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires.
Período 1931-2000.



Fuente: Cuadro 4.3 del Anexo B.

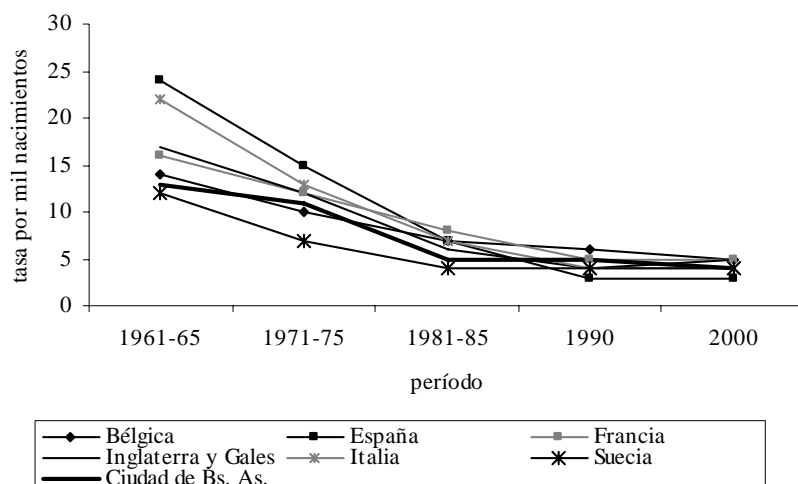
Con respecto a la mortalidad fetal, sin olvidar los problemas de registro que pueda haber y que influyen en la comparabilidad entre países, puede afirmarse que la Ciudad, si bien comenzó el siglo XX con niveles superiores que los países europeos, a partir de la década de 1960 (Gráfico 4.5) presenta niveles similares o inferiores a aquellos, momento que coincide con el comienzo del descenso sostenido que registra la mortalidad fetal en la Ciudad.

Gráfico 4.4
Tasa de mortalidad fetal en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires.
Período 1901-1955.



Fuente: Cuadro 4.3 del Anexo B.

Gráfico 4.5
Tasa de mortalidad fetal en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires.
Período 1961-2000.



Fuente: Cuadro 4.3 del Anexo B.

4.1.4. Incidencia de la estructura por edad en la determinación del nivel de la mortalidad.

Con el objeto de poder explicar la tendencia seguida por la mortalidad de la primera infancia, fue necesario examinar su composición por edad.

La mortalidad de la primera infancia se dividió en dos grupos de edad diferenciados: la mortalidad durante el primer año de vida (también llamada mortalidad infantil) y la que transcurre entre el primer año y los cuatro años cumplidos. A su vez, la mortalidad infantil abarca dos etapas: la neonatal que ocurre durante las primeras cuatro semanas y la postneonatal que se produce durante el resto del primer año de vida.

La mortalidad infantil según la etiología, queda desagregada en mortalidad exógena (enfermedades infecciosas, desnutrición o alimentación inadecuada y accidentes) y endógena (inmadurez del recién nacido, malformación y debilidad congénita y traumatismos del parto). Antes de abordar el análisis de los componentes de la mortalidad infantil conviene recordar que existe relación entre la edad del fallecido y la etiología del fallecimiento, pues la mayoría de las muertes por causa endógena se producen en el período neonatal y casi la totalidad de los fallecimientos postneonatales se deben a causas exógenas. Esto se explica en relación con

la naturaleza de las causas de muerte, cuya gran mayoría después del primer mes de vida, están relacionadas con el medio ambiente en el que se desarrolla el niño y cuyo control se logró con los avances de la sanidad y la medicina. En cambio, una parte considerable de las causas de muerte en el primer mes de vida tienen un origen endógeno y son debidas a factores congénitos durante la vida intrauterina y otros asociados al parto. Sobre éstas los progresos fueron más lentos y su reducción requirió mayores esfuerzos.

Cuando se analiza la evolución de la mortalidad de la primera infancia distinguiendo los grupos etarios que la componen, como puede observarse en los valores consignados en el Cuadro 4.1 del Anexo B, se detectan claramente tres períodos.

El primero transcurre entre mediados del siglo XIX y comienzos del XX (1860-1904). En el mismo se registró un descenso importante de la mortalidad neonatal: la tasa que era 153,8 por mil en el período 1860-1864 se reduce a una sexta parte en el quinquenio 1900-04 (24,1 por mil). Probablemente haya incidido en esta reducción el hecho de que a partir de la década de 1880 los hospitales que eran centros de aislamiento, fueron convirtiéndose en verdaderos centros asistenciales, aumentando sus capacidades y sofisticando su equipamiento (Mazzeo, 1993).

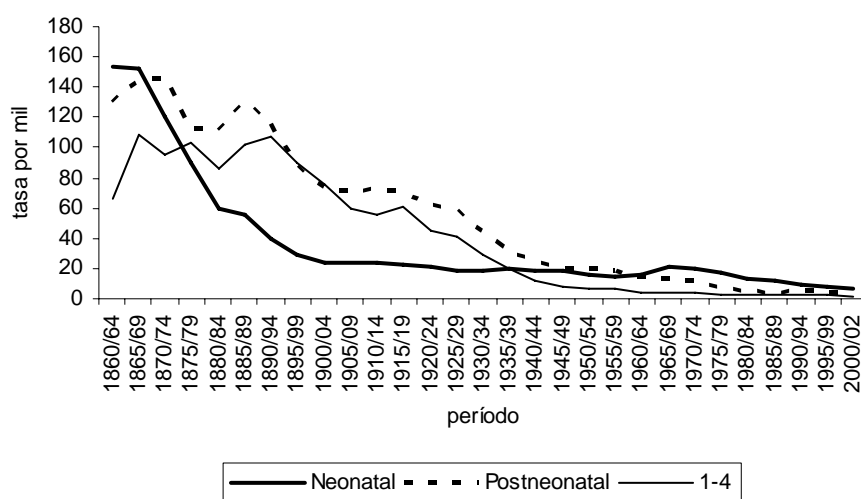
La mortalidad postneonatal durante este período se caracterizó por presentar oscilaciones en su nivel, con valores extremos del orden del 146,2 por mil y 72,5 por mil, pero con una tendencia claramente decreciente a partir del quinquenio 1885-1889, en el cual la tasa decreció el 44 por ciento.

El segundo período se desarrolla entre 1905 y 1969 y en él la mortalidad infantil se redujo el 64 por ciento, pero presentando un comportamiento diferencial según el grupo de edad. El nivel de la mortalidad neonatal se presenta como una línea casi paralela a la abscisa (Gráfico 4.6). La reducción de la mortalidad neonatal en este período fue del 11 por ciento debido a un repunte importante en el quinquenio 1965-1969, ocasionado por el incremento de la mortalidad por causas perinatales o de la primera edad.

La mortalidad postneonatal registra una tendencia decreciente, con un ritmo más lento hasta el quinquenio 1925-29 (se redujo el 19%) y

más acelerado a partir de 1930; en el período 1930-1969 la tasa de mortalidad postneonatal decreció el 78 por ciento. A partir de la década de 1930 registraron una reducción sostenida las causas exógenas (infecciosas y parasitarias, diarrea y enteritis y respiratorias) que, como ya se señalara, influyen en la mortalidad postneonatal.

Gráfico 4.6
Mortalidad de la primera infancia según grupo de edad (tasas por mil nacimientos).
Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.



Fuente: Cuadro 4.1 del Anexo B.

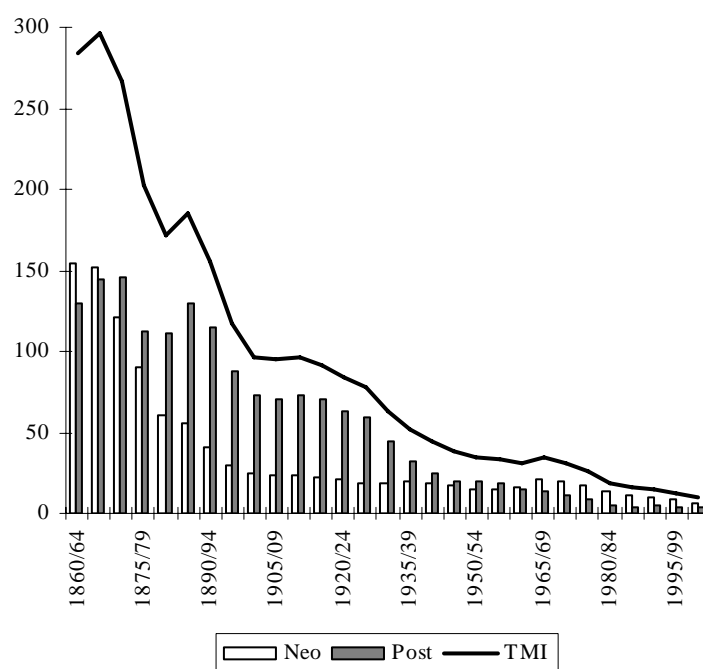
A partir de 1970 se registra un descenso continuo del nivel de la mortalidad neonatal que se redujo el 71 por ciento. La tasa de mortalidad postneonatal registra el descenso más importante del período en estudio reduciéndose el 76 por ciento: del 13,2 por mil en el quinquenio 1965-1969 desciende a 3,2 por mil en el trienio 2000-2002. Estas importantes disminuciones están relacionadas, como se verá en más detalle en el Capítulo 10, con la puesta en marcha, en 1968, del Servicio de Neonatología y la aplicación, a partir de 1973, de un programa destinado a la protección de la salud de la madre y el niño, mediante asistencia alimentaria, control de la salud, inmunizaciones, atención médica permanente y recuperación del niño desnutrido.

La mortalidad de 1 a 4 años, durante los tres períodos mencionados, tiene un comportamiento similar, aunque con menor nivel, que la postneonatal. En el primer período está influida por las epidemias que se registraron en la Ciudad, es fluctuante entre 1860 y 1894 y decreciente a

partir de 1895. En el segundo período se redujo el 94 por ciento; finalmente, a partir de 1970 su comportamiento es más estable.

A través del análisis de la estructura por edad de la mortalidad infantil en Buenos Aires puede comprobarse que a un mayor nivel de la tasa⁷ le corresponde una mayor participación de la mortalidad postneonatal y que, inversamente, al disminuir el nivel de la tasa adquiere importancia relativa la mortalidad neonatal.

Gráfico 4.7
Tasa de mortalidad infantil según grupos etarios.
Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.



Fuente: Cuadro 4.1 del Anexo B.

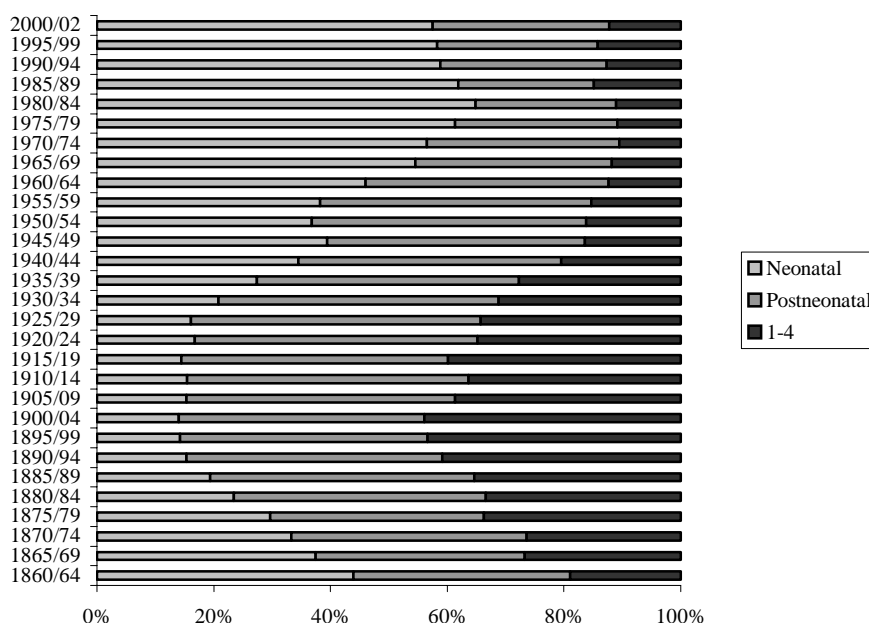
La mortalidad postneonatal tuvo una contribución mayoritaria entre 1870 y 1959, especialmente entre los años 1890 y 1929 donde registró participaciones que superaron el 75 por ciento. A partir del quinquenio 1960-64 comenzó a adquirir importancia la mortalidad neonatal, incrementando su participación entre los años 1960 y 2002, período en el cual el nivel de la mortalidad infantil se redujo el 72 por ciento.

Lo expuesto permite corroborar la hipótesis de que a un menor nivel de mortalidad infantil le corresponde una menor participación de muertes postneonatales.

⁷ Excepto en el período 1860-1869, probablemente por deficiencias en el registro o debido a causas relacionadas con la asepsia en los partos.

Con respecto a la mortalidad de 1 a 4 años, como se observa en el Gráfico 4.8, se registra un comportamiento similar a la postneonatal pero con menor participación.

Gráfico 4.8
Estructura por edad de la mortalidad de la primera infancia.
Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.



Fuente: Cuadro 4.5 del Anexo B.

Otra forma de analizar la evolución de la mortalidad es a través de la tabla de mortalidad, considerada la herramienta más completa para el análisis de la mortalidad de una población, porque anula el efecto de la estructura por edades de la misma.

Para describir el curso de la mortalidad total puede utilizarse como indicador la esperanza de vida al nacer, que resume lo ocurrido a lo largo de todas las edades pero presenta gran influencia del nivel de la mortalidad infantil. Para la mortalidad de la primera infancia se recurre a la esperanza de vida a los 4 años que analiza la incidencia de la mortalidad antes de alcanzar los 5.

El incremento de la esperanza de vida no fue constante a lo largo del período considerado (Cuadro 4.6 del Anexo B), incluso se registraron tres aumentos de la mortalidad, uno entre 1855 y 1869⁸ y dos de menor importancia: entre 1904 y 1909 y entre 1960 y 1970.

En relación con la primera disminución es importante destacar que en ese período hubo varias epidemias, especialmente de cólera y disentería, así como también una cantidad elevada de muertes por fiebre tifoidea. Además, es necesario tener en cuenta que las primeras tablas de mortalidad se construyeron a partir de información básica "muy pobre". Se utilizó la distribución por edad de las muertes correspondientes al año 1856 y se aplicó a los cadáveres enterrados en los cementerios de la Ciudad de 1855. Esto hace que se deba tomar con cautela el aumento del nivel de la mortalidad entre las tablas de mortalidad correspondientes a los años 1855 y 1869.

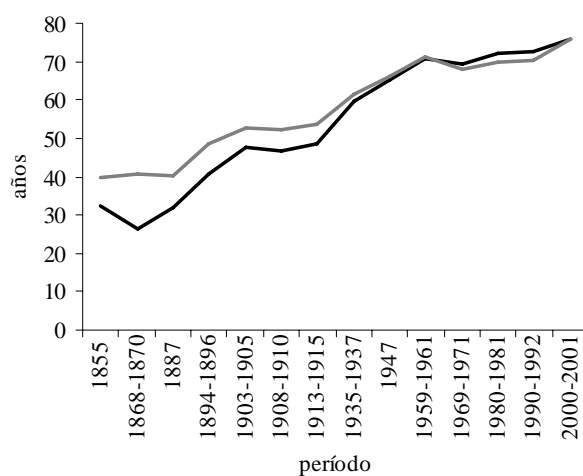
Con respecto a las otras dos disminuciones su interpretación es más compleja. En el primer caso no se pudo determinar fehacientemente si fue la expresión real de un aumento de la mortalidad, si bien es notorio el incremento entre 1906 y 1908 de las defunciones por enfermedades infectocontagiosas, especialmente por fiebre tifoidea, viruela, sarampión, difteria y crup. Entre 1960 y 1970 parecería ser el reflejo de un aumento real de la mortalidad, o al menos de un estancamiento en el descenso de la misma.

Por otro lado, el ritmo de crecimiento de los valores de la esperanza de vida al nacer y a la edad 4, como se observa en el Gráfico 4.9 no fue constante en el tiempo y además bastante diferente entre ellas.

Este hecho demuestra la incidencia que tuvo la mortalidad de la primera infancia de fines del siglo XIX y comienzos del XX en la estimación de la esperanza de vida al nacer y también indica que luego de pasado cierto umbral, alrededor del primer año de vida, era mayor la probabilidad de supervivencia de la población.

⁸ En el que la esperanza de vida al nacer disminuyó aproximadamente seis años.

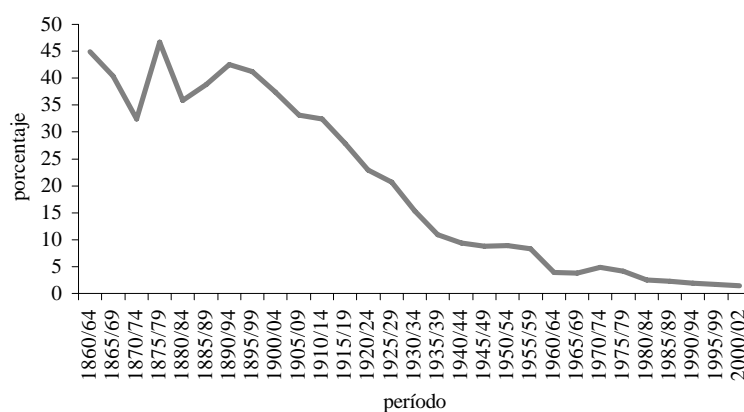
Gráfico 4.9
Esperanza de vida a las edades 0 y 4. Ambos sexos.
Ciudad de Buenos Aires, 1855-2001.



Fuente: Cuadro 4.6 del Anexo B.

Como puede observarse en el Gráfico 4.10, la participación de las defunciones de menores de cinco años en el total de defunciones fue muy importante durante el período 1856-1934, superando en algunos quinquenios del siglo pasado el 30 por ciento de las mismas (Cuadro 4.7 del Anexo B).

Gráfico 4.10
Proporción de muertes de 0-4 años en el total de defunciones.
Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.



Fuente: Cuadro 4.7 del Anexo B.

4.2. La transición demográfica y la transición epidemiológica⁹.

La revolución industrial y la transformación social y cultural que la acompañó, modificaron radicalmente las condiciones del crecimiento de la población. Los progresos de la medicina y la higiene, pero también el desarrollo económico y el mejoramiento de la alimentación, provocaron una baja profunda y durable de la mortalidad, mientras que la generalización en la esfera de la vida familiar de la acción electiva, a través de la reducción y planificación de los nacimientos, ocasionaron lo mismo en la fecundidad (Vallin, 1991). Según el modelo teórico de la “transición demográfica”, la sociedad tradicional se caracterizaba por la llamada “alta potencialidad demográfica” es decir alta natalidad y mortalidad; hubo luego una fase de transición en la que disminuyó primero la mortalidad y luego, con un retraso variable según el país, comenzó a reducirse la natalidad; por último, ésta tendió a estabilizarse mientras que la mortalidad decreció aunque con un ritmo menor. Esta última fase fue denominada de “baja potencialidad demográfica”.

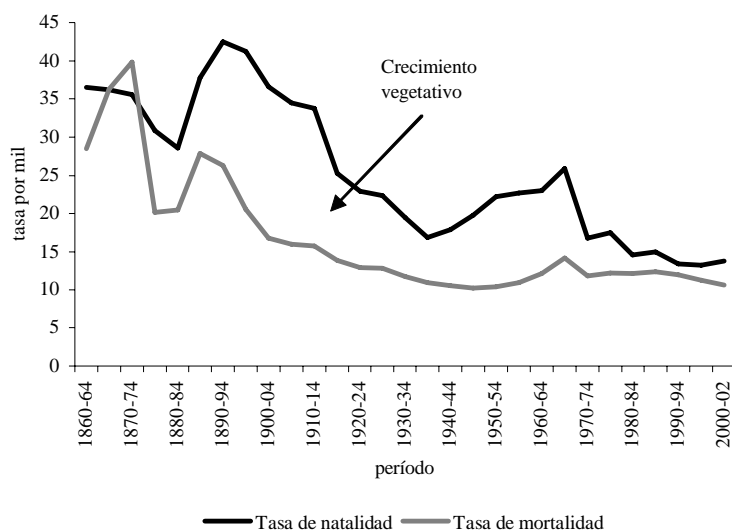
De acuerdo con este modelo, Buenos Aires se ubica en su fase pre-transicional en el período que va desde mediados hasta fines de la década de 1880. Se caracteriza por una tendencia decreciente y luego creciente de la tasa bruta de natalidad entre 1860 y 1880 (Gráfico 4.11), con oscilaciones en la tasa bruta de mortalidad, fuertemente influida por las numerosas epidemias que se registraron en ese período¹⁰. En ese momento la Ciudad tenía un alto potencial de crecimiento futuro¹¹.

⁹ Es la transición en las causas de muerte de la población, pasando de las enfermedades infecciosas y agudas como causa principal, a enfermedades crónicas y degenerativas.

¹⁰ Las defunciones registradas en la Ciudad por epidemias en el período 1858-1869: 3.975, entre 1871 y 1890: 33.389 (por la fiebre amarilla de 1871 13.164 muertes) y finalmente entre 1891 y 1915: 8.623.

¹¹ Según los datos del Censo de 1887 la población de la Ciudad era inferior al medio millón de personas y el promedio anual de nacimientos en el quinquenio 1880-1884 fue de diez mil nacimientos.

Gráfico 4.11
Proceso de transición demográfica en la Ciudad de Buenos Aires.
Período 1860-2002.



Fuente: Mazzeo, 2003, Gráfico 1.

A partir de 1890 el balance entre nacimientos y defunciones fue holgadamente positivo. La mortalidad descendió antes y más rápidamente que la natalidad, lo que hizo que fuera el período de mayor crecimiento vegetativo de la Ciudad¹². Ese alto crecimiento “actual” es el reflejo del inicio del proceso “transicional” que se desarrolló hasta el comienzo de la década de 1960, momento a partir del cual el crecimiento vegetativo de la población empieza una tendencia decreciente. El potencial de crecimiento futuro de la población “es bajo” porque son escasas las posibilidades de una reversión de las tendencias observadas en la natalidad y la mortalidad. Puede afirmarse que la tercera etapa, completada la transición, se inició a partir de la década de 1960 (Mazzeo, 2003).

El descenso sostenido de la mortalidad indudablemente está relacionado con la evolución de la estructura de las causas de muerte. A comienzos de la década de 1970, Omran introduce el concepto de transición epidemiológica para caracterizar la evolución de la estructura por causas de la mortalidad en el mundo. Para Omran, el principal motor de la transición

¹² Los cambios en este proceso no pueden ser entendidos sin incluir en el análisis la inmigración de ultramar. Su intensidad y volumen fue tal, que podría hablarse de una renovación sustancial de la población de la Ciudad. Los inmigrantes representaron en 1895 el 52 por ciento de la población, con posterioridad su participación se reduce hasta llegar a representar el 23 por ciento en 1960. Esta inmigración tuvo sus efectos en la nupcialidad y en la natalidad de la Ciudad de fines del Siglo XIX y comienzos del Siglo XX.

epidemiológica fue el descenso de la mortalidad infecciosa, pasando de la época de “las epidemias y del hambre” a la época de “las enfermedades degenerativas y de la sociedad”. Según Meslé (1995), en el mundo las ganancias debidas a la baja de la mortalidad infecciosa y respiratoria fueron importantes, principalmente en las primeras décadas del siglo XX y particularmente durante la década de 1950, gracias a la difusión de tratamientos con antibióticos. De esta manera desde 1960 la reducción de estas causas contribuyeron favorablemente al aumento de la esperanza de vida al nacer. Por otro lado, observa que la disminución de la mortalidad por causas infecciosas fue particularmente importante entre los niños. Los determinantes de ese descenso son múltiples y en el siglo XIX los progresos nutricionales sin duda fueron concluyentes. Su efecto fue reforzado por el mejoramiento de la higiene del medio ambiente y en general de las condiciones de vida, especialmente hacia fines del siglo XIX. Después de la II Guerra Mundial el descubrimiento de los antibióticos y la generalización de las vacunas habrían acelerado el proceso.

Por lo tanto, para una mejor comprensión del proceso de la transición epidemiológica en la mortalidad de la niñez de la Ciudad, se consideró imprescindible efectuar el análisis de la evolución de la mortalidad por causas.

4.2.1. Selección de las principales causas que determinan el nivel de la mortalidad.

A los efectos de observar el proceso de transición epidemiológica se consideraron cinco grupos de causas, tres de los cuales tienen origen exógeno y los otros dos de origen endógeno. Las enfermedades que se incluyeron en cada uno de los grupos, se especifican en el Cuadro 4.2.

Con el objeto de proporcionar, para el período 1890-2002, el detalle analítico de las causas de muerte incluidas en cada uno de los grupos, en el Anexo E se presenta, según período de referencia, el listado de las consideradas para cada uno de ellos.

Cuadro 4.2
Clasificación de las causas de muerte según grupo y origen.

Origen exógeno ¹³	Origen endógeno
I Infecciosas y parasitarias cólera infantil, coqueluche, crup, difteria, escarlatina, fiebre tifoidea, influenza, sarampión, erisipela, tétanos, tuberculosis y viruela.	IV Malformaciones congénitas Hidrocefalia, espina bífida, vicio orgánico al corazón y otras malformaciones congénitas.
II Diarrea y enteritis diarrea y enteritis	V Primera edad (perinatales) complicaciones del embarazo, trabajo de parto y del parto, trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el crecimiento fetal lento, etc.
III Respiratorias bronconeumonía, bronquitis, neumonía, otras enf. respiratorias	

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

4.2.2. La tendencia de la mortalidad según causa de muerte

Existen evidencias de una clara relación entre el nivel de la mortalidad infantil y el de las distintas causas de muerte, en particular las denominadas endógenas y exógenas (Behm Rosas, 1985). Se observó que cuando la mortalidad es elevada las exógenas registran una mayor participación y que al decrecer ésta disminuye la mortalidad, lo que permite afirmar que el descenso de la mortalidad obedeció principalmente a la reducción de las muertes de origen exógeno.

Esto respondió al control de los factores del ambiente y también de la inmunización masiva de la población y uso de nuevas drogas. De este modo, la estructura de la mortalidad por causas de muerte se modifica y cobran progresiva importancia otros grupos de causas, entre ellas, las de origen endógeno o sea las malformaciones congénitas y las originadas en el período perinatal (Behm Rosas, 1985).

Estas evidencias se comprobaron en Buenos Aires al analizar el comportamiento de la mortalidad según causas de muerte y grupo de edad.

¹³ Es necesario tener en cuenta la interacción existente entre las enfermedades de origen exógeno. La debilidad que generaba en el niño tener diarrea lo exponía a contraer enfermedades infectocontagiosas o respiratorias.

Infecciosas y parasitarias

En la Ciudad entre fines del siglo XIX y principios del XX se operó un acelerado proceso de urbanización caracterizado por una gran concentración de población y escasa infraestructura sanitaria, provocando un desequilibrio entre población e infraestructura urbana y deteriorando de esta manera las condiciones epidemiológicas de la población. Esta “penalización urbana” (Reher, 2004) habría provocado un incremento de la mortalidad. Es así que las enfermedades infectocontagiosas formaron parte de la Ciudad desde época temprana. Junto con las epidemias existían también enfermedades endémicas como la fiebre tifoidea, la viruela, la difteria y crup, que también resultaban mortales. Los médicos de la época, si bien hacían hincapié en los factores atmosféricos, centraban su discurso en las condiciones higiénicas y en el contagio; a esto se sumaba el escaso conocimiento etiológico de las enfermedades y las resistencias de los enfermos al aislamiento ya que preferían permanecer en sus domicilios. A fines de la década de 1880 “el 95 por ciento de los habitantes con enfermedades infectocontagiosas era asistido en sus hogares, aunque no siempre estaba garantizada su atención” (Alvarez, 2004:20).

Las enfermedades infectocontagiosas fueron vistas como males originados por la urbanización, producto del hacinamiento y la falta de saneamiento ambiental. El plan de salubridad destinado a dar una solución integral (en cuanto a fuente, tratamiento y red de distribución) al problema de la provisión de agua potable fue puesto en marcha en 1871; unos años más tarde, en 1880, comenzaron las obras cloacales. A comienzos del siglo XX el 61,4 por ciento de las casas tenía agua corriente y sólo el 36,2 por ciento sistema cloacal, pero “la despereja distribución de este servicio dentro de la Ciudad provocó que algunas enfermedades, como la fiebre tifoidea fueran endémicamente localizadas, de tal manera que en los suburbios de la Ciudad la fiebre tifoidea reinaba endémicamente” (Alvarez, 2004:30). Entre 1914 y 1924 la Ciudad fue considerada, según la expresión de Besio Moreno, una “Ciudad saneada”; prácticamente hacia 1930 finalizaron las obras de infraestructura y equipamiento de la Ciudad (Mazzeo, 1993).

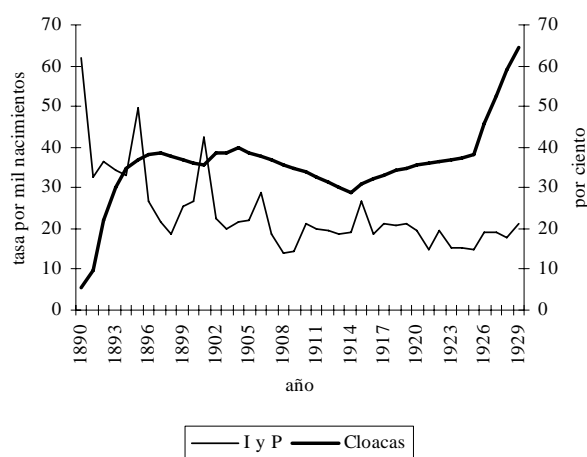
Otra de las medidas sanitarias adoptadas fue la vacunación. La vacunación antivariólica y la antitífica lograron controlar, hacia fines de la primera década del siglo XX, la mortalidad por viruela y fiebre tifoidea. El Congreso de la Nación sancionó en 1903 una ley sobre vacunación y revacunación obligatoria. A partir de allí, en 1907, el Dr. Penna, Director de la Asistencia Pública, reorganiza el servicio dividiendo a la Ciudad en ocho radios e instala en cada uno un dispensario de vacunas. El origen de la ley de vacunación fue un estudio presentado al Congreso de la Nación por Torcuato de Alvear en 1881 debido a las resistencias populares a la vacunación. En el caso de la viruela se había verificado que la enfermedad atacaba a la población nativa pues los inmigrantes habían sido vacunados en Europa. Alvear manifestó que no sólo era importante hacer obligatoria la ley sino hacerla práctica y que para lograr que las clases bajas se vacunaran era necesario practicarla a domicilio (Alvarez, 2004).

Las doctrinas de saneamiento urbano europeo modificaron viejas costumbres porteñas: en 1889 el municipio prohibió el trabajo de lavado de ropa en la costa y de esa manera desaparecieron las lavanderas en la ribera del Río de la Plata. También se incorporaron otras medidas sanitarias como la desinfección domiciliaria y la construcción de hornos para la incineración de las basuras.

Se consideró interesante analizar, entre fines del siglo XIX y fines de la década de 1920, la relación existente entre la evolución de la mortalidad de la primera infancia por enfermedades infecciosas y parasitarias y el saneamiento ambiental, cuando la Ciudad era considerada saneada (Gráficos 4.12 y 4.13). Los índices de correlación de Pearson (-0,50 con respecto a la proporción de casas con cloacas y al consumo diario de agua por mil habitantes) demuestran que el descenso de la mortalidad no se debió sólo a las obras de infraestructura urbana sino que también incidieron otras causas, entre ellas la mayor importancia que adquirió la práctica profesionalizada de la salud (campanas de vacunación, atención médica domiciliaria y procedimientos preventivos y terapéuticos).

Gráfico 4.12

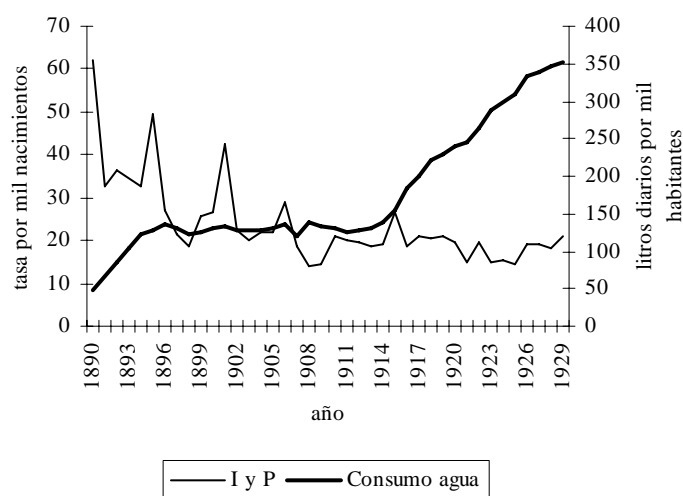
Tasas de mortalidad de la primera infancia por causas infecciosas y parasitarias y proporción de casas con cloacas en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1890-1929.



Fuente: Cuadro 4.8 del Anexo B y Mazzeo (1990, Cuadros 9 y 10 del Anexo D).

Gráfico 4.13

Tasas de mortalidad de la primera infancia por causas infecciosas y parasitarias y consumo diario de agua por mil habitantes en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1890-1929.



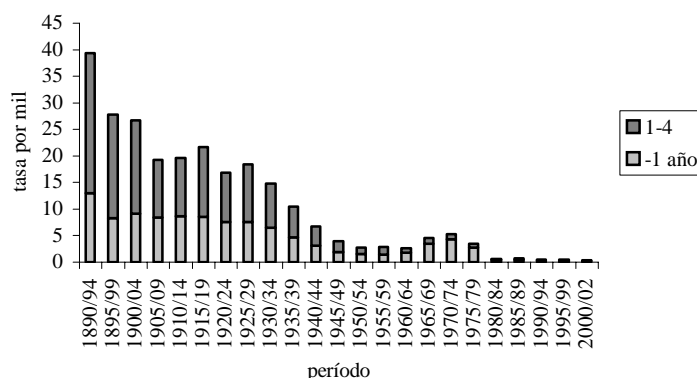
Fuente: Cuadro 4.8 del Anexo B y Mazzeo (1990, Cuadros 9 y 10 del Anexo D).

Con respecto a la evolución de la mortalidad de la primera infancia, los valores presentados en el Cuadro 4.8 del Anexo B, evidencian una notoria tendencia decreciente de la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. El nivel de la tasa no superó, a lo largo del período en estudio, el 40 por mil y la participación de estas muertes en el total de las defunciones de menores de cinco años (Cuadro 4.9 del Anexo B)

no llegó al 20 por ciento, ni aún en los períodos en que se registraron epidemias.

Al analizar la evolución de las tasas por grupo de edad se detecta que no existen diferencias en la tendencia decreciente de las mismas pero sí en su nivel. Mientras que en la mortalidad infantil el nivel de la tasa no supera el 13 por mil, en el caso de los niños de 1 a 4 años llega a 26 por mil. Asimismo se destaca que la participación de este grupo en las defunciones de menores de cinco años es mínima a partir del quinquenio 1980-1984.

Gráfico 4.14
Mortalidad por infecciosas y parasitarias según grupo de edad (tasa por mil).
Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.



Fuente: Cuadro 4.8 del Anexo B.

Diarrea y enteritis

Es evidente que el inicio del descenso de la mortalidad por diarrea y enteritis antecede a la terapéutica correspondiente. En efecto, la plasmoterapia y las sulfamidas comienzan a expandirse entre fines de la década de 1930 y principios de la década de 1940, mientras que el uso de los antibióticos se generaliza después de la Segunda Guerra Mundial. Recién en 1985 se implanta en el sistema hospitalario municipal el sistema de rehidratación oral para el tratamiento y control de la diarrea estival y se crean los Gabinetes de Rehidratación Oral Ambulatoria en algunos hospitales de la comuna.

Al ser las diarreas infantiles enfermedades transmisibles fundamentalmente por el agua y los alimentos, su reducción se asocia a

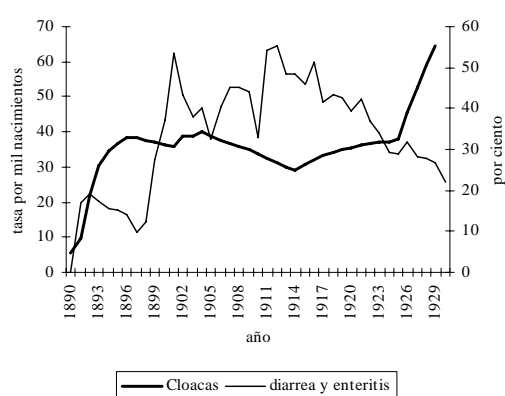
mejoras de la infraestructura urbana (saneamiento ambiental y provisión de agua corriente) así como a otras medidas tales como la higienización de los alimentos, en particular de la leche, y a mejoras en el desarrollo institucional preventivo de la salud pública que influyeron en una mejor educación de las madres sobre los cuidados higiénicos y la alimentación del niño.

Los pediatras de comienzos del siglo XX mencionaron reiteradamente los peligros provocados por la ignorancia de la madre en lo referente a cuidados, higiene y nutrición infantiles. Señalaban que la mayor parte de las diarreas estaban directamente relacionadas a problemas alimenticios, encontrándose con más frecuencia entre los niños parcial o completamente destetados, cuando comenzaban a ingerir otros alimentos distintos de la leche materna, lo que sucedía por lo general durante el primer semestre de vida (Birn et.al., 2005).

Con el objeto de analizar la importancia del mejoramiento de la infraestructura urbana entre fines del siglo XIX y fines de la década de 1920, al igual que para las causas infectocontagiosas, se comparó la relación entre la tasa de mortalidad de la primera infancia por diarreas y enteritis y el saneamiento ambiental (Gráficos 4.15 y 4.16).

Gráfico 4.15

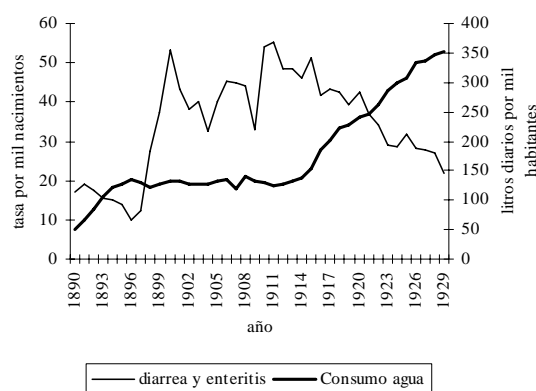
Tasas de mortalidad de la primera infancia por diarreas y enteritis y proporción de casas con cloacas en la Ciudad de Buenos Aires, 1890-1929.



Fuente: Cuadro 4.8 del Anexo B y Mazzeo (1990, Cuadros 9 y 10 del Anexo D).

Gráfico 4.16

Tasas de mortalidad de la primera infancia por diarrea y enteritis y consumo diario de agua por mil habitantes en la Ciudad de Buenos Aires, 1890-1929.



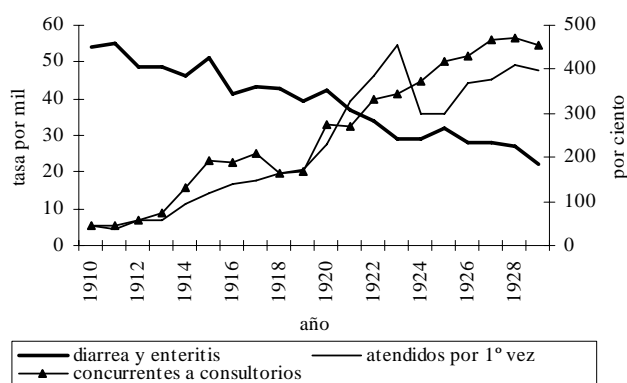
Fuente: Cuadro 4.8 del Anexo B y Mazzeo (1990, Cuadros 9 y 10 del Anexo D).

Los coeficientes de correlación de Pearson, para ambos indicadores (sistema cloacal y consumo de agua corriente), fueron muy bajos (-0,04), no obstante gráficamente se observa una correlación lineal especialmente después de 1911. Esto confirma la importancia de la práctica profesionalizada de la salud, especialmente la acción desarrollada por los dispensarios de lactantes, los institutos de puericultura y la inspección de nodrizas. Los dispensarios de lactantes fueron verdaderas “escuelas de madres”: allí se les inculcaba a las madres los principios de la importancia de la leche materna. Las leyendas gravadas en los consultorios decían: “La leche humana es irremplazable en el niño de pecho”, “La leche de la madre es el mejor alimento para el hijo” y “La leche de la madre debe pertenecer al hijo” (Oliva, 1917:84).

Por lo tanto se relacionó la tasa de mortalidad de la primera infancia por diarrea y enteritis con la atención en los consultorios de lactantes, medida a partir de la proporción de niños atendidos por primera vez y la de niños concurrentes a consultorios por cada cien nacimientos de la Ciudad (Gráfico 4.17). El coeficiente de correlación de Pearson, para el período del que se dispone información, dio una asociación alta en ambos casos (-0,94), lo que corrobora la importancia de la labor desarrollada por los dispensarios de lactantes.

Gráfico 4.17

Tasas de mortalidad de la primera infancia por diarreas y enteritis y proporción de niños atendidos por primera vez y concurrentes a consultorios de lactantes en la Ciudad de Buenos Aires, 1910-1929.

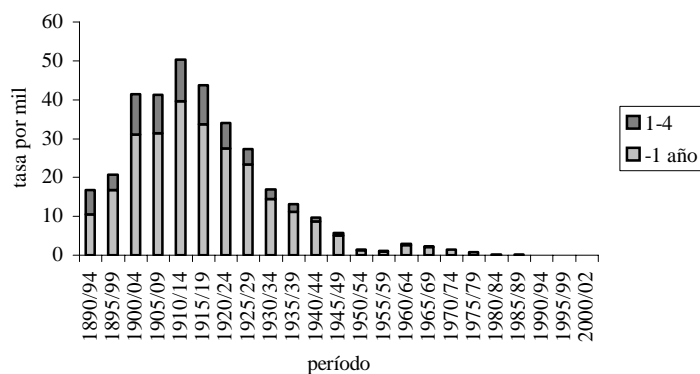


Fuente: Cuadro 4.8 del Anexo B y Mazzeo (1990, Cuadro 22).

La evolución de la mortalidad por diarrea y enteritis, como puede observarse en el Gráfico 4.18, presenta una tendencia creciente durante el siglo XIX que continúa hasta el quinquenio 1910-14, momento a partir del cual comienza una evidente pendiente negativa.

Gráfico 4.18

Mortalidad por diarrea y enteritis según grupo de edad (tasa por mil). Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.



Fuente: Cuadro 4.7 del Anexo B.

El notorio incremento en la década de 1910, probablemente fue ocasionado por las precarias condiciones en que se libró la leche al consumo público, como consecuencia de las inundaciones que tuvieron lugar en los años 1914 y 1915, de la sequía en 1916 y de la huelga ferroviaria en 1917 (Oliva, 1918).

Con respecto a esta última, el Dr. Emilio Coni (1917:586) escribió: "Debe tenerse presente que durante más de un mes -precisamente octubre- ha existido en la Capital una insuficiencia de leche, que siento no poder expresar por cifras por no tenerlas a mi disposición. En efecto, la leche alcanzó precios exorbitantes desconocidos en los anales de Buenos Aires. No es de extrañar que la población menesterosa haya llegado a carecer por algún tiempo de ese primordial alimento de la tierna infancia, cuando se piensa que en las clases acomodadas les costaba trabajo procurársela y, eso, a precios excesivos. Las madres pobres se habrán visto obligadas durante el tiempo de la huelga ferroviaria a sustituir la leche con diversos otros alimentos, que a no dudarlo han ejercido la perniciosa influencia evidenciada por las malas y elocuentes cifras de la estadística".

A fines de la década de 1910, en palabras del Dr. Oliva, en la Ciudad "hoy las cosas han cambiado, las madres poseen el caudal de conocimientos más indispensables para la custodia racional de sus hijos y lo que es más de alabar, la conciencia del rol que en su desarrollo y salubridad, tienen los errores que en sus regímenes dietéticos se comenten y las ventajas que existen por consiguiente, en confiar en los facultativos su prescripción. Las inspecciones domiciliarias que practican las médicas de la oficina de nodrizas y las inspectoras de los dispensarios de lactantes e institutos de puericultura de la Asistencia Pública, comprueban a cada instante lo que afirmo, pues a diario observan los referidos empleados edificantes ejemplos al respecto, no obstante tratarse de hogares humildes y apartados del centro del municipio" (Oliva, 1917:69). Una vez más, se destaca la importante labor de promoción y control de la salud desarrollada por el gobierno local.

En esa época, el 13 de diciembre de 1907, se aprueba la Ordenanza sobre la higienización de la leche, cuyo Art. 1º reglamentaba que desde el 1º de octubre sería obligatoria la higienización de la leche para el consumo en la Ciudad. Especificaba que se entendía por leche higienizada la que después de filtrada había sido pasteurizada o esterilizada. También establecía que los envases debían llevar, impreso y en lugar visible, el nombre de la fábrica donde se había higienizado la leche (Art. 4º). Pero la realidad era muy distinta: en la década de 1960 aún existían en la Ciudad

repartidores de leche que la distribuían en tarros, evidenciando carencia de higiene.

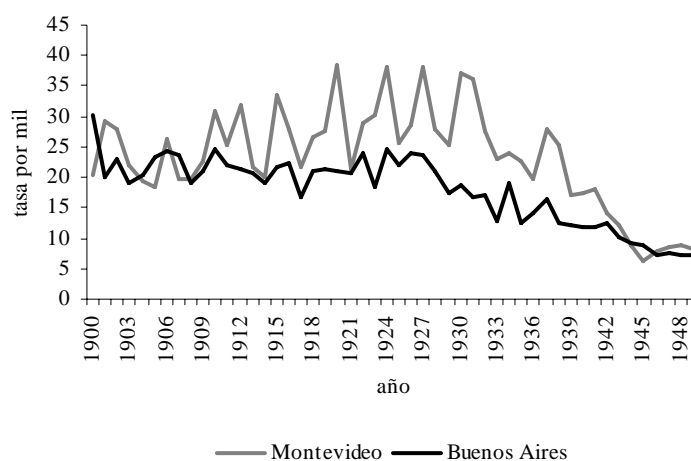
A partir de 1950 la mortalidad por diarreas registra niveles muy bajos, con un leve repunte en la década de los 60 para finalmente desaparecer en los 80.

Respiratorias

Las enfermedades respiratorias son de transmisión aeróbica y por lo tanto es posible vincular la mayor exposición al contagio con el incremento de la densidad poblacional, el hacinamiento y las malas condiciones en la vivienda. Una posible explicación del estancamiento e incluso el aumento de la mortalidad por enfermedades respiratorias, en las primeras décadas del siglo XX, se encuentra en el crecimiento poblacional. Las tasas de crecimiento media anual entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX estuvieron cercanas al 50 por mil y a partir de mediados de la década de 1930 la Ciudad presentó un crecimiento moderado, reduciéndose al 20 por mil en el período 1936-47.

Una situación similar, pero con niveles superiores a los de Buenos Aires, mostró Montevideo con una tendencia ascendente, con grandes oscilaciones de corto plazo, hasta principios de la década de 1930. Recién a partir de entonces presentó un comportamiento notoriamente descendente.

Gráfico 4.19
Mortalidad infantil por enfermedades respiratorias (tasa por mil).
Ciudad de Buenos Aires y Montevideo, 1900-1949.



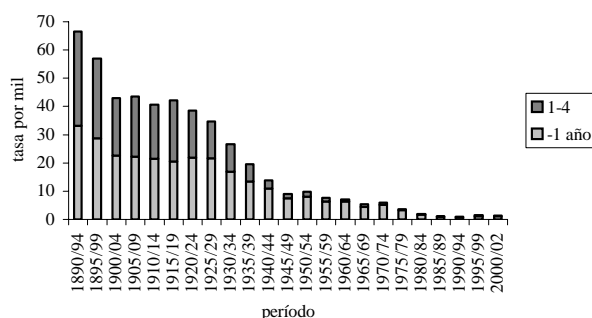
Fuente: Mazzeo y Pollero, 2005, Gráfico 5.

Los médicos de la época enfatizaron la preeminencia de las pésimas condiciones de vida de las clases populares como uno de los factores más relevantes para entender la elevada incidencia de la mortalidad por causas respiratorias. La deficiencia del estado nutricional fue otro de los aspectos señalados como factores agravantes. Según los contemporáneos, las medidas profilácticas eran rudimentarias, las únicas armas con que contaban para impedir que los procesos infecciosos culminaran en estados pulmonares graves eran: el cuidado en la higiene, la protección contra el frío, la buena habitación y la alimentación sana. La evaluación de la literatura médica de la época permite concluir que “la mortalidad por bronconeumonía en los niños y lactantes fue el gran catalizador de procesos de origen infeccioso de diversa índole. A este respecto cabe destacar por un lado la interacción entre las bronconeumonías y las diarreas y por otro, su asociación con enfermedades endemo-epidémicas, particularmente la tos convulsa y el sarampión” (Birn et.al., 2005:149).

Al relacionar la tasa de mortalidad de la primera infancia por causas respiratorias con los indicadores de atención de los consultorios de lactantes se observaron relaciones no muy contundentes. El coeficiente de correlación de Pearson, según su asociación con cada indicador, resultó: proporción de atendidos por primera vez (-0,44) y proporción de concurrentes (-0,39).

Por otro lado, cabe destacar que este es el grupo que registró valores más altos hasta fines de la década de 1930, tanto para la mortalidad de los menores de un año como de los niños de 1 a 4 años (Gráfico 4.20), no existiendo diferencias notorias entre sus niveles. Su tendencia decreció desde mediados del siglo pasado con un leve repunte a fines de la década de 1990. El impulso que tuvo la medicina preventiva en la Ciudad a partir de 1930 y la consolidación de la asistencia social como complemento de la asistencia médica, explican en parte la reducción de la mortalidad de los niños debida a enfermedades respiratorias.

Gráfico 4.20
Mortalidad por enfermedades respiratorias según grupo de edad (tasa por mil).
Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.

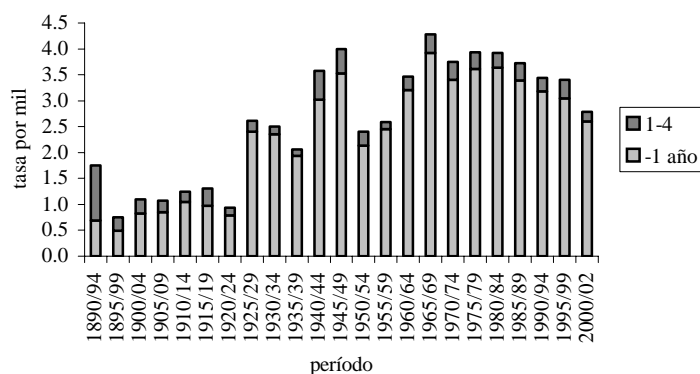


Fuente: Cuadro 4.8 del Anexo B.

Malformaciones congénitas

La mortalidad causada por malformaciones congénitas durante el siglo XIX registró valores que no superaron el 1,7 por mil. Durante el siglo pasado su tendencia se mantuvo estable hasta llegar al quinquenio 1925-29, momento en que comienza una tendencia creciente, siendo el quinquenio 1965-1969 el que registra su mayor nivel (4,3 por mil). Este hecho indicaría la existencia de una mejor calidad en la certificación de la causa de muerte, o de una mejor codificación de la misma, que a su vez se relaciona con el mayor detalle de las causas incluidas, en esta categoría, en las clasificaciones internacionales de enfermedades utilizadas a partir de 1930.

Gráfico 4.21
Mortalidad por malformaciones congénitas según grupo de edad (tasa por mil).
Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.



Fuente: Cuadro 4.8 del Anexo B.

Primera edad (perinatales)

Este grupo abarca las afecciones que tienen su origen en el período perinatal aún cuando la muerte ocurra más tarde. Se incluyen las causas relacionadas con las enfermedades de la madre, con las complicaciones originadas en el parto o complicaciones maternas del embarazo que afectan al feto o recién nacido, así como también las relacionadas con la duración de la gestación y el crecimiento fetal, traumatismos del nacimiento, afecciones respiratorias, infecciones propias del período perinatal y otros trastornos perinatales (endocrinos y metabólicos, hematológicos, y del aparato digestivo).

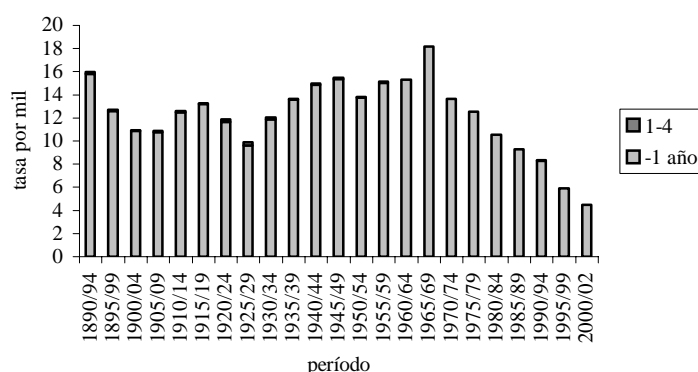
Si bien se considera, que para el análisis de la importancia de las causas de muerte en la determinación del nivel de la mortalidad no es adecuado utilizar un grupo tan amplio, fue necesario hacerlo para analizar la evolución histórica debido a que durante varios años la información se publicaba agregada a nivel de capítulo.

Durante el siglo XIX y hasta los inicios del siglo pasado la tasa de mortalidad de este grupo registra una tendencia claramente decreciente. En el siglo pasado registra variaciones cíclicas (Gráfico 4.22) con ondas de aproximadamente treinta años de amplitud, pero que presentan cada vez niveles más altos, hasta llegar a la década de 1970 donde se inicia una clara tendencia decreciente. Este hecho indicaría, al igual que en el caso de la mortalidad por anomalías congénitas, una mejor calidad de la certificación o codificación de la causa de muerte. También se relaciona con el incremento sostenido que experimentó la participación de los nacimientos ocurridos en las maternidades hospitalarias que representaron más del 70 por ciento a comienzos de la década de 1960 y, como ya se señalara, con la aparición, a fines de la misma década, del Servicio de Neonatología y a comienzos de los setenta del programa de protección de la madre y el niño.

Este tipo de causas, debido a su etiología (relacionada a las complicaciones del embarazo, trabajo de parto y en el parto), tienen una mayor participación en las muertes de menores de 1 año, llegando a representar desde mediados del siglo pasado, debido a la caída relativa de la mortalidad postneonatal, entre el 40 y el 60 por ciento del total de la

mortalidad infantil. Lógicamente, entre los niños de 1 a 4 años su importancia es ínfima, cercana al 1 por ciento de las muertes.

Gráfico 4.22
Mortalidad por causas perinatales según grupo de edad (tasa por mil).
Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.



Fuente: Cuadro 4.8 del Anexo B.

La variación de la participación de este grupo a lo largo del período analizado muestra, igual que para las malformaciones congénitas, un importante incremento especialmente a partir de la década de 1930 (Cuadro 4.9 del Anexo B). Este hecho confirma la relación existente entre el descenso del nivel de la mortalidad y la mayor participación de muertes por causas de carácter endógeno.

Cuadro 4.3
Estructura de la mortalidad de la primera infancia según causas seleccionadas.
Ciudad de Buenos Aires, 1890/2002.

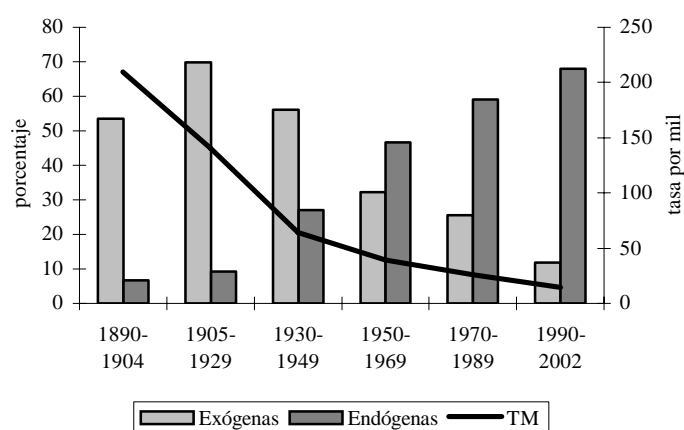
Causa	1890-04	1905-29	1930-49	1950-69	1970-89	1990-02
Tasa de mortalidad (por mil)	209.5	140.8	64.0	39.4	26.2	14.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total causas seleccionadas	60.3	79.2	83.2	78.8	84.6	79.7
Subtotal exógenas	53.6	69.9	56.2	32.2	25.6	11.8
Infecciosas y parasitarias	14.6	13.6	13.4	7.9	10.2	2.8
Diarrea y enteritis	13.1	28.0	17.0	4.6	2.8	0.4
Respiratorias	25.9	28.3	25.8	19.7	12.6	8.6
Subtotal endógenas	6.7	9.3	27.0	46.6	59.0	67.9
Malformaciones congénitas	0.5	1.0	4.9	7.7	14.6	22.8
Primera edad (perinatales)	6.2	8.3	22.1	38.9	44.4	45.1
Resto de causas	39.7	20.8	16.8	21.2	15.4	20.3

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Asimismo, a través del análisis de los valores consignados en el Cuadro 4.3, se observa que hasta principios del siglo pasado los cinco grupos de causas seleccionados representaron el 60 por ciento de las muertes de menores de cinco años, mientras que a partir de 1905 se encontraron cercanos al 80 por ciento de los casos. Es notoria la modificación de la estructura de causas de la mortalidad a partir de 1930 y especialmente después de 1950. Resulta evidente la reducción de la proporción de muertes por causas de origen exógeno (infecciosas y parasitarias, diarrea y enteritis y respiratorias) y la importancia progresiva que cobran las muertes por causas de origen endógeno (anomalías congénitas y perinatales), llegando a representar estas últimas el 68 por ciento de las muertes de menores de un año en el período 1990-2002. Estos valores comprueban que el descenso general de la mortalidad de la niñez obedeció principalmente a la reducción de las muertes de origen exógeno. En la categoría “resto de causas”, que se mantuvo desde comienzos del siglo pasado en valores cercanos al 20 por ciento, se encuentran, entre otras, las muertes debidas a accidentes, afecciones cardíacas, renales y tumores.

Gráfico 4.23

Tasa de mortalidad de la primera infancia y estructura según causas seleccionadas. Ciudad de Buenos Aires, 1890/2002.



Fuente: Cuadro 4.2.

En síntesis, el nivel de la mortalidad de la primera infancia de la Ciudad, al igual que el resto de los países analizados en un período de más de cien años, se redujo el 97 por ciento (excepto Uruguay que lo hace en un 85

por ciento). A comienzos del período fue mayor al 300 por mil, un siglo después era de 35 por mil y casi cuarenta años más tarde está por debajo del 11 por mil.

El análisis de la estructura por edad demostró que a una mayor tasa de mortalidad le correspondió una mayor participación de muertes postneonatales y de 1 a 4 años, y que a un menor nivel le correspondió una mayor participación de muertes neonatales.

Los cambios experimentados por la estructura de las causas de muerte que acompañaron el descenso de la mortalidad evidenciaron, a partir de la década de 1950, la reducción de la proporción de muertes de origen exógeno y la importancia progresiva que cobraron las muertes por causas de origen endógeno, que llegaron a representar el 68 por ciento de las muertes en el período 1990-2002. Este hecho permite concluir que el descenso de la mortalidad de la niñez obedeció principalmente a la reducción de las muertes exógenas, en especial las debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias y a diarrea y enteritis.

En el convencimiento de que el comportamiento de la mortalidad es parte integrante de un proceso social más complejo y que es justamente el proceso histórico concreto de la sociedad el que da significación a la mortalidad en ella inserta, el análisis del marco sociopolítico así como de las políticas y programas (que se profundizan en la segunda parte y en el Anexo G), permitieron identificar algunos factores explicativos que se consideraron relacionados con la tendencia de la mortalidad materno-infantil. En este sentido, es fundamental que los responsables de las políticas de salud comprendan el proceso social que se está desarrollando, ya que de esta manera podrán comprender y analizar críticamente los medios más adecuados para que los programas y acciones sean más efectivos.

5. La desigualdad social en la última década.

El propósito de este capítulo es caracterizar la desigualdad social de la Ciudad durante la última década, a través de la evolución de la conformación y dinámica del mercado de trabajo, la distribución de ingresos, la incidencia de la pobreza y la cobertura de salud de la población. Se considera imprescindible el análisis de estas dimensiones de la desigualdad social para cumplir con el primero de los objetivos planteados¹.

5.1. Indicadores seleccionados².

Para el análisis del mercado de trabajo se utilizaron las tasas de actividad, empleo, subocupación horaria, ocupación demandante y desocupación. Para la distribución de ingresos se investigó la evolución del ingreso medio total individual y per cápita familiar según quintil de población y brecha de ingresos y la tendencia del producto bruto geográfico de la Ciudad. La incidencia de la pobreza y la indigencia se midieron a través de la proporción de personas y de hogares por debajo de ambas líneas.

La importancia de la primera infancia en la desigualdad social se investigó a partir de la pobreza medida por las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y no por el método de los ingresos debido a que el tamaño de la muestra de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) no permite la apertura según la división geográfica dentro de la Ciudad y a la escasa representatividad de la primera infancia en dicha muestra³. Se consideró, para los años 1991 y 2001⁴, el peso relativo de este grupo de edad en el total de población NBI y la importancia de la población NBI en este grupo etario. También para esos años se analizó la cobertura de salud de la población total y de la primera infancia, según condición de NBI, como aproximación a la temática de la atención entre los distintos sectores sociales.

¹ Determinar la relación entre la evolución de la salud infantil y de la desigualdad social en la Ciudad.

² Las definiciones se detallan en el Anexo C.

³ En el punto 3 del Anexo A se detallan los fundamentos.

⁴ Se seleccionaron estos años como representativos de lo ocurrido en la década de los 90 y del 2000 debido a que la fuente de información utilizada son los censos de población.

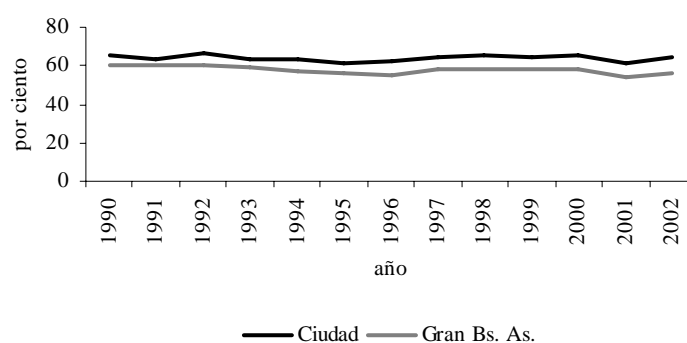
5.2. Cambios experimentados.

5.2.1. Mercado de trabajo.

La población de la Ciudad históricamente se caracterizó por presentar altos niveles de participación laboral. En la última década esta situación se mantuvo, registrándose un crecimiento del 14 por ciento en los niveles de actividad entre 1990 y 2002⁵, pasando del 45,6 por ciento al 52,0 por ciento.⁶

El crecimiento de la actividad laboral que se dio en este período, en los principales centros urbanos del país, incluyó un importante componente de desocupación y subempleo. La Ciudad no estuvo alejada de este proceso de deterioro general pero presentó niveles más elevados en el empleo y más bajos en la subutilización total o parcial de la población activa que el resto de los centros urbanos. Este mayor nivel de empleo y la menor desocupación se observan al comparar (Gráficos 5.1 y 5.2) las tasas específicas de empleo y desocupación del grupo 15-64 años de la Ciudad con las del Aglomerado Gran Buenos Aires⁷.

Gráfico 5.1
Tasa específica de empleo del grupo 15-64 años.
Ciudad de Buenos Aires y Aglomerado Gran Buenos Aires, Octubre 1990-October 2002.



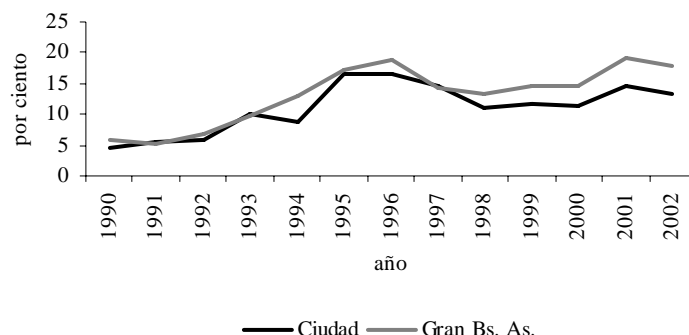
Fuente: elaboración sobre la base de INDEC-EPH y GCBA.

⁵ Cuadro 5.1 del Anexo B.

⁶ Si bien se observan dos puntos de inflexión en la tendencia creciente de la tasa de actividad, uno registrado en 1994 y otro en el 2001, coincidentes con dos crisis económicas importantes.

⁷ Este aglomerado es el único para el que existen las series completas para el período analizado.

Gráfico 5.2
Tasa específica de desocupación del grupo 15-64 años.
Ciudad de Buenos Aires y Aglomerado Gran Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.



Fuente: elaboración sobre la base de INDEC-EPH y GCBA.

En octubre de 2002 (según datos de la EPH – INDEC) la tasa de empleo para el total de los aglomerados fue de 35,3 por ciento mientras que en la Ciudad se elevó al 45,0 por ciento⁸. Por otra parte, el desempleo abierto en el total de aglomerados afectó a un 17,8 por ciento de los activos y en la Ciudad al 13,5 por ciento. En cuanto al subempleo visible o insuficiencia horaria en el total de los aglomerados alcanzó el 19,9 por ciento mientras que en la Ciudad fue del 14,2 por ciento.

Esta caracterización, que ubica a la fuerza de trabajo de la Ciudad en una mejor posición relativa que el resto de los habitantes de los aglomerados urbanos del país, no oculta la existencia de una problemática laboral. Más allá de las variaciones de estas tasas e indicadores, a lo largo de los noventa, y con el fin de señalar la tendencia negativa en la década, si se comparan los valores de la desocupación y la subocupación horaria, entre 1990 y 2002, se observa que la incidencia de la primera se triplica y la segunda se duplica⁹.

Como ya se señalara, a fines del período existían en la Ciudad niveles significativos de participación en la actividad: más de cinco de cada diez habitantes pertenecían a la población económicamente activa. Esta participación global contiene situaciones diferenciales si se observa el comportamiento por sexo.

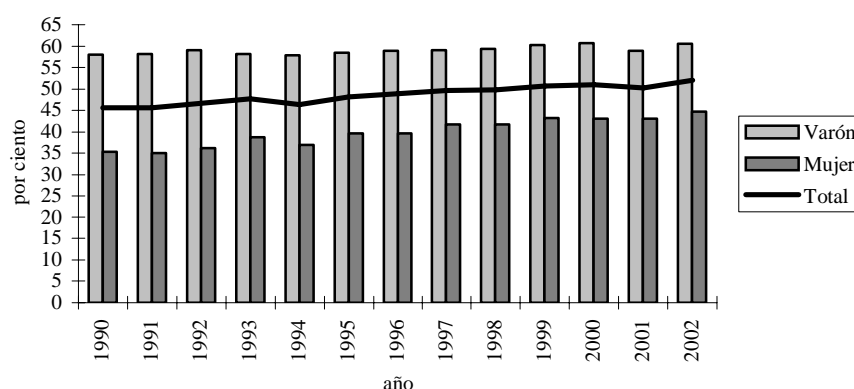
Como muestra el Gráfico 5.3 en ningún año la tasa de actividad de las mujeres supera a la de los varones, hecho que se relaciona con los roles socialmente instituidos como modelos para cada género. Los varones

⁸ Cuadro 5.2 del Anexo B.

⁹ Cuadro 5.3 del Anexo B.

participan en el mercado laboral con independencia de su ciclo vital, sujetos a su rol de proveedores económicos del hogar. Por el contrario, las mujeres tienen en general una participación discontinua asociada a los cambios en el ciclo vital, priorizando en muchos casos su rol en la reproducción biológica.

Gráfico 5.3
Tasas de actividad por sexo. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.



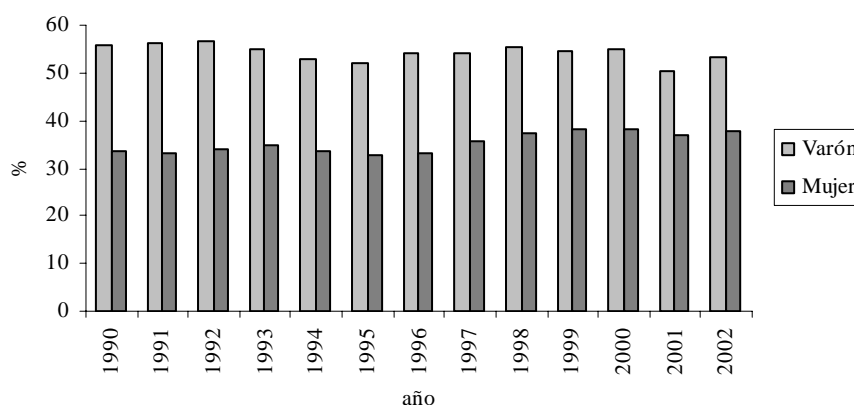
Fuente: Cuadro 5.1 del Anexo B.

No obstante, se destaca que el fuerte crecimiento registrado durante la década de 1990 se debió en gran parte al aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo. Las tasas de actividad de los varones se incrementaron el 4 por ciento entre octubre de 1990 y octubre de 2002, mientras que para las mujeres ese aumento es del 27 por ciento. El nivel de participación en octubre de 2002 fue de 60,5 por ciento para los varones y de 44,7 por ciento para las mujeres, mientras que en octubre de 1990 era de 58 y 35,3 por ciento respectivamente. Debido al aumento de la participación femenina se acortó la brecha entre ambos sexos en siete puntos porcentuales (pasando de 22,7 a 15,8 por ciento). La crisis económica que se instaló en la Argentina empujó a la mujer hacia el mercado laboral para aportar ingresos a los deteriorados presupuestos familiares. “En distintos sectores sociales las mujeres buscan incorporarse masivamente a la actividad remunerada y se la ve recorrer trayectorias laborales cada vez más duraderas y menos interrumpidas por circunstancias familiares, de modo semejante a las de sus cónyuges.” (Wainerman, 2005). Esta nueva situación trastoca las prácticas cotidianas que habían predominado hasta los años sesenta. Por otro lado, fue evidente el incremento de la jefatura femenina: en la Ciudad, entre los años

1991 y 2001, creció el 9 por ciento, especialmente en los hogares familiares¹⁰. Asimismo, se percibe una mayor demanda de mano de obra femenina por la reducción de costos, ya que a igual trabajo se les paga menor salario que a los varones.

También las tasas de empleo muestran una situación diferente por sexo; entre octubre de 1990 y octubre de 2002 los varones registraron una caída del empleo del 4 por ciento y las mujeres lo incrementaron el 3 por ciento, lo que mostraría un proceso de destrucción neta de empleos que afectó más a los varones. Existe también un cambio cultural reflejado en una creciente participación de la mujer en las actividades económicas.

Gráfico 5.4
Tasas de empleo por sexo. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.



Fuente: Cuadro 5.2 del Anexo B.

Al examinar la evolución registrada por estos dos indicadores entre octubre de 2001 y octubre de 2002 se advierte un aumento de la tasa de actividad (3,6 por ciento) acompañado por un incremento no menos relevante de la tasa de empleo (4,7 por ciento). El aumento simultáneo de los niveles de actividad y empleo, tras un período caracterizado por la evolución decreciente de los mismos, estaría dando cuenta de una expansión de las oportunidades de empleo expresadas tanto en la mayor participación económica como en la recuperación de los niveles ocupacionales.

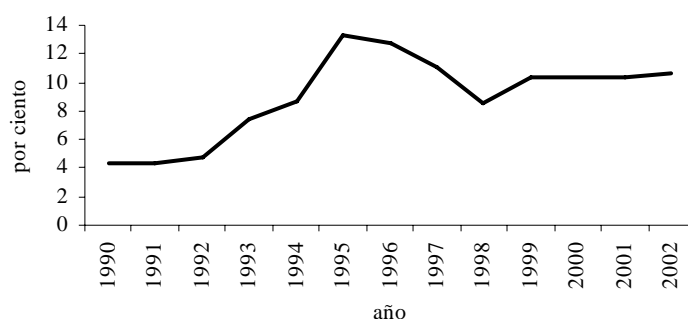
En correspondencia con esta situación puede apreciarse un fuerte incremento de la tasa de desocupación abierta (214 por ciento entre octubre

¹⁰ Para el año 2001 la participación de la jefatura femenina fue del 22 por ciento entre los hogares nucleares, 41 por ciento en los compuestos y 44 por ciento en los extendidos.

de 1990 y octubre de 2002), colocándose a fines del período al mismo nivel que el observado en 1995, cuando tuvieron lugar los niveles más altos de la desocupación en Argentina. Si bien el aumento en el último bienio fue tan brusco como entonces, el crecimiento del desempleo presenta una tendencia relativamente sostenida desde octubre de 1999 y una leve mejoría en octubre de 2002 (pasó de 14,3 por ciento a 13,5 por ciento). La política económica implementada en la década de los noventa, caracterizada por la apertura, la desregulación, la privatización y un sistema de cambio fijo que sobrevaluaba el peso, produjo una creciente desocupación, mayor precarización, caída de los ingresos y deterioro en su distribución.

La participación laboral según la posición que se ocupa en el hogar permite una aproximación a las estrategias laborales que implementan las unidades domésticas frente a las diversas situaciones socioeconómicas que impactan en su desarrollo familiar. En este sentido, se destaca la participación en la fuerza de trabajo de los jefes de hogar por la importancia asignada socialmente a su rol en el sostén económico de los mismos. Su desocupación da cuenta de la envergadura de la crisis laboral. Pierde el trabajo y queda afectado por la exclusión, un grupo de trabajadores que históricamente se había mantenido a salvo de los cambios generados por los modelos de acumulación, y que por las razones señaladas afecta al grupo familiar y a su dinámica.

Gráfico 5.5
Tasas de desocupación del jefe del hogar.
Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.



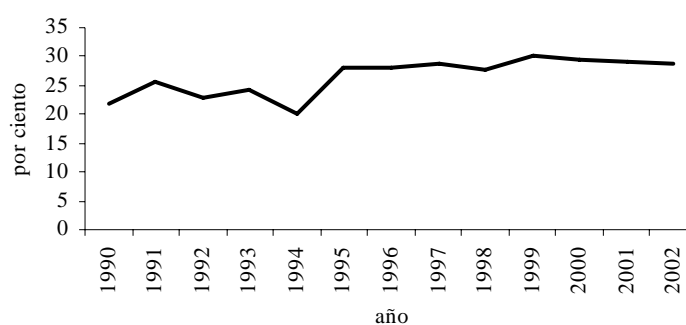
Fuente: elaboración sobre la base de INDEC-EPH y GCBA.

La participación de los jefes de hogar en el total de desocupados de la Ciudad describe una tendencia fluctuante durante el primer quinquenio de

la década pasada y a partir de 1997 registra un incremento sostenido, llegando a representar el 40 por ciento de los desocupados en octubre de 2002¹¹.

Otra de las características recientes de los cambios operados en el mercado de trabajo es el incremento de la precariedad laboral. La proporción de asalariados que no registra descuentos jubilatorios se elevó a mediados de la década de 1990 y, a partir de allí, se mantuvo estable en valores cercanos al 29 por ciento. Pese al aumento, la proporción de asalariados precarios de la Ciudad fue muy inferior al promedio nacional, que llegó en el 2002 a superar el 50 por ciento.

Gráfico 5.6
Proporción de asalariados sin descuentos jubilatorios.
Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.



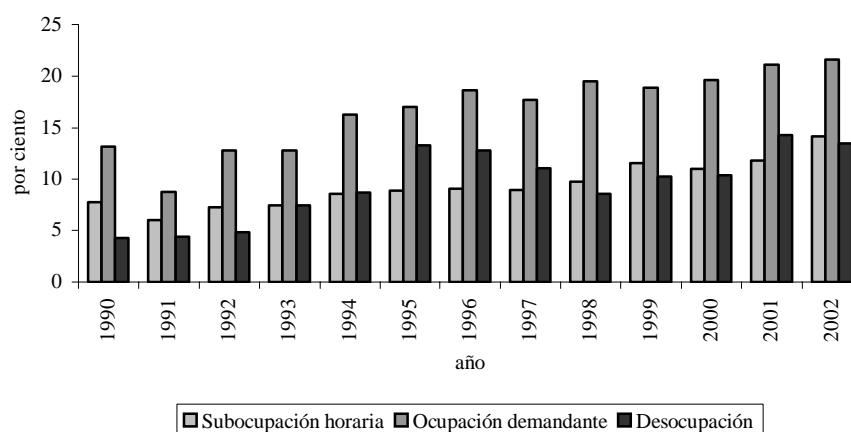
Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003a).

Considerando que la jornada de trabajo de los ocupados constituye un primer indicador para dar cuenta de la calidad del empleo, un aumento importante de la subocupación por insuficiencia horaria, como el observado en la Ciudad, implica que la jornada laboral típica pierde significación y deja de ser referente de la jornada de trabajo adecuada, tanto en horas como en ingresos. La evolución de la subocupación horaria verifica una tendencia similar a la de la desocupación abierta, aunque a un ritmo más lento que aquella hasta el 2001 (creció el 51 por ciento entre octubre de 1990 y octubre de 2002). El promedio de horas semanales trabajadas por la población ocupada se redujo el 4 por ciento entre los extremos del período analizado (en 1990 eran 44 horas y en 2002 fueron 42,2 horas).

¹¹ Cuadro 5.4 del Anexo B.

Otro indicador de la creciente vulnerabilidad que afecta a la fuerza de trabajo y da cuenta más acabadamente de la real presión sobre el mercado laboral, es la demanda de empleo. Los demandantes de empleo forman parte de la población económicamente activa cuando buscan porque no lo tienen, o porque aún teniendo lo quieren cambiar o agregar otra ocupación. Este indicador da cuenta de una realidad que cobra mayor fuerza a partir de octubre de 1998 y especialmente en la década del 2000. Para el último bienio analizado dos de cada diez activos se encontraban buscando trabajo pese a estar ya ocupados, pero trepa a tres y medio de cada diez activos si se tiene en cuenta la demanda total (ocupados demandantes más desocupados). La principal causa que explica este comportamiento es el descontento de los ocupados con sus condiciones de trabajo, los desocupados que buscaban inserción y los antiguos inactivos, que ante la crisis, demandaban un empleo para mejorar los ingresos familiares descendentes.

Gráfico 5.7
Tasas de subocupación horaria, ocupación demandante y desocupación..
Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.



Fuente: Cuadro 5.3 del Anexo B.

Se destaca que la presión sobre el mercado de trabajo se duplicó entre octubre de 1990 y octubre de 2002 (pasó de 17,5 a 35,1 por ciento).

En síntesis, el funcionamiento del mercado de trabajo de la Ciudad fue afectado por las políticas económicas aplicadas en nuestro país durante los noventa. Ellas generaron un fuerte impacto sobre las condiciones de vida de la población, especialmente la fuerza de trabajo que se vio afectada por la

pérdida de puestos estables, por el incremento de la desocupación, la subocupación horaria y la precariedad laboral y la disminución del promedio de horas semanales trabajadas.

5.2.2. La distribución de ingresos.

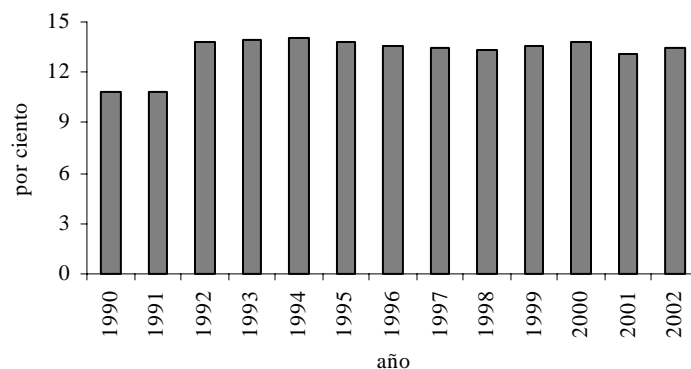
Los cambios experimentados en el mercado de trabajo tuvieron su correlato en la distribución de ingresos. Al analizar la situación de los ingresos de la población, a valores constantes de 2002¹², se observa una caída brusca del ingreso medio en el último bienio. En octubre de 2002 el promedio del ingreso total individual de la población de la Ciudad registró el mismo nivel que registraba en octubre de 1990 (\$ 904).

Teniendo en cuenta el ingreso medio según quintiles, el impacto fue mayor entre las personas de menores ingresos, no sólo porque la reducción porcentual fue más importante (22 por ciento) sino porque el nivel de ingresos de octubre de 2002 fue muy reducido (\$ 180). De esta manera, el 20 por ciento de la población con ingresos promedio más elevados (\$ 2429) concentraba más de la mitad del total de ingresos de la Ciudad; en el otro extremo de la distribución, el 20 por ciento con ingresos más bajos sólo recibía el 4 por ciento del ingreso total. La brecha se incrementó a partir de octubre de 1992 y permaneció más o menos estable desde 1997 en adelante. Los ingresos individuales totales promedio del quintil más alto en octubre de 2002 contienen casi 14 veces a los del quintil más bajo mientras que en octubre de 1990 lo hacía en 11 veces. Es decir, la brecha de ingresos en el ingreso medio de las personas se incrementó (Gráfico 5.8).

Si se compara la brecha de ingresos de la Ciudad con la del total de los aglomerados urbanos del país, para el período en que es factible la comparación, se observa que la brecha de la Ciudad, en general, superó al promedio urbano del país (Gráfico 5.9). Es decir, en la Ciudad, entre octubre de 1996 y octubre de 2002, hubo mayor desigualdad en la distribución de los ingresos.

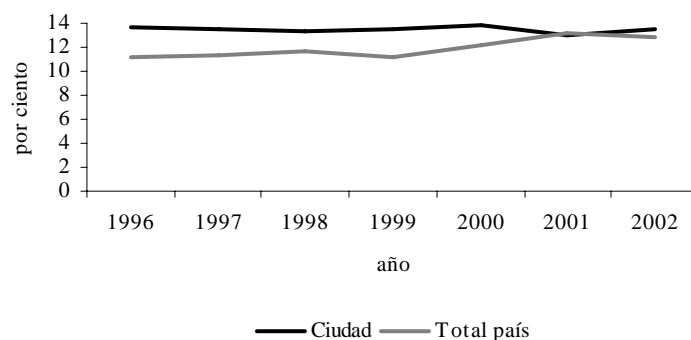
¹² Cuadro 5.5 del Anexo B.

Gráfico 5.8
Brecha de ingresos en el ingreso medio total individual.
Ciudad de Buenos Aires, octubre 1990 – octubre 2002.



Fuente: Cuadro 5.5 del Anexo B.

Gráfico 5.9
Brecha de ingresos en el ingreso medio total individual.
Ciudad de Buenos Aires y total de aglomerados urbanos, octubre 1996 – octubre 2002.



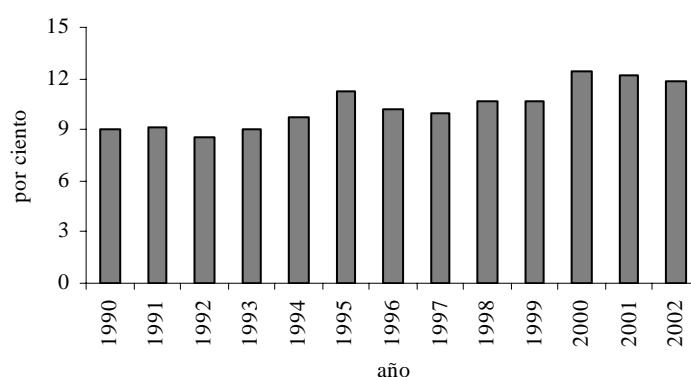
Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003a) e INDEC (tabulados EPH).

Al analizar el ingreso medio per cápita familiar según quintiles de población¹³ (Gráfico 5.10), se observa que la brecha de ingresos se incrementó a partir de 1995 y especialmente desde octubre de 2000. Los ingresos medios per cápita familiar del quintil más alto en octubre de 2002, contienen cerca de 12 veces a los del quintil más bajo, mientras que en octubre de 1990 lo hacía 9 veces.

¹³ No es posible comparar con los datos de otros aglomerados ya que INDEC utiliza la distribución según quintil de hogar y GCBA según quintil de población. Por otro lado, si quisieran usarse las tablas elaboradas por INDEC se observa que en ellas se aplica la misma distribución de ingresos per-cápita familiar según quintil de hogar del Aglomerado Gran Buenos Aires a los Partidos del Gran Buenos Aires y a la Ciudad de Buenos Aires, no elaborando la distribución de cada aglomerado lo que no permite comparaciones a su interior.

En el Cuadro 5.1 se presenta la proporción del ingreso familiar per-cápita correspondiente a cada quintil así como el ingreso medio de cada uno de ellos para los años extremos del período analizado. Estos valores permiten verificar que sólo los dos primeros quintiles, es decir, los de menores ingresos, disminuyeron su participación en el ingreso total y fueron los más pobres los que mostraron las disminuciones más importantes.

Gráfico 5.10
Brecha de ingresos en el ingreso per-cápita familiar.
Ciudad de Buenos Aires, octubre 1990 – octubre 2002.



Fuente: Cuadro 5.6 del Anexo B.

Cuadro 5.1
Distribución del ingreso familiar per cápita. Variaciones relativas porcentuales. Ciudad de Buenos Aires, 1990 y 2002.

Quintil	1990		2002		Var. Relativa % 2002/1990	
	% del ingreso	Ingreso medio	% del ingreso	Ingreso medio	% del ingreso	Ingreso medio
1	5,6	154	4,3	120	-23,2	-22,1
2	9,8	272	8,6	241	-12,2	-11,4
3	13,9	384	14,0	392	0,7	2,1
4	20,9	579	22,5	628	7,7	8,5
5	49,8	1379	50,6	1415	1,6	2,6
Total	100,0	555	100,0	558		

Fuente: Cuadros 5.6 y 5.8 del Anexo B.

En resumen, el modelo económico instaurado a partir de 1989 acentuó la disociación entre el crecimiento del producto bruto geográfico y la distribución del ingreso. Mientras el producto bruto¹⁴ tuvo un crecimiento importante, del 26 por ciento entre 1993 y 2000, la distribución del ingreso mostró tendencia a una mayor concentración. En el quinto quintil se observa

¹⁴ Cuadro 5.9 del Anexo B.

una concentración creciente (cercana al 51 por ciento a fines del período) en detrimento de los dos primeros, que reducen su participación en 2,5 puntos porcentuales, concentrando el 12,9 por ciento del total. Por otro lado, lo ocurrido con el tercer y cuarto quintil refleja que los sectores medios de la sociedad fueron afectados, aunque menos que los dos primeros.

5.2.3 Pobreza e indigencia.

Las desigualdades en la distribución del ingreso están asociadas a aumentos en las desigualdades de las condiciones de vida que se profundizaron en el tiempo, ampliando la brecha entre ricos y pobres.

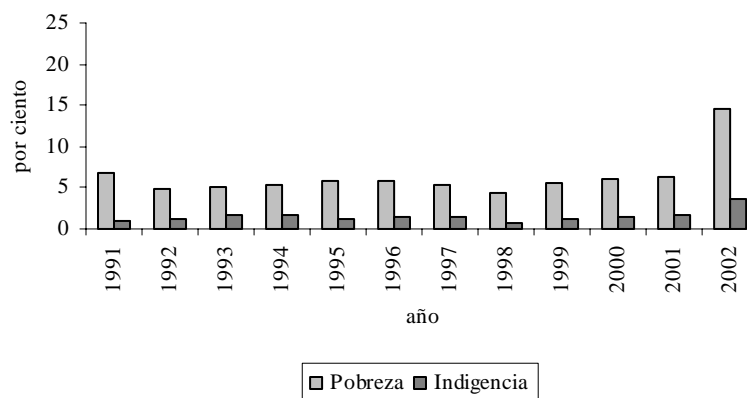
El crecimiento económico es un elemento positivo pero no siempre determinante de cambios en la situación social. El nuevo modelo, instaurado a partir del Consenso de Washington, presumía que el libre funcionamiento de los mercados permitiría, de alguna manera, por derrame, el crecimiento de la economía argentina y un beneficio generalizado. Lamentablemente, esto no sucedió. La evidencia empírica demuestra que la Ciudad no pudo escapar al proceso socioeconómico que desde fines de los 80 vino cambiando la fisonomía del país y cuyo indicador más dramático es el aumento de la pobreza¹⁵.

En el período 1991-2000 la incidencia de los hogares pobres se redujo un 10 por ciento y la de los indigentes se incrementó el 56 por ciento, mientras que en el trienio 2000-2002 ambas incidencias aumentaron (el 139 y 164 por ciento respectivamente) afectadas indudablemente por el crecimiento de la desocupación, la caída de los ingresos y la evolución de la desigualdad en el ingreso medio per cápita familiar (Gráfico 5.11).

Por otro lado y debido a la mayor fecundidad de los sectores pobres, en el período 1991-2000, es aún más notorio el aumento de la proporción de personas por debajo de la línea de pobreza (17,3 por ciento) y de indigencia (55,6 por ciento). En el trienio 2000-2002 aumentaron el 123,2 y el 216,7 por ciento respectivamente (Gráfico 5.12).

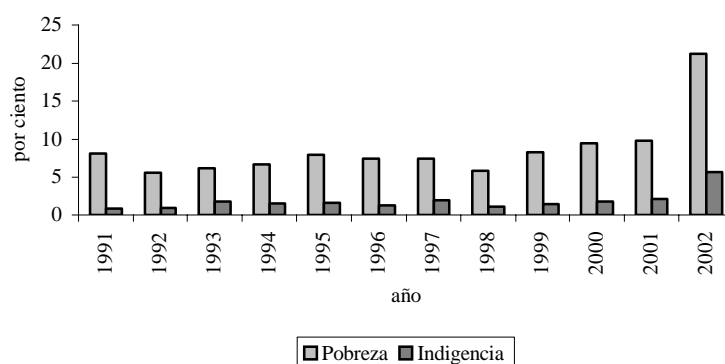
¹⁵ Cuadro 5.10 del Anexo B.

Gráfico 5.11
Proporción de hogares pobres e indigentes.
Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1991-Octubre 2002.



Fuente: Cuadro 5.10 del Anexo B.

Gráfico 5.12
Proporción de población bajo la línea de pobreza e indigencia.
Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1991-Octubre 2002.



Fuente: Cuadro 5.10 del Anexo B.

Este comportamiento demográfico diferenciado provoca que una alta proporción de niños menores de 5 años, que viven en un medio familiar y social desfavorable, tengan una menor calidad de vida. Se demostró que el grupo que más sufre la pobreza son los niños y en consecuencia son ellos los principales afectados cuando la pobreza crece.

5.3 Importancia de la primera infancia en la desigualdad social.

5.3.1 En la pobreza.

Si bien en la última década se registró en la Ciudad un aumento de la desigualdad en los ingresos, el crecimiento de la población pobre e indigente, omitiendo el año 2002, no fue tan importante. No obstante existen

evidencias empíricas que muestran que los niños son los más perjudicados¹⁶. Sirva como ejemplo que para el Aglomerado Gran Buenos Aires la proporción de personas por debajo de la línea de pobreza fue de 21,5 por ciento en 1991 llegando a 35,4 por ciento en 2001, mientras que el porcentaje de personas por debajo de la línea de indigencia fue de 3 por ciento y ascendió a 12,2 por ciento para el 2001.

Una situación aún más grave se registró para la primera infancia. En 1991 la proporción de niños pobres menores de un año era del 30 por ciento y ascendió al 46 por ciento en 2001, mientras que la incidencia entre los niños de 1 a 4 años pasó del 32 al 48 por ciento en igual período. Con respecto a la línea de indigencia, para ambos grupos de edad, pasó del 4 por ciento en 1991 al 18 por ciento para 2001. Puede afirmarse que durante la última década la incidencia de la pobreza entre los niños menores de 5 años del aglomerado casi se duplicó mientras que la proporción de indigentes se cuadruplicó.

Cuadro 5.2
Proporción de la primera infancia bajo la línea de pobreza e indigencia por grupo de edad. Aglomerado Gran Buenos Aires, 1991 y 2001.

Línea de pobreza e indigencia por grupo de edad	1991	2001
% de menores de 1 año bajo LP	29,8	45,9
% de 1 a 4 años bajo LP	31,6	48,1
% de menores de 1 año bajo LI	4,1	18,0
% de 1 a 4 años bajo LI	4,6	18,0

Fuente: INDEC/UNICEF, 2003, Cuadro 6.8.

Para analizar lo ocurrido en la Ciudad con la primera infancia fue necesario recurrir a otro indicador, el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), indicador compuesto que resume en cierta forma las condiciones del ambiente físico, socioeconómico y educacional de la

¹⁶ Las diferencias sociales en la primera infancia se abordaron de acuerdo a las posibilidades de las distintas fuentes (ver Anexo A punto 3). A partir de los datos de la Encuesta Permanente de Hogares se analizó la importancia de la primera infancia en la población pobre e indigente del Aglomerado Gran Buenos Aires. Cuando la información proviene del Censo de Población se consideró como indicador de pobreza el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas que permitió asociar pobreza con falta de cobertura de salud para la Ciudad de Buenos Aires.

población y permite aproximarse al panorama de la pobreza estructural¹⁷. La evidencia empírica demuestra que la pobreza estructural prácticamente no se modificó durante la última década si bien afectó más a la primera infancia que a la población total.

Cuadro 5.3
Condición NBI en la población. Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.

Condición NBI	1991	2001
En el total de la población	7,6	7,8
En la primera infancia	15,0	15,6
La primera infancia en el total NBI	12,4	11,4

Fuente: elaboración sobre la base de censos de población.

Pocas veces se establece la diferencia entre la pobreza infantil y la pobreza en general. Los niños pobres tienen una crianza que les inhibe las oportunidades de un desarrollo sano en los primeros años que puede malograr el resto de su vida. La pobreza material, por ejemplo, comenzar el día sin un alimento nutritivo, dificulta la capacidad cognoscitiva y el crecimiento físico. También los afecta la deficiencia del hábitat, los malos hábitos de higiene del hogar y la carencia de conductas preventivas y de tratamiento de las enfermedades. La pobreza no solamente provoca el sufrimiento entre los niños sino que también los afecta en la raíz misma de su potencial de desarrollo: su mente y su cuerpo en crecimiento. Según la Organización Mundial de la Salud (1999) quienes viven en la pobreza absoluta tienen una probabilidad cinco veces mayor de morir antes de los cinco años de edad que quienes pertenecen a grupos de ingresos más elevados.

5.3.2 En la cobertura de salud.

La experiencia histórica demuestra que cuando una sociedad se empobrece se produce un empeoramiento en las condiciones de salud de sus integrantes. Esta constatación lleva a reflexionar sobre la existencia de

¹⁷ El método de la línea de pobreza se apoya en la noción de capacidad de acceso mediante un ingreso suficiente a las necesidades de consumo básico en un hogar; en cambio el método de las necesidades básicas insatisfechas se sostiene sobre la existencia de necesidades esenciales específicas que el hogar no pudo satisfacer en referencia a un umbral crítico. Este último remite a aspectos estructurales, mientras que los ingresos de los hogares están más relacionados con las condiciones coyunturales.

disparidades en la cobertura de salud y por ende en la atención de la salud entre los distintos sectores sociales, y específicamente en el grupo más vulnerable que son los niños. Por otro lado, en los últimos años se produjo una estratificación en el acceso a los servicios de salud que se relaciona con los niveles socioeconómicos de la población. Los sectores de mayores ingresos están en condiciones de pagar medicina privada directamente o contratando seguros. Los asalariados registrados son atendidos por un sistema de seguridad social cuya atención depende de la calidad de las obras sociales, muy diferentes entre sí, y que más de una vez incluyen prestaciones deficientes. Por último, los grupos de menores recursos, no tienen otra opción que acudir a un deteriorado sistema público de salud.

Para verificar esta afirmación y confirmar la mayor desprotección de la infancia se analizó lo ocurrido en la Ciudad entre 1991 y 2001, tomando como indicador la falta de cobertura de salud y la condición NBI, a partir del procesamiento de los datos censales de ambos años¹⁸. Se asumió que aquellos sin cobertura explícita podían utilizar los servicios públicos.

La evidencia empírica muestra que tanto para la población pobre como para la no pobre se incrementó (entre los primeros en el 41 por ciento y entre los segundos en el 36 por ciento) la proporción de aquellos sin cobertura explícita. Es decir, de aquellos que no tienen protección de la seguridad social (obra social) y/o seguros privados. Es indudable que esta situación es mucho más grave entre los pobres donde la participación de la cobertura del sistema público triplica la de los no pobres. Como se señalara los pobres están más expuestos a enfermedades por falta de recursos, escaso conocimiento sobre los temas de salud, insuficiente nutrición, poco uso de los servicios de salud y menor acceso a una atención de calidad.

Esta desprotección es aún más evidente entre los niños y entre ellos los pobres, donde los niveles de cobertura del sistema público son superiores al 50 por ciento para 1991 y llegan a superar el 70 por ciento para el 2001.

Con el objeto de profundizar el análisis y tratar de descubrir cómo las modificaciones en el mercado de trabajo incidieron no sólo en la falta de cobertura sino en el tipo de cobertura de la población, se analizó la

¹⁸ Cuadro 5.11 del Anexo B.

población en hogares particulares por condición NBI y tipo de cobertura en salud. Los valores obtenidos verifican para los pobres y no pobres, la reducción de la proporción con obra social y la importante caída de la población con obra social y plan médico o mutual. Se destaca que estas disminuciones afectaron con mayor intensidad a los pobres donde la cobertura de obra social pasó del 44 al 31 por ciento, mientras que en los no pobres pasó del 53 al 47 por ciento¹⁹.

Evidentemente los cambios en las relaciones de trabajo y la precariedad laboral afectaron profundamente las posibilidades de una inserción estable. Esto provocó, para un número importante de familias, la pérdida de la obra social y les generó la dependencia de un sistema público colapsado. Esta pérdida afectó a los niños en dos aspectos inherentes a su salud: la prevención y la atención. En la prevención se pierde la figura del médico de cabecera quien, mediante un trato personalizado, contiene y asesora a la familia y efectúa el seguimiento de los controles de peso y talla y del calendario de vacunas. No reciben los beneficios del programa materno infantil que además de la prevención implica la nutrición, a través de la entrega de leche en polvo fortificada con minerales y vitaminas. En el caso de una enfermedad carecen de la cobertura del costo de los medicamentos (total hasta el primer año de vida y luego parcial) y de la gratuidad de los estudios de diagnóstico. Si necesitaran una internación no podrían elegir el establecimiento, recibiendo además un servicio de hotelería diferenciado. Tampoco tienen la cobertura, total o parcial, de otros servicios conexos: subsidios, ortopedia y prótesis, traslados, servicios de emergencia e internación domiciliaria.

Para acceder a estas coberturas en el servicio público, las familias sin seguro de salud necesitan probar su condición de pobreza y pasar por los inconvenientes de trámites burocráticos y largas esperas para el otorgamiento de turnos.

En síntesis, el incremento de la desocupación abierta, la subocupación horaria y la precariedad laboral, así como la caída de los ingresos familiares per cápita, en un contexto de agravamiento de su desigual distribución, acentuó la inequidad. Los menores ingresos familiares

¹⁹ Cuadro 5.11 del Anexo B.

per cápita configuran una situación de pobreza de capacidades y de medios y cercenan las posibilidades de asegurar a los niños un crecimiento pleno de todas sus potencialidades.

6. Espacialización de la desigualdad social.

En el capítulo anterior se señaló que en la última década se produjeron en Buenos Aires transformaciones que suponen un cambio respecto de las tendencias de la evolución económica y social dominantes hasta la década de los 80. Esta situación no fue homogénea dentro de la Ciudad, por lo tanto, el propósito de este capítulo es verificar la existencia de distintas realidades sociales utilizando la información socioeconómica disponible para el total de la Ciudad y cada una de sus divisiones geográficas.

Se seleccionó la Circunscripción Electoral (CE), una de las distintas divisiones de la Ciudad, por ser la utilizada para la elaboración de las estadísticas vitales, imprescindibles para el estudio de los diferenciales de la salud-enfermedad de la primera infancia que permitirá con posterioridad investigar las relaciones espaciales entre desigualdad social y situación de la salud-enfermedad.

Las CE son veintiocho y constituyen los segmentos territoriales para la organización y realización de los comicios electorales. Agrupadas conforman los dieciséis Centros de Gestión y Participación, que son unidades políticas administrativas, cuya finalidad, hasta la aparición de las Comunas, fue la prestación descentralizada de los servicios. Con distintos límites, existen veintiún Distritos Escolares que tienen como función dividir la Ciudad para supervisar el sistema escolar, y cuarenta y siete Barrios que constituyen las unidades territoriales que cristalizan la historia y la identidad popular de los vecinos.

6.1 Indicadores seleccionados.

Las fuentes de información utilizadas fueron los censos de población, hogares y viviendas de los años 1991 y 2001¹, única fuente hasta el momento que permite elaborar indicadores de desigualdad espacial, con este nivel de apertura.

¹ Que se tomarán como representativos de las realidades sociales de las décadas de 1990 y 2000 respectivamente.

Coincidiendo con el pensamiento compartido por diferentes autores (Oszlak, 1991; Evans et. al., 1996; Formiga, 2003 y Trifiró, 2003) se considera que existen factores del entorno social, externos al sistema sanitario, que ejercen una influencia fundamental sobre la salud de la población. Así se seleccionaron, en la medida de lo posible², indicadores determinantes de las condiciones de vida de la población, referidos no sólo a características estructurales, sino también los que señalan posibilidades futuras de mejoramiento de esas condiciones a través del desarrollo individual y familiar³. La pobreza se investigó a partir de la medición de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), considerando el peso relativo en la población total y en la primera infancia, así como la importancia relativa de esta última en el total de población NBI. Con el propósito de indagar la desigualdad del medio-ambiente, considerado como variable próxima del proceso salud-enfermedad, se analizó por separado la participación relativa en la población total de cada indicador NBI⁴. De esta manera se pudo conocer la distribución espacial de los indicadores relacionados con el hábitat: vivienda inconveniente, hacinamiento y falta de retrete.

La desigualdad en educación se investigó a partir de distintas variables: 1) la población que asiste a establecimientos privados sobre el total de la que asisten; 2) los niños de 6 a 12 años no escolarizados⁵; 3) los jóvenes no escolarizados de 15 a 19 años y 4) los de 20 a 24 años que no asisten a la enseñanza.

Los indicadores mencionados se elaboraron para ambos censos, pero para el último se incorporaron otros referidos a las condiciones económicas del hogar (población NBI por capacidad de subsistencia, tasa de empleo y de desocupación del jefe del hogar), al acceso diferencial a los servicios de salud (la falta de cobertura explícita en la población total y en la primera infancia) y la calidad del hábitat (calidad de los materiales de la vivienda).

² En el censo de 1991 se aplicó una muestra para el relevamiento de la mayoría de los indicadores socioeconómicos, no representativa a nivel de Circunscripción Electoral, que no permitió elaborar los mismos indicadores para ambos censos. No obstante el análisis de los cambios interperíodo se basa en los indicadores comparables para ambos censos.

³ Ver definiciones en el Anexo C.

⁴ Para el censo 1991 se utilizan 4 indicadores debido a que la capacidad de subsistencia no es posible calcularla porque la condición de actividad fue relevada por muestra realizada a partir de los Distritos Escolares.

⁵ Cuarto indicador NBI.

Siguiendo el pensamiento de diferentes autores (McKeown, 1979; Black et. al., 1982; Bronfman y Tuirán, 1983; Puffer y Serrano, 1988; Behm, 1992; Torrado, 1992; Wilkinson, 1997 y Marmot, 2005) y en el convencimiento de que la posición social influye en el nivel de la salud (quienes tienen una posición más alta tienden a disfrutar de mejor salud), con estos indicadores se investigó la desigualdad socio-espacial y elaboró una estratificación en zonas⁶ que posteriormente se comparó con la obtenida a partir de los indicadores seleccionados para el análisis de la salud-enfermedad de la primera infancia.

6.2 La situación en la década de 1990.

Las condiciones del hábitat constituyen indicadores muy significativos en la determinación de la calidad de vida de los hogares y específicamente, en la delimitación de grupos de pobreza estructural y de “riesgo social”.

En la década de 1990 cerca del 8 por ciento de la población en hogares particulares registró necesidades básicas insatisfechas, estaban significativamente privados de una vivienda adecuada, en condiciones de hacinamiento o de malas condiciones sanitarias o carentes de las oportunidades que les posibilitarían su subsistencia y desarrollo (problemas de asistencia escolar de los niños y capacidad de subsistencia). Esta proporción casi se duplica si observamos la participación de estas privaciones entre los menores de cinco años (15 por ciento), grupo etario que a su vez representaba el 12,4 por ciento del total de la población NBI de la Ciudad⁷.

De los indicadores que componen el NBI, la vivienda inconveniente es la que registraba mayor incidencia (4,2 por ciento), siguiéndole en orden de importancia el hacinamiento (3,8 por ciento), las condiciones sanitarias⁸ (1,2 por ciento) y la no asistencia escolar de los niños (0,5 por ciento).

Los logros educativos se asocian estrechamente con la condición de pobreza de los hogares, ya que los que llegan a los niveles medio y superior

⁶ Aplicando el método de los conglomerados de K medias.

⁷ Cuadro 6.1 del Anexo B.

⁸ Hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.

están en situaciones más ventajosas desde el punto de vista social. Es decir, los niños y jóvenes que abandonaron la escuela disponen de menor capital cultural y social, lo que determina menor autonomía y menor libertad de elección frente a las opciones de vida. Desde esta perspectiva, “la pobreza debe concebirse como la privación de capacidades básicas y no meramente como falta de ingresos, que es el criterio habitual con el que se identifica a la pobreza. La “pobreza real” (entendida como privación de capacidades) puede ser, en un importante sentido, mayor que la que aparece en el espacio de las rentas” (Sen, 2000:115). Esta perspectiva contribuye a comprender mejor la naturaleza y las causas de la pobreza y la privación, trasladando la atención, principalmente, a las libertades necesarias para poder satisfacer los fines que los individuos persiguen.

En este sentido, si bien la escolaridad de los niños en la Ciudad era alta⁹, distinta es la situación cuando se analizan las proporciones de jóvenes no escolarizados de 15 a 19 años (24,5 por ciento) o los de 20 a 24 años que no asistían a la enseñanza (56,5 por ciento).

Al investigar las diferencias espaciales, se observa que los mayores riesgos relativos¹⁰ se encuentran en los indicadores: vivienda inconveniente (70,5), población NBI total (11,8), niños de 0-4 NBI (11,0) y condiciones sanitarias (10,3). Las CE 4 (Boca), 2 (Parque Patricios, Barracas y Nueva Pompeya) y la 22 (Villa Lugano, Villa Riachuelo y Villa Soldati) son las que presentan los valores máximos o de mayor riesgo, mientras que las CE 25 (Villa Devoto y Villa Real) y 27 (Villa Pueyrredón, Saavedra y Villa Urquiza) las que registran los menores, es decir las mejores condiciones de vida¹¹.

Los valores muestran la segregación espacial del Sur con respecto al resto de la Ciudad, situación que se expresa en la fragmentación territorial en términos sociales y habitacionales. El Sur presenta una alta concentración de pobreza; predominan las villas y barrios carenciados, los inquilinatos, casas tomadas, hoteles familiares y pensiones, con problemas de provisión

⁹ La tasa de asistencia escolar de los niños entre 6 y 12 años era de 98,4 por ciento, superior en 2,5 puntos porcentuales a la del total del país.

¹⁰ Para medir la desigualdad, se utilizó la relación entre el valor de mayor nivel y el de menor nivel para cada indicador, es decir la brecha.

¹¹ Cuadro 6.1 del Anexo B.

de algunos servicios esenciales. Asimismo tiene los mayores niveles de hacinamiento y déficit habitacional (GCBA, Secretaría de Medio Ambiente y Desarrollo Regional, 2000).

A partir de los indicadores seleccionados y con el objeto de elaborar una estratificación en zonas, se utilizó el procedimiento de los conglomerados de k medias, técnica multivariable que permite agrupar los casos en función de la similitud existente entre ellos¹².

Como resultado de su aplicación, se agruparon las CE en tres conglomerados que según la situación social de su población, se identifican como “alta”, “media” y “baja”, correspondientes a los conglomerados 1, 2 y 3 respectivamente¹³.

En la situación social “alta”, que agrupa a diecisiete CE¹⁴, se ubican las que presentan mejores niveles en los indicadores seleccionados, es decir menor proporción de población NBI (sea ésta total o de la primera infancia), mejores condiciones del hábitat¹⁵ y de asistencia escolar¹⁶, que se sitúan en las zonas norte, oeste y centro de la Ciudad (Mapa 6.1). En la situación “baja” se ubican sólo tres CE que pertenecen a la zona sur¹⁷ y finalmente, en la situación “media”, se encuentran ocho CE que se ubican en la zona este y sur de la Ciudad¹⁸.

¹² Ver Anexo F.

¹³ Cuadro 1.1.3 del Anexo F.

¹⁴ Cuadro 1.1.4 del Anexo F.

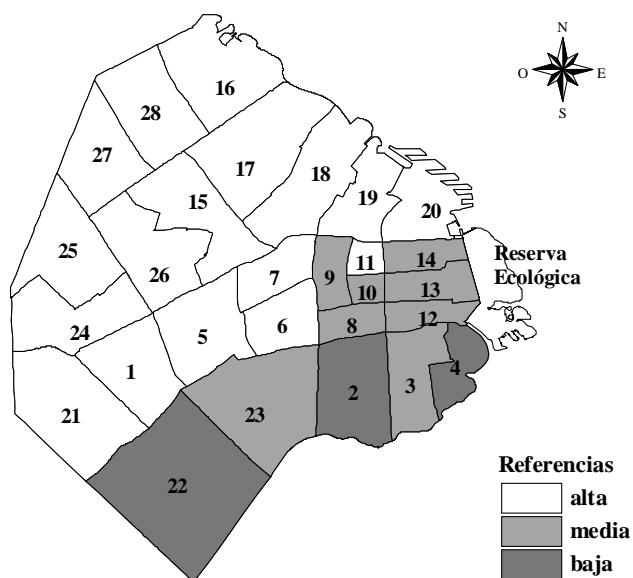
¹⁵ Menor proporción de hacinamiento (más de tres personas por cuarto), de vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo) y de malas condiciones sanitarias (hogares sin retrete).

¹⁶ Mayor proporción de asistencia a establecimientos privados y mayor escolarización, tanto entre los niños como entre los jóvenes.

¹⁷ Boca, Parque Patricios, Nueva Pompeya, Villa Lugano, Villa Riachuelo y Villa Soldati.

¹⁸ San Nicolás, Monserrat, Constitución, Barracas, San Telmo, Balvanera, San Cristóbal, Nueva Pompeya y el bajo Flores.

Mapa 6.1
Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década de 1990.



Fuente: Cuadro 6.3 del Anexo B.

6.3 La situación en la década del 2000.

Los indicadores seleccionados para el análisis de la población con NBI, para el total de la Ciudad, presentan niveles similares a los registrados en la década anterior¹⁹. Se observa un menor nivel en el indicador condiciones sanitarias²⁰ debido, probablemente, a las obras de saneamiento del medio ambiente que realizara el gobierno de la Ciudad en las villas de emergencia. A partir del indicador capacidad de subsistencia, se observa que el 1,3 por ciento de la población residía en hogares con 4 o más personas por miembro ocupado y cuyo jefe tenía baja educación. Este indicador se ubica en tercer lugar en importancia entre los cinco indicadores de NBI, detrás de vivienda de tipo inconveniente (4,8 por ciento) y hacinamiento del hogar (3,2 por ciento).

¹⁹ Cuadro 6.2 del Anexo B.

²⁰ Es el 0,3 por ciento frente al 1,2 por ciento de la década anterior.

Con respecto a la escolaridad, como era de esperar, se incrementó en todos los niveles, especialmente entre los jóvenes. Los no escolarizados representan el 16,3 por ciento entre los 15 y 19 años y cerca de la mitad entre los 20 y 24 años.

Para esta década se elaboraron otros indicadores de situación social, referidos a las condiciones económicas del hogar, al acceso diferencial a los servicios de salud y a la calidad del medio-ambiente. Con respecto a las condiciones económicas del hogar, analizadas a partir de las tasas de empleo y de desocupación de los jefes del hogar, se observa que el 61 por ciento de los mismos estaba empleado y el 12,5 por ciento desocupado. Al tener en cuenta la desprotección de la población en cuanto a su cobertura de salud, cerca de la cuarta parte de la población tenía sólo cobertura del sector público²¹, llegando a representar la tercera parte en el caso de la primera infancia. Por otro lado, cerca del 8 por ciento de los hogares presentaban mala calidad en los materiales de la vivienda²².

Al analizar la desigualdad social espacial se observa que los mayores riesgos relativos se encuentran, al igual que en la década anterior, en los indicadores: vivienda inconveniente (71,3), población NBI total (13,7), niños de 0-4 NBI (14,8) y condiciones sanitarias (35,0), a los que se agregan: hacinamiento (15,4), niños no escolarizados (11,6) y hogares con mala calidad de los materiales (10,8). Las CE que presentan mayores riesgos son la 2 (Parque Patricios, Barracas y Nueva Pompeya), 4 (Boca), 13 (Montserrat) y la 22 (Villa Lugano, Villa Riachuelo y Villa Soldati). En el otro extremo, las CE 19 (Recoleta) y 25 (Villa Devoto y Villa Real), son las que registran las mejores condiciones de vida.

Los resultados de la aplicación del procedimiento de los conglomerados de k medias permitieron agrupar las CE, según la situación social de su población, en tres zonas homogéneas, identificadas como “alta”, “media” y “baja”, correspondientes a los conglomerados 1, 3 y 2 respectivamente²³.

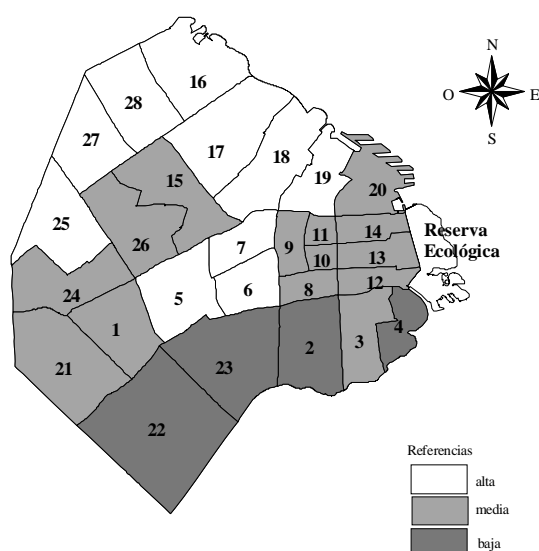
²¹ Entendiendo por tal la falta de cobertura de obra social, plan médico o mutual.

²² Cuadro 6.2 del Anexo B.

²³ Cuadro 1.2.3 del Anexo F.

En la situación social “alta”, que agrupa a diez CE, se ubican las que presentan mejores condiciones de vida, es decir menor proporción de población pobre estructural, mejores condiciones y calidad del medio ambiente, alta escolarización de los niños y jóvenes, baja desocupación de los jefes de hogar y menor proporción de población con cobertura exclusiva del sector público²⁴. Las mismas se sitúan en las zonas norte y centro de la Ciudad²⁵. En la situación social “baja” se ubican cuatro CE de la zona sur²⁶ y finalmente en la situación intermedia se encuentran catorce CE pertenecientes a las zonas este, centro y sur de la Ciudad²⁷.

Mapa 6.2
Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década del 2000.



Fuente: Cuadro 6.3 del Anexo B.

²⁴ Cuadro 1.2.4 del Anexo F.

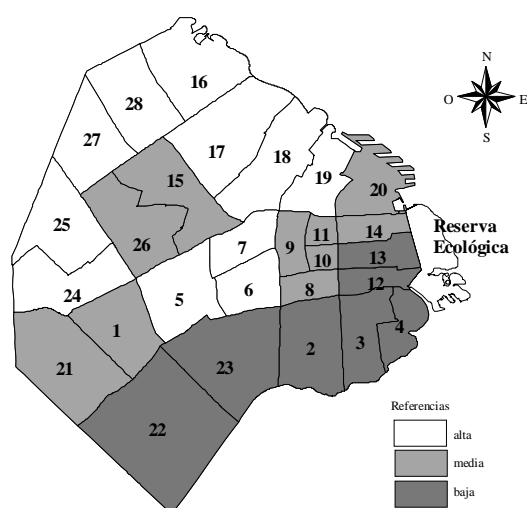
²⁵ Recoleta, Palermo, Colegiales, Belgrano, Nuñez, Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza, Villa Pueyrredón, Villa Devoto, Villa Real, parte de Villa del Parque, Almagro, Caballito, Parque Chacabuco, Boedo y Flores norte.

²⁶ Boca, Parque Patricios, Nueva Pompeya, Barracas, el bajo Flores, Villa Lugano, Villa Soldati y Villa Riachuelo.

²⁷ Retiro, San Nicolás, Monserrat, San Telmo, Constitución, Balvanera, San Cristóbal, Agronomía, Villa Ortúzar, Chacarita, Paternal, parte de Villa Crespo, Villa Gral. Mitre, parte de Villa del Parque, Villa Santa Rita, Monte Castro, Versalles, Floresta, Vélez Sarsfield, Villa Luro, Parque Avellaneda, Liniers y Mataderos.

Para analizar las variaciones interperíodo, se aplicó el procedimiento de los conglomerados, utilizando sólo las variables comparables para ambas décadas, los resultados²⁸ muestran algunas variaciones.

Mapa 6.3
Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década del 2000 con variables comparables a la década de 1990.



Fuente: Cuadro 6.3 del Anexo B.

Comparando ambas estimaciones se observa que la CE 24²⁹ mejora su ubicación pasando del nivel medio al alto, mientras que la empeoran las CE 3, 12 y 13³⁰ que pasan del medio al bajo. Las diferencias se explican por la introducción de las variables económicas y de acceso a los servicios de salud, que al desaparecer, hicieron reducir en dos puntos porcentuales los valores de los centros del conglomerado de nivel medio. En el caso de las CE 3, 12 y 13 los aumentos que registraron la proporción de población NBI total y de 0-4 años son explicados por el incremento del indicador vivienda de tipo inconveniente que produjo su descenso de categoría. En la CE 24

²⁸ Cuadro 1.3.3 del Anexo F.

²⁹ Floresta, Velez Sársfield, Villa Luro, Versalles y Monte Castro.

³⁰ Constitución, Barracas, San Telmo y Monserrat, barrios con alta proporción de inquilinatos y de hotel-pensión.

como los niveles del resto de los indicadores eran buenos, la desplazaron al nivel alto.

6.4 Cambios experimentados entre décadas.

La reestructuración económica iniciada en 1991, creó nuevas divisiones sociales e intensificó, directa o indirectamente, las que ya existían dentro de la Ciudad. La evidencia empírica sugiere que las diferencias sociales incidieron en el espacio urbano imponiéndole una marca espacial. Se asistió a una creciente diferenciación cualitativa que, esquemáticamente, puede definirse como norte-sur, pero que en realidad es mucho más compleja. Persisten en la Ciudad personas que viven en ambientes nocivos para su salud y en condiciones de pobreza estructural que los limitan para ejercer su vida en plenitud.

La pobreza estructural, para el total de la Ciudad, sólo subió el 2,6 por ciento debido al incremento del 14,3 por ciento del indicador tipo de vivienda inconveniente³¹. Posibles explicaciones se encuentran en la población residente en villas que se duplicó³² (representando el 4 por ciento de la población en hogares particulares) y en la captación del tipo de vivienda “pieza en hotel o pensión”³³ que abarcó el 1,4 por ciento de la población en hogares particulares.

Comparando la ubicación de las CE en ambas décadas³⁴ se observa que más de la tercera parte empeoraron su situación. Algunas descendieron del nivel alto al medio (CE 1-11-15-20-21-26)³⁵ y otras pasaron del nivel medio al bajo (CE 3-12-13-23)³⁶. En la mayoría de los casos la explicación del desplazamiento se encuentra en el incremento de los indicadores tipo de vivienda inconveniente y hacinamiento, que incidieron en el aumento de la población total NBI (3 por ciento) y especialmente de la primera infancia NBI (4 por ciento).

³¹ Cuadro 6.4 del Anexo B.

³² En 1991 52.608 personas y en el 2001 108.056 personas.

³³ En 1991, por problemas de empadronamiento, INDEC resolvió considerarlas como residentes en viviendas colectivas. En 2001 se censaron 37.601 personas.

³⁴ Cuadro 6.3 del Anexo B.

³⁵ Floresta, Velez Sársfield, Villa Luro, Parque Avellaneda, Balvanera, Chacarita, Villa Crespo, Paternal, Agronomía, Villa Ortúzar, Retiro, Liniers, Mataderos, Villa del Parque, Villa Gral. Mitre y Villa Santa Rita.

³⁶ Constitución, Barracas, San Telmo, Monserrat, Nueva Pompeya, Villa Soldati, parte de Parque Chacabuco y el bajo Flores.

Las familias de bajos recursos no pudieron plantearse la compra de una vivienda por medio del ahorro y enfrentaron barreras formales para acceder al crédito. Se agravó la problemática de inquilinos y ocupantes. Asimismo los complejos habitacionales de los barrios carenciados aumentaron sus problemas de deterioro edilicio y las familias han seguido creciendo sin poder ampliar su vivienda. En este contexto se destaca el barrio Boca, que registraba, en los años 1991 y 2001, el mayor nivel de pobreza estructural: cerca de la tercera parte de su población habitaba en hogares NBI.

El incremento de la participación de pobres estructurales entre los niños menores de cinco años (Mapas 6.4 y 6.5), significa un llamado de atención para el riesgo social de esta población. La capacidad para que los niños alcancen un crecimiento pleno de todas sus potencialidades estará en función de las posibilidades que tengan sus familias de asegurarles buenas condiciones de vida y de los servicios públicos que se les ofrezcan. El riesgo de contraer enfermedades infecciosas y las posibilidades de que éstas evolucionen hacia cuadros graves es mucho mayor cuando el hacinamiento y la falta de un saneamiento adecuado marcan el espacio en que los niños crecen. Esta situación se agrava aún más cuando las familias no pueden asegurarles una alimentación y nutrición adecuadas o tienen restricciones para atender a otras necesidades, como el acceso a la salud y al tiempo libre de calidad.

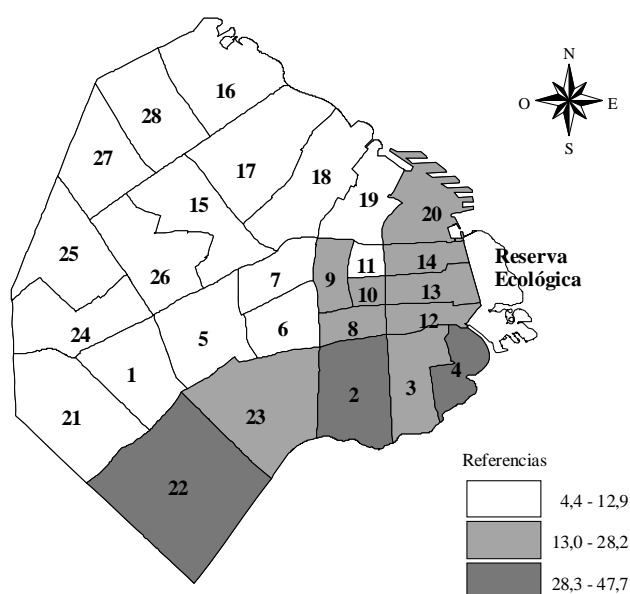
En resumen, las desigualdades que generó la distribución de los ingresos en las condiciones de vida de la población dieron lugar a que se profundizaran las injusticias. La Ciudad presenta una situación de inequidad socio-espacial que dio por resultado la existencia de sectores privilegiados por una parte y de sectores marginados o excluidos por la otra.

Es importante entender que la pobreza como carencia o privación de recursos no se mide sólo por los indicadores de pobreza estructural. También tiene que ver con la posibilidad de desarrollar capacidades sociales y de acceder a servicios sociales básicos de calidad. La cobertura en salud y educación y la vivienda digna son importantes en el desarrollo de potencialidades. La pérdida de empleo y la precariedad habitacional no sólo incrementa la pobreza, sino también el nivel de vulnerabilidad de la

población de menores recursos. Hay que evitar que la vulnerabilidad se transforme en exclusión.

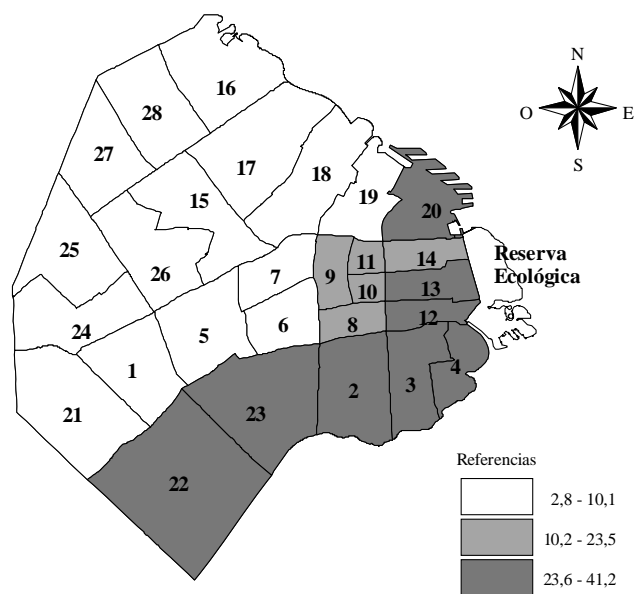
Estas carencias adquieren otro significado si recordamos que las familias pobres tienen una mayor proporción de niños. Los niños están expuestos a riesgos propios de su ciclo vital y a otros que se relacionan con la situación de su hogar. En este sentido, se buscó mostrar a través de los indicadores utilizados, la presencia de altos niveles de vulnerabilidad.

Mapa 6.4
Proporción de niños de 0-4 años NBI en el total de ese grupo de edad. Década 1990.



Fuente: Cuadro 6.1 del Anexo B.

Mapa 6.5
 Proporción de niños de 0-4 años NBI en el total de ese grupo de edad. Década 2000.



Fuente: Cuadro 6.2 del Anexo B.

7. La situación de la salud-enfermedad de la primera infancia en la última década.

En el capítulo 5 se comprobó que en la última década se produjeron en la Ciudad cambios en las tendencias de la evolución económica y social que provocaron un aumento de la desigualdad. La misma, como se mostrará en este capítulo, afectó especialmente la situación de la infancia ya que la salud de los niños es altamente dependiente de las condiciones de vida en que se desarrollan.

Se caracterizó la situación de la salud-enfermedad de la primera infancia en la última década, a través de indicadores que reflejaron la evolución de la morbilidad infantil y del cuidado de la salud de los niños y de las mujeres embarazadas. Se consideró imprescindible el análisis de estas dimensiones para cumplir con el primero de los objetivos planteados¹.

7.1 Indicadores seleccionados².

Para el análisis de la morbilidad, debido a las limitaciones existentes (detalladas en el Anexo A, punto 2) se utilizó la importancia relativa de los diagnósticos de los niños y mujeres en edades reproductivas³, que en los años 1995 y 2000, estuvieron internados en los hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad. Si bien se trata de una información parcial, limitada al sector oficial provincial y a los diagnósticos más graves que requirieron internación, permite un conocimiento aproximado de los problemas de salud-enfermedad de la población carenciada. Asimismo, se analizaron indicadores considerados de riesgo al nacimiento y sobrevivencia de la niñez. Se exploraron las participaciones relativas de las madres con baja instrucción, solas, adolescentes o multíparas, de los nacimientos de pretérmino o bajo peso al nacer y de la atención médica en el parto.

¹ Determinar la relación entre la evolución de la salud infantil y la evolución de la desigualdad social en la Ciudad.

² Las definiciones se detallan en el Anexo C.

³ Definidas como mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 49 años.

El nivel educativo de la madre condiciona el grado de seguimiento de conductas recomendadas y está fuertemente asociado a la sobrevivencia de los niños (Puffer y Serrano, 1973; Arruñada et. al, 1976; Mazzeo, 1998; McQuestion, 2001 y UNICEF-INDEC, 2003). Los nacimientos de madres adolescentes son considerados de alto riesgo debido a que cuanto más joven es la madre mayor es el riesgo de morbilidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio (Portnoy, 2005). También existen potenciales efectos para la salud de los hijos quienes quedan expuestos a nacer con bajo peso (Puffer y Serrano, 1988). Las consecuencias económicas y sociales de la fecundidad temprana eventualmente reducen las posibilidades educativas de las madres lo que incide en su calidad de vida y en la de sus hijos (Moreno, 1999 y Vinocur, 1999). La prematurez y el peso al nacer son considerados predictores de las probabilidades de sobrevivencia de los niños durante el primer mes de vida (Baranchuk, 2001).

En cuanto a la mortalidad, se analizaron las tasas de la primera infancia según grupo de edad y causa de muerte, la mortalidad fetal y la materna. Es ampliamente conocida la asociación entre mortalidad de la niñez y las condiciones de vida (McKeown, 1979; Bronfman y Tuirán, 1983; Puffer y Serrano, 1988; Behm, 1992; Torrado, 1992; Díaz Muñoz, 1993; Wilkinson, 1997; Minujin et. al, 2000 y Marmot, 2005). En este caso la fuente de información fueron las estadísticas vitales del período 1990-2002.

Además, se creyó necesario incorporar indicadores de las pautas relativas al cuidado de la salud de los niños en el convencimiento de que ésta es altamente dependiente de las condiciones de vida en que se desarrolla. Se consideró el cuidado de la salud como un elemento central en la determinación del estado de la salud de los niños, definiéndolo en un sentido amplio, no sólo desde el punto de vista de la atención médica o los tratamientos preventivos o curativos, sino teniendo en cuenta otros elementos como el control prenatal, la lactancia, la alimentación complementaria, la inmunización, el control de salud y el cuidado cotidiano.

La bibliografía especializada reconoce la importancia del inicio temprano del control prenatal como estrategia para reducir los riesgos asociados a la maternidad y a la sobrevivencia infantil. También plantea la importancia del seguimiento y control del embarazo, estableciéndose como

parámetro un número mínimo de cinco controles durante la gestación. Muchas de las complicaciones durante el parto y de los problemas vinculados con la morbilidad materna e infantil están asociadas al bajo número de controles y a la detección tardía de patologías. Por su parte, la lactancia materna además de su incomparable valor nutricional protege al niño contra infecciones diarreicas y respiratorias. La aplicación de vacunas reduce los riesgos de morbilidad por enfermedades prevenibles. Por último, se reconoció la importancia de los controles médicos periódicos ya que a través del contacto con los servicios de atención pueden detectarse oportunamente determinados riesgos o patologías y revertir su posible evolución. Asimismo, permite orientar el comportamiento de las familias hacia conductas de vida más saludables que redundarán en beneficio de los niños.

Por lo tanto, se seleccionaron indicadores demostrativos de las conductas familiares ante la prevención y la atención de la salud de los niños (lactancia materna, vacunación, controles de salud), la conducta de las mujeres embarazadas ante el control prenatal (momento de la primera consulta, cantidad de controles prenatales) y la atención del parto y postparto. En este caso las fuentes de datos fueron las Encuestas sobre Condiciones de Vida de SIEMPRO de 1997 y 2001 y la Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad 2002⁴.

Finalmente, la desigualdad en la salud-enfermedad de los niños se midió aplicando el Coeficiente de Gini y el Coeficiente de Concentración⁵ a los indicadores de riesgos al nacimiento y a las tasas de mortalidad. Con respecto a la desigualdad en la atención de la salud de las familias, se seleccionaron algunos indicadores (realización de consulta y tipo de financiamiento) según condición de pobreza de los hogares⁶ y/o zona de la Ciudad.

⁴ La releva anualmente la Dirección General de Estadística y Censos del GCBA y recoge datos sobre diversos temas, entre otros: aspectos demográficos, salud, educación, trabajo y pobreza. El tamaño de la muestra permite profundizar el conocimiento de las distintas temáticas y proveer datos a nivel territorial desagregado.

⁵ Se utilizó la proporción de población NBI como indicador de status socioeconómico de la residencia habitual de la madre.

⁶ Por el método de la línea de pobreza.

7.2 Cambios experimentados.

7.2.1 La morbilidad.

Por problemas derivados de las fuentes de datos⁷, como ya se mencionara, sólo fue posible conocer parcialmente el perfil epidemiológico de la morbilidad de la niñez y de las mujeres en edades reproductivas residentes en la Ciudad; se consideraron los diagnósticos de aquellos que estuvieron internados en los hospitales dependientes del gobierno de la Ciudad, para dos momentos (1995 y 2000)⁸.

El eje del análisis se orientó a conocer, según la edad del paciente⁹, el diagnóstico de egreso del episodio de internación. Para ello se examinaron, en primer lugar, las categorías diagnósticas agrupadas por capítulo de la clasificación de enfermedades¹⁰ y luego las principales causas de morbilidad a tres dígitos.

En la década de 1990, para la primera infancia, el capítulo referido a “ciertas afecciones originadas en el período perinatal” representó el 45 por ciento de los egresos hospitalarios, debido a la alta participación que registraron los menores de un año en el total de egresos¹¹. En segundo lugar se ubicaron las enfermedades del aparato respiratorio (15 por ciento).

Al tener en cuenta los diagnósticos más frecuentes (Cuadro 7.1) se observa que la duración corta de la gestación, el bajo peso al nacer y la ictericia perinatal representaron casi la tercera parte de los egresos de los menores de un año, mientras que esa misma proporción para los egresos de los niños de 1 a 4 años fue por neumonía, infección intestinal, traumatismo intracraneal y quemaduras múltiples.

⁷ En el punto 2 del Anexo A se detallan los problemas de orden metodológico encontrados en las fuentes de datos.

⁸ Que se tomarán como representativos de los perfiles epidemiológicos de la década de 1990 y del año 2000, respectivamente.

⁹ Para la primera infancia se distinguen tres grupos dentro de los menores de un año (neonatal precoz, tardía y postneonatal) y las edades individuales del grupo 1 a 4 años. Para las mujeres en edades reproductivas los grupos quinquenales.

¹⁰ Para 1995 la 9ª Revisión y para el 2000 la 10ª Revisión CIEE de la OMS.

¹¹ Cuadro 7.1 del Anexo B.

Cuadro 7.1
Primera infancia. Estructura de los egresos hospitalarios según
principales diagnósticos por grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 1995.

Diagnóstico de egreso	% en menores de un año	% en 1 a 4 años	% en total primera infancia
Total	100,0	100,0	100,0
Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer.	15,0	0,0	10,7
Ictericia perinatal.	14,8	0,0	10,5
Neumonía no especificada.	4,7	11,6	6,7
Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal.	8,1	0,0	5,8
Bronquiolitis aguda.	6,5	1,6	5,1
Infección intestinal.	2,6	8,0	4,1
Traumatismo intracraneal.	0,9	8,2	3,0
Hipoxia intrauterina y asfixia al nacer.	4,1	0,0	2,9
Otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido.	4,0	0,0	2,8
Quemaduras de sitios múltiples especificados.	0,4	7,3	2,4
Resto enfermedades respiratorias	1,9	7,1	3,4
Resto traumatismos y envenenam.	0,9	11,2	3,9
Resto causas	36,3	45,0	38,7

Fuente: elaboración sobre la base de egresos hospitalarios.

Para el año 2000, la estructura de los diagnósticos se modificó¹². En el total de egresos de los menores de cinco años continúan siendo prioritarias las referidas al período perinatal (35 por ciento) pero aumentaron su importancia relativa las enfermedades respiratorias (22 por ciento). Es lógico pensar que factores socioeconómicos, de accesibilidad a servicios de salud y nutricionales, sumados a las condiciones ambientales, hayan incidido en este incremento.

Al tener en cuenta los diagnósticos más frecuentes (Cuadro 7.2) se destacan la bronquiolitis y la neumonía, que ocuparon los primeros lugares tanto para los menores de un año (16,8 por ciento) como para los niños de 1 a 4 años (14,9 por ciento), siendo también importante la participación del resto de las enfermedades respiratorias (5,1 por ciento para los menores de un año y 15 por ciento para los niños de 1 a 4 años). Le siguieron en importancia, para los menores de un año, las causas relacionadas con el peso al nacer (15,6 por ciento), y para los niños de 1 a 4 años la diarrea y gastroenteritis infecciosas y el traumatismo intracraneal (14,4 por ciento).

¹² Cuadro 7.2 del Anexo B.

Comparando las estructuras de los diagnósticos de ambas décadas se observa que se redujo la participación de los niños que quedaron internados, por ser nacimientos de pretérmino o con bajo peso (diagnósticos típicos del grupo neonatal precoz), y se incrementó la incidencia en la morbilidad de las infecciones respiratorias, enfermedad diarreica y accidentes (más frecuentes en el grupo postneonatal y de 1 a 4 años), que deberían resolverse en el nivel de atención primaria. Esto no significa que haya existido una mejora en la proporción de nacimientos con bajo peso, por el contrario, ésta aumentó el 7 por ciento entre 1995 y 2002, sino que se incrementaron notoriamente las afecciones respiratorias. Cabe destacar que, según la Organización Mundial de la Salud, las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de consulta en los servicios de salud de América Latina. Los niños de la región padecen entre cuatro y seis episodios por año (Cusminsky y Díaz Muñoz, 1996).

Cuadro 7.2
Primera infancia. Estructura de los egresos hospitalarios según principales diagnósticos por grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 2000.

Diagnóstico de egreso	% en menores de un año	% en 1 a 4 años	% en total primera infancia
Total	100,0	100,0	100,0
Bronquiolitis aguda.	13,2	5,5	10,8
Neumonía no especificada.	3,6	9,4	5,4
Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer	8,0	0,0	5,5
Trastornos relacionados con embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer.	7,6	0,0	5,2
Ictericia neonatal por otras causas.	6,6	0,0	4,6
Diarrea y gastroenteritis aguda.	3,0	8,0	4,6
Dificultad respiratoria recién nacido.	5,4	0,0	3,7
Traumatismo intracraneal.	1,3	6,4	2,9
Retardo crecimiento fetal y desnutrición fetal.	3,8	0,0	2,6
Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto.	3,3	0,0	2,3
Resto enfermedades respiratorias	5,1	15,0	8,1
Resto traumatismos y envenenam.	2,1	13,2	5,5
Resto de causas	37,0	42,5	38,7

Fuente: elaboración sobre la base de egresos hospitalarios.

Con respecto a las mujeres en edades reproductivas, el capítulo más frecuente fue “embarazo, parto y puerperio” que representó más del 60 por ciento de los egresos en ambos momentos¹³. No obstante se destaca que su participación fue diferencial por grupo de edad: entre las menores de 30 años fue cercana al 80 por ciento, mientras que, lógicamente, fue bastante menor para las mujeres de 40 años y más (Cuadro 7.3). Para estas últimas los capítulos “tumores” y “enfermedades del aparato digestivo” tuvieron mayores participaciones.

Al tener en cuenta los diagnósticos más frecuentes (Cuadro 7.4) se observa que a mediados de la década de 1990, si bien el parto en condiciones normales representó la tercera parte de los egresos, los embarazos o parto de riesgo tuvieron una alta participación (18,7 por ciento)¹⁴. Téngase en cuenta que los partos por cesárea representaban en esta década el 22 por ciento del total de partos realizados en hospitales dependientes del gobierno de la Ciudad.

Cuadro 7.3
Mujeres en edades reproductivas. Importancia del embarazo, parto y puerperio en la estructura de los egresos hospitalarios por grupo de edad.
Ciudad de Buenos Aires, 1995 y 2000.

Grupo de edad	1995	2000
15-19	78,7	77,2
20-24	84,3	82,0
25-29	73,4	80,6
30-34	65,9	72,8
35-39	53,7	58,3
40-44	23,7	32,8
45-49	2,6	2,8
Total	64,6	68,7

Fuente: elaboración sobre la base de egresos hospitalarios.

¹³ Cuadros 7.3 y 7.4 del Anexo B.

¹⁴ Incluye embarazo terminado en aborto, parto prematuro, parto obstruido, problemas con las membranas y cavidad amniótica, problemas fetales o placentarios y otras afecciones maternas.

Cuadro 7.4

Mujeres en edades reproductivas. Estructura de los egresos hospitalarios según diagnósticos por grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 1995.

Diagnóstico de egreso	15-29	30-39	40-49	15-49
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Parto en condiciones completamente normales.	42,5	28,4	4,3	33,1
Aborto no especificado.	6,8	5,9	2,9	6,0
Parto prematuro o amenaza de parto prematuro.	4,0	2,2	0,6	3,0
Parto obstruido.	3,1	4,1	0,8	3,0
Trastornos del mecanismo de la inmunidad (SIDA).	3,0	3,8	0,9	2,9
Otros problemas asociados con las membranas y la cavidad amniótica.	3,2	3,6	0,5	2,9
Psicosis esquizofrénica.	1,1	3,8	7,2	2,7
Otros problemas fetales o placentarios que afecten la atención de la madre.	3,0	1,6	0,8	2,3
Colelitiasis (cálculo de la vesícula o conducto biliar).	0,8	2,0	5,7	1,9
Otras afecciones maternas cuando complican el embarazo, parto y puerperio.	1,3	2,4	0,5	1,5
Resto de las causas	31,1	42,2	75,9	40,7

Fuente: elaboración sobre la base de egresos hospitalarios.

En el año 2000 (Cuadro 7.5) mantuvieron su participación los embarazos y partos de riesgo (18,8 por ciento), pero se destaca el incremento del embarazo terminado en aborto que sigue constituyendo la segunda causa de egreso de las mujeres en edades reproductivas; se registraron 4.083 casos que equivalen al 11 por ciento de los egresos. Por otra parte, se incrementaron los partos por cesárea, representando el 25 por ciento del total de partos realizados en hospitales dependientes del gobierno de la Ciudad.

La creciente importancia del embarazo terminado en aborto¹⁵ es un indicador inequívoco de las dificultades que las mujeres enfrentan para evitar un embarazo no deseado, así como también de la inadecuada protección social de la mujer que decide llevar adelante su embarazo.

¹⁵ Hay que tener en cuenta además el problema biológico. Echarri Cánovas (1991) cita un trabajo de Wilcox (1988) sobre abortos espontáneos donde se afirma que el 9 % de las concepciones se pierde como aborto confirmado clínicamente.

Cuadro 7.5

Mujeres en edades reproductivas. Estructura de los egresos hospitalarios según diagnósticos por grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 2000.

Diagnóstico de egreso	15-29	30-39	40-49	15-49
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Parto único espontáneo.	39,3	25,2	5,2	30,9
Aborto no especificado.	11,9	11,7	4,1	10,8
Trabajo de parto obstruído debido a anormalidad de la pelvis materna.	2,6	4,1	1,1	2,8
Colelitiasis (cálculo de vesícula o conducto biliar).	1,3	3,0	7,9	2,7
Otros productos anormales de la concepción.	1,7	2,2	1,3	1,8
Falso trabajo de parto.	2,3	1,3	0,5	1,8
Ruptura prematura de las membranas.	1,9	1,6	0,5	1,6
Tumor benigno del útero.	0,1	1,1	6,3	1,2
Apendicitis aguda.	1,1	0,9	1,0	1,0
Examen y atención del postparto.	0,9	0,9	0,2	0,8
Resto de las causas	36,9	47,8	72,0	44,5

Fuente: elaboración sobre la base de egresos hospitalarios.

El uso adecuado de los servicios de salud, en lo que respecta al control prenatal, se asoció con mejoras en la morbilidad materna e infantil, pero el hecho de que la gran mayoría de las mujeres asistan a los controles prenatales y que casi la totalidad de los partos sean institucionales, hace evidente que el contacto de las mujeres con los servicios de salud no garantiza una calidad adecuada en la atención y un cuidado preventivo ante los eventuales riesgos asociados al embarazo y al parto (Ramos et. al., 2001).

Una situación que afecta gravemente la salud de las mujeres es la que ocurre cuando se produce un embarazo no deseado. Estos embarazos están causados principalmente por la ausencia del uso de métodos anticonceptivos o por su inadecuada utilización. Los comportamientos de las mujeres con respecto a la anticoncepción están asociados a las condiciones de accesibilidad a los servicios y a las modalidades de atención, que a su vez son determinadas por las condiciones socioeconómicas. Resulta pertinente mencionar las conclusiones de un estudio cualitativo con relación a la atención hospitalaria de las complicaciones de abortos inseguros. Las autoras (Ramos y Viladrich, 1993) señalan que el contacto entre la

institución médico-hospitalaria y las mujeres de sectores sociales de bajos ingresos que recurren al hospital por complicaciones de aborto, está fuertemente condicionada por la situación de ilegalidad y clandestinidad del mismo. De esta manera, el servicio de salud funciona más preocupado por “preservar el embarazo” y “saber la verdad”, que por asistir a una mujer en situación crítica. Estas mujeres tendrán que optar por los peligros que implica para su vida la atención “no profesional”.

También existen riesgos en los partos considerados “normales” que ya no afectan a la madre sino al niño. Es sabido que los niños tienen posibilidades diferentes de desarrollo de su potencial desde su concepción, según las características de sus padres y de la condición socioeconómica de sus hogares.

Lamentablemente, no existen datos sobre el estado nutricional y de salud de las mujeres en edad fértil y por lo tanto no es posible establecer el riesgo del niño de nacer con bajo peso para su edad gestacional como consecuencia de déficit nutricionales sufridos por su madre desde niña. Sólo se cuenta con datos sobre la proporción de los nacimientos de bajo peso al nacer o de pretérmino, que en la Ciudad fueron del 6,7 y 5,6 por ciento respectivamente en los inicios de la década de 1990¹⁶ y, probablemente asociados a la crisis económica, se incrementaron al 7,4 y 6,6 por ciento respectivamente al comenzar la década siguiente¹⁷. Ambas condiciones determinan disparidades en las oportunidades de sobrevivir, de crecer y desarrollarse normalmente. No obstante los esfuerzos mayores que requieran por parte de su familia y de la sociedad, estos niños tendrán afectada su capacidad de desarrollo pleno. Cabe destacar que la incidencia del bajo peso al nacer también se incrementó durante la década de 1980 en la mayoría de los países del norte y oeste europeo¹⁸.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que los países con mayor desarrollo y con mejor organización y equidad en salud, por ejemplo Dinamarca y Suecia, presentan participaciones del bajo peso al nacer

¹⁶ Cuadro 7.5 del Anexo B.

¹⁷ Cuadro 7.6 del Anexo B.

¹⁸ Algunos ejemplos: Dinamarca (1980:7,2; 1985=8,0 y 1990=8,1), Noruega (1980:5,9; 1985=7,7 y 1990=8,7), Inglaterra y Gales (1980:7,4; 1985=9,0 y 1990=9,5) y Polonia (1980:8,5; 1985=9,0 y 1990=9,8) (Masuy-Stroobant, 1997:23 Tabla 1.4).

cercanas al 4 por ciento (Schwarcz, 1998). Este porcentaje indica la brecha que existe, en este indicador de calidad de vida, entre la situación en la Ciudad y el paradigma representado por los países con mayores niveles de salud del mundo. El potencial de reducción es del 42 por ciento sobre la base de una incidencia en la Ciudad del 7,3 por ciento de bajo peso al nacer para 2002.

Otra asociación entre la salud infantil y las variables sociales es la que existe entre el nivel de instrucción de la madre y las posibilidades de sobrevivencia y crianza de los niños. Se comprobó que el grado de seguimiento de conductas recomendadas aparece condicionado por el nivel educativo de la madre (Cusminsky y Díaz Muñoz, 1996; Moreno, 1999 y Vinocur, 1999) y que éste es un instrumento fundamental para asegurar, a través de estrategias de promoción, mejores condiciones de salud para la infancia. En la Ciudad, la incidencia de nacimientos de madres con baja instrucción¹⁹, en ambas décadas, representó menos del 3 por ciento²⁰. La mayor escolarización de las mujeres de la Ciudad explica la diferencia con los valores del promedio nacional (16,6 por ciento en 1991-92 y 10,1 en 2001-02). En el extremo opuesto se encuentran Santiago del Estero con el 48,2 por ciento en 1991-92 y Misiones con el 33,2 por ciento en 2001-02.

Otro de los riesgos al nacimiento lo constituye el embarazo adolescente. Las adolescentes no tienen igual acceso a los métodos de planificación familiar, exponiéndose a tener embarazos no deseados y a verse forzadas al uso de métodos de control de la natalidad muy traumáticos y peligrosos, como el aborto inducido, que derivan en mayor riesgo de la mortalidad. La maternidad adolescente en Buenos Aires se mantuvo estable, representando cerca del 6 por ciento de los nacimientos, muy inferior al promedio nacional (14,7 en 1991-92 y 14,6 en 2001-02). Por otro lado, hay que tener en cuenta que en 1995 el 79 por ciento de las adolescentes internadas en los hospitales dependientes del gobierno de la Ciudad egresaron por causas relacionadas con el embarazo, mientras que para las mujeres de 20 a 49 años representó el 63 por ciento. Se observa que el 6 por ciento de los egresos de las adolescentes fue por embarazo terminado en

¹⁹ Hasta primario incompleto.

²⁰ Cuadros 8.1 y 8.2 del Anexo B.

aborto, proporción que se incrementa al 12 por ciento para el 2000. Estas participaciones en las mujeres de 20 a 49 años fueron del 8 y 14 por ciento respectivamente. Es decir, si bien en ambos grupos de edad se incrementó la proporción de egreso por embarazo terminado en aborto, fue más grave aún entre las adolescentes.

La mayor calificación del médico, en embarazos de riesgo, incidiría en la disminución del riesgo al momento de nacer y en las primeras horas de vida. Además, podría tenerse en cuenta como indicador indirecto de cesárea, ya que en ese tipo de partos es necesaria la presencia de un médico. En Buenos Aires, a comienzos de la década de 1990, el 41 por ciento de los partos fue atendido por un médico; esta participación disminuyó al 37 por ciento en los inicios de la década del 2000. Asimismo, se destaca que la atención del médico está relacionada con el establecimiento donde ocurre el parto; en el 2002 del total de partos atendidos por médicos sólo el 6 por ciento ocurrió en establecimientos públicos.

Los indicadores analizados permiten afirmar, que a pesar de la crisis, la Ciudad continúa manteniendo una posición de privilegio con respecto al resto del país.

7.2.2 La mortalidad.

Es ampliamente conocida la asociación entre mortalidad infantil y condiciones de vida (Taucher, 1979; Troncoso, 1989; Behm, 1992; Mazzeo, 1998; Vinocur, 1999, Minujin et. al, 2000). Las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años se convirtieron no sólo en indicadores de salud, sino también de bienestar y desarrollo humano (Moreno, 1999), ya que reflejan la distribución y disponibilidad de los servicios de saneamiento, salud y educación de la población. Si bien históricamente la Ciudad registra los menores niveles de mortalidad del país²¹, se consideró conveniente, dada su heterogeneidad espacial, incorporar el análisis de la mortalidad de la niñez como indicador de la “no salud” de los mismos.

El nivel de la mortalidad de la niñez descendió el 40 por ciento entre 1990 y 2002. Teniendo en cuenta los distintos grupos etarios en que puede segmentarse se observa que, partiendo de distintos niveles, las mayores

²¹ En la última década también registra bajos niveles Tierra del Fuego.

reducciones se produjeron entre los niños de 1 a 4 años y en la mortalidad perinatal y neonatal.

Cuadro 7.6
Tasa de mortalidad perinatal y de la primera infancia según grupo de edad (por mil nacidos vivos). Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.

Año	Perinatal	Neonatal	Postneonatal	Total Infantil	1-4 años	Primera infancia
1990	13,9	10,7	5,3	16,0	2,9	18,9
1991	12,6	8,5	5,1	13,6	2,2	15,7
1992	13,6	10,2	4,2	14,4	2,2	16,6
1993	12,5	10,4	5,0	15,4	2,3	17,7
1994	12,9	9,6	4,4	14,0	1,0	14,9
1995	10,8	8,3	4,2	12,5	2,8	15,3
1996	11,6	9,6	4,7	14,3	2,2	16,5
1997	10,8	8,1	3,7	11,8	2,0	13,8
1998	10,9	8,6	4,0	12,6	1,7	14,3
1999	9,5	7,1	3,2	10,3	1,6	11,9
2000	7,8	5,9	3,1	9,0	1,2	10,2
2001	7,4	6,2	2,9	9,1	1,3	10,4
2002	8,1	6,3	3,6	9,9	1,4	11,3

Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003).

La tasa de mortalidad de la primera infancia fue de 18,9 por mil en 1990 y descendió a 11,3 por mil en el 2002. Sólo presenta un leve incremento la mortalidad infantil por causas reducibles²² que de 4,8 por mil aumenta a 5,5 por mil²³. Es decir, aumentaron las muertes que podrían controlarse con acciones en el sistema de salud sencillas y de bajo costo a través de la prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno en el embarazo, en el parto y en el nacido vivo.

También se consideró necesario investigar cuáles fueron las causas de muerte ya que son consideradas la expresión biológica final de un proceso que en una proporción relevante está determinado por la estructura económica y social de una sociedad. Según Behm (1990), a través de su análisis, quedarían evidenciadas las formas particulares de enfermar y morir, de cada conjunto social, que responden a condiciones de vida específicos.

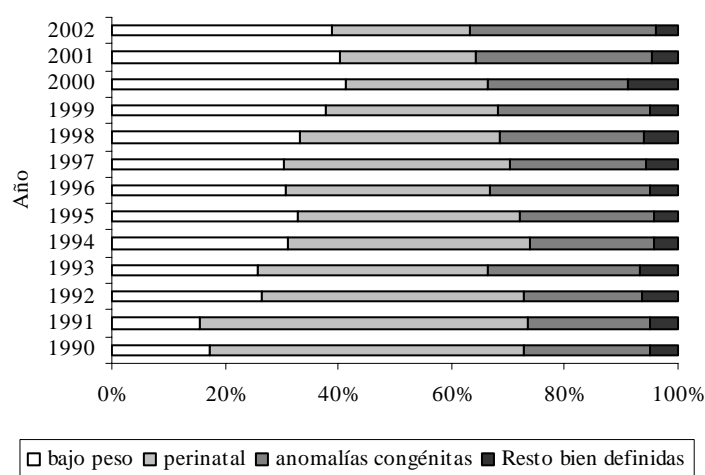
La estructura por causas de la mortalidad de la niñez se analizó para tres grupos etarios: neonatal, postneonatal y de 1 a 4 años, porque la importancia relativa de las mismas difiere según la edad. En la mortalidad neonatal los mayores niveles se registraron en “bajo peso al nacer”, “anomalías congénitas” y en “causas de la mortalidad perinatal (excluido

²² Cuadros 7.5 y 7.6 del Anexo B.

²³ Podría haber incidido el cambio de clasificación entre causas evitables y reducibles.

bajo peso al nacer)". El nivel de la mortalidad por "bajo peso al nacer"²⁴ presentó una tendencia fluctuante, si bien creciente durante la década de 1990, con una leve disminución en el trienio 2000-2002. En el 2002 murieron por esta causa 23 de cada diez mil nacidos vivos. Las "anomalías congénitas" también registraron una tendencia fluctuante pero decreciente, llegando al 19,6 por diez mil en 2002. Por su parte la mortalidad por "causas perinatales" presentó una tendencia decreciente continua, siendo del 14,5 por diez mil para el último año.

Gráfico 7.1
Estructura porcentual de la mortalidad neonatal por causas.
Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.



Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 7.11 del Anexo B.

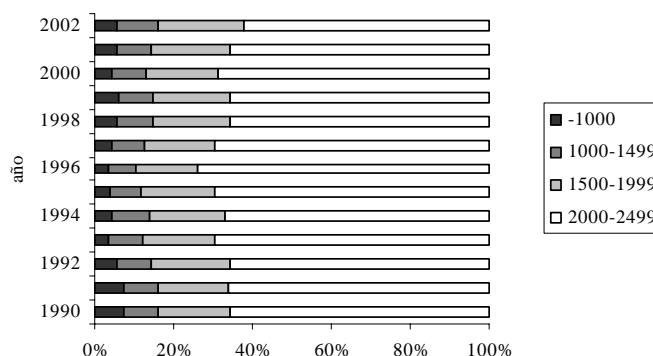
La tendencia de la mortalidad por bajo peso al nacer, está relacionada con el aumento de la proporción de nacimientos de bajo peso²⁵. Durante la última década se incrementó especialmente la participación de los nacidos con menos de 1000 gramos, que son los de más difícil sobrevivencia, pese a que la tecnología neonatal logró avances importantes mediante mejoras en el equipamiento para el tratamiento y recuperación de los recién nacidos y también por las intervenciones terapéuticas adecuadas²⁶.

²⁴ Cuadro 7.11 del Anexo B.

²⁵ Cuadro 7.15 del Anexo B.

²⁶ Entre otras: administración prenatal de corticoides en amenaza de parto prematuro, administración precoz postdata de surfactante en prematuros, inducción de maduración intestinal con un programa de alimentación enteral precoz con leche humana en recién nacidos prematuros, lactancia materna (Larguía, 1998).

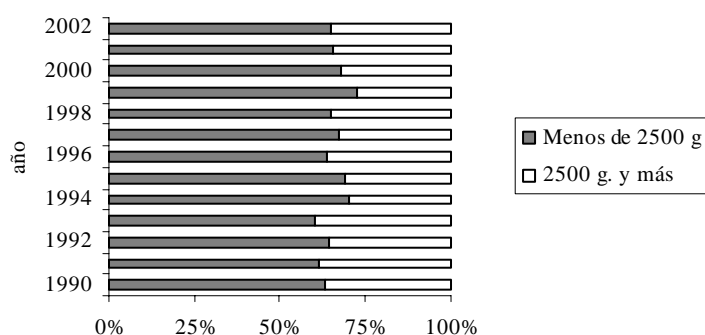
Gráfico 7.2
Estructura porcentual de los nacimientos por tramo de bajo peso.
Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.



Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 7.15 del Anexo B.

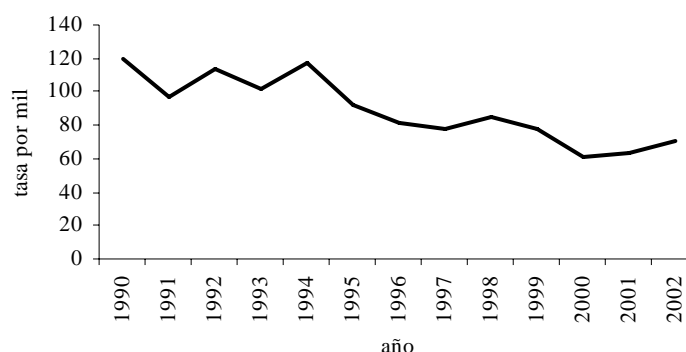
La estructura de la tasa de mortalidad infantil, según tramo de peso al nacer, revela que los niños nacidos con bajo peso (menos de 2.500 gramos) representan más del 60 por ciento de la tasa de mortalidad infantil total. Esta participación es muy alta comparada con la registrada en 1990 en los países del oeste europeo, donde constituían cerca del 30 por ciento de la tasa de mortalidad infantil total (Masuy-Stroobant, 1997). Por otro lado, se observa una tendencia a su reducción, especialmente a partir de mediados de la década de 1990 (Gráfico 7.4).

Gráfico 7.3
Participación del bajo peso al nacer en la tasa de mortalidad infantil.
Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

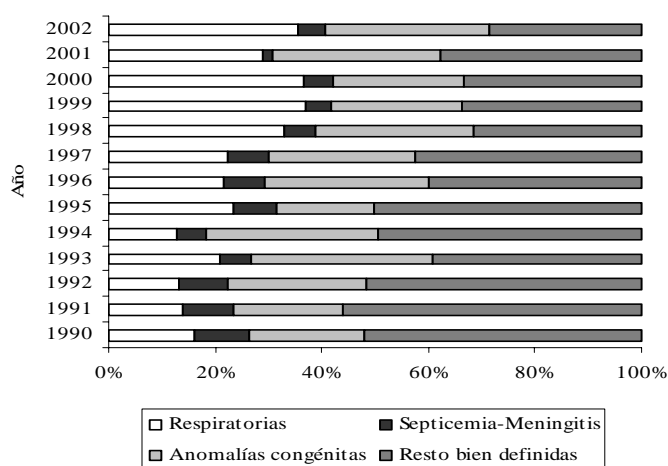
Gráfico 7.4
Tasa de mortalidad infantil de niños con bajo peso al nacer.
Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

En la mortalidad post-neonatal los mayores niveles se ubicaron en las “enfermedades del aparato respiratorio” y en “anomalías congénitas”. La primera presentó una tendencia decreciente hasta 1997 y luego creciente, aunque con oscilaciones, llegando al 12 por diez mil en el 2002²⁷. Las “anomalías congénitas” registraron una tendencia fluctuante durante el período analizado, siendo del 10,3 por diez mil en el último año.

Gráfico 7.5
Estructura porcentual de la mortalidad post-neonatal por causas.
Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.



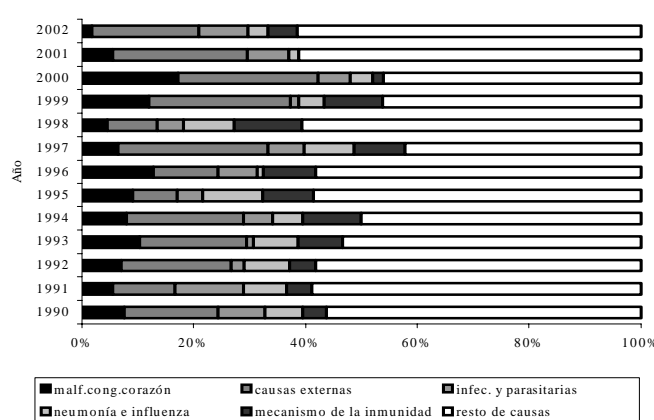
Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 7.12 del Anexo B.

Finalmente la mortalidad de los niños de 1 a 4 años presentó una mayor heterogeneidad en su estructura por causas (Gráfico 7.6), siendo las más importantes las “causas externas (accidentes)”, las “infecciosas y

²⁷ Cuadro 7.12 del Anexo B.

parasitarias”, las “malformaciones congénitas del corazón”, la “neumonía e influenza” y las “enfermedades que afectan al mecanismo de la inmunidad (incluye SIDA)”, todas ellas con tendencia fluctuante pero decreciente durante la última década²⁸. Se destaca para el último año un ligero repunte de la mortalidad por infecciosas y parasitarias, causas relacionadas con el medio físico y social, la malnutrición y la falta de higiene, todas ellas asociadas con contextos socioeconómicos desfavorables.

Gráfico 7.6
Estructura porcentual de la mortalidad de los niños de 1 a 4 años por causas.
Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.



Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 7.13 del Anexo B.

Es lógico pensar que los factores socioeconómicos, que condicionan la accesibilidad a los servicios de salud y la situación nutricional, pudieran incidir en el aumento de la participación de formas graves de infecciones respiratorias. Los factores de riesgo que determinan la gravedad del proceso son el bajo peso al nacer, la edad, el lento desarrollo del mecanismo inmunológico y la contaminación atmosférica en general (Cusminsky y Díaz Muñoz, 1995). En un estudio realizado en Argentina, a comienzos de los noventa, que analizó las muertes de menores de un año causadas por infecciones respiratorias bajas, se observó que una alta proporción provenía de familias con necesidades básicas insatisfechas, embarazo no controlado, desnutrición, calendario de vacunación incompleto e internaciones previas por infecciones respiratorias. También se comprobó una insuficiente atención de la enfermedad (Sarasqueta et. al., 1993). Debido a la magnitud

²⁸ Cuadro 7.13 del Anexo B.

que el problema tiene a nivel nacional, en los últimos años se reconoció la posibilidad de reducir la mortalidad mediante acciones normatizadas en los programas de atención primaria de la salud.

También los accidentes, una de las principales causas de muerte entre los niños de 1 a 4 años, constituyen eventos prevenibles. Los factores de riesgo de accidentes se relacionan con las características del ambiente y su entorno inmediato. Se debe tener presente que el niño debe ser considerado junto a su entorno familiar. La evidencia empírica muestra que las caídas constituyen el tipo más frecuente de accidente y que las quemaduras son más habituales en los niveles socioeconómicos bajos, en los que puede incidir el hacinamiento y las fuentes de calor y de luz sin protección.

En el contexto de la salud materno-infantil, los riesgos y daños vinculados al embarazo, parto y puerperio, asociados a la mortalidad materna, constituyen un importante problema, tanto en lo referente a las causas como a los distintos factores que influyen en la misma: la nutrición y las condiciones socioeconómicas, así como la calidad y extensión de los servicios y programas destinados a su atención. El nivel de la tasa de mortalidad materna en la Ciudad muestra un comportamiento fluctuante pero estable²⁹ con un leve incremento en el último trienio, siendo 1,5 por diez mil en el 2002; es la tercera parte de la tasa promedio del país que, para el mismo año, fue 4,6 por diez mil. En cuanto a las causas que la ocasionaron, entre 1990 y 2002, el 44 por ciento de las muertes maternas de residentes de la Ciudad fue por aborto.

Estimaciones indirectas basadas en información secundaria fundamentaron la existencia de subregistro de causa de muerte debido a las modalidades de certificación y registros existentes (MSAS, 1989)³⁰. Para la Ciudad, el único estudio realizado a nivel nacional que revisó de manera sistemática el subregistro de la mortalidad materna fue el realizado por el Ministerio de Salud y Acción Social que consideró las muertes de mujeres en edades reproductivas ocurridas en 1985 en algunas jurisdicciones del

²⁹ Cuadro 7.14 del Anexo B.

³⁰ Se trata de subregistro de causa de muerte y no de muerte.

país³¹. En ese momento, para la Ciudad, la medición del subregistro de muertes maternas alcanzaba al 38,5 por ciento, si bien es necesario destacar que se trató de un estudio por lugar de ocurrencia y no mostró el subregistro de la mortalidad materna de las mujeres residentes en ella, sino de las fallecidas y registradas en la misma. Los valores obtenidos en ese estudio parecerían muy altos en comparación con otro más reciente (Ramos et. al, 2004) realizado en seis provincias (Chaco, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis y Tucumán) que demostró un nivel de subregistro de muertes maternas del 9,5 por ciento promedio, con mayores niveles en San Luis (14,3 por ciento) y Tucumán (21,1 por ciento). Las explicaciones de estos niveles se encuentran en la mejora de la captación de las muertes maternas, factible, debido al tiempo transcurrido entre los dos estudios o a la existencia de diferenciales de nivel según jurisdicción.

Los argumentos de ambos trabajos para explicar el subregistro de la mortalidad materna se basan en que, cuando la muerte no ocurre en un Servicio de Obstetricia, el certificado de defunción no incluye la información que relaciona la causa con el estado grávido-puerperal. Dada la frecuente derivación de las pacientes, esta información se pierde especialmente cuando la mujer muere algunas semanas después.

7.2.3 El cuidado de la salud.

El cuidado de la salud incluye todas las medidas necesarias para evitar el deterioro de la misma, o en caso de que suceda, tratarla adecuadamente. Dentro de estas medidas se incluye: el acto médico, las conductas de las familias, el medio ambiente, la calidad del ambiente, la inserción laboral, los ingresos, la educación, etc., siendo fundamental la existencia de un sistema de atención con énfasis en las medidas preventivas.

La medida del grado de atención de la salud está en relación no sólo con los resultados que se obtienen (morbilidad y mortalidad), sino también con el riesgo de la población que se asiste. Un indicador utilizado para analizar la calidad de la atención de la salud en los niños menores de un año

³¹ Además de la Ciudad se trabajó en las provincias de Tucumán, Corrientes y Córdoba. La existencia del subregistro se estableció mediante el pareo de la causa registrada en el certificado de defunción y los datos de la historia clínica de la fallecida.

es el índice obtenido al relacionar la mortalidad infantil, elegida como resultado, con la incidencia del bajo peso al nacer, seleccionada como riesgo de la población³² (MSAS, 1994). Para los niños de 1 a 4 años se utiliza un índice diferente, ya que el bajo peso deja de ser un factor de tan alto riesgo como sucede durante el primer año de vida. En este caso el índice relaciona las muertes no evitables (tumores, anomalías congénitas y cardiovasculares) con las evitables (infecciosas, violencias y respiratorias). Ambas relaciones muestran que cuanto mayor es el índice peor sería la atención de la salud.

En la Ciudad, en ambos grupos de edad se observa³³, si bien con algunas fluctuaciones, una reducción del índice (Gráfico 7.7) que muestra una mejora en la atención desde mediados de los noventa, aunque registra un deterioro en el último bienio. Se destaca que durante todo el período fue peor la calidad de la atención de los menores de un año. Las explicaciones a esta situación se encuentran en las conductas de las mujeres en el control efectivo de sus embarazos. La ausencia de controles o la reducida cantidad de los mismos se vincula con el bajo peso al nacer, los nacimientos prematuros y la mortalidad infantil, indicadores incorporados en el índice elaborado.

Por otro lado, se investigaron las conductas de las familias ante la prevención y el cuidado de la salud de los niños y las estrategias de las mujeres en relación con la atención del embarazo y el parto. Como ya se señalara, se trabajó con las Encuestas de Condiciones de Vida del SIEMPRO de los años 1997 y 2001³⁴. Lamentablemente³⁵, los altos coeficientes de variación que presentan para la Ciudad las poblaciones que son objeto de análisis (madres de niños menores de 3 años y niños menores de 5 años) sólo permitieron obtener muy pocas evidencias, aunque relevantes, en la caracterización de la salud-enfermedad-atención de las mujeres embarazadas y de la primera infancia.

Es posible inferir que la crisis económica, que empujó a la mujer hacia el mercado laboral para aportar ingresos a los deteriorados

³² Este indicador fue utilizado por el Programa Nacional de Estadísticas de Salud para evaluar el grado de atención sanitaria según grupo de edad.

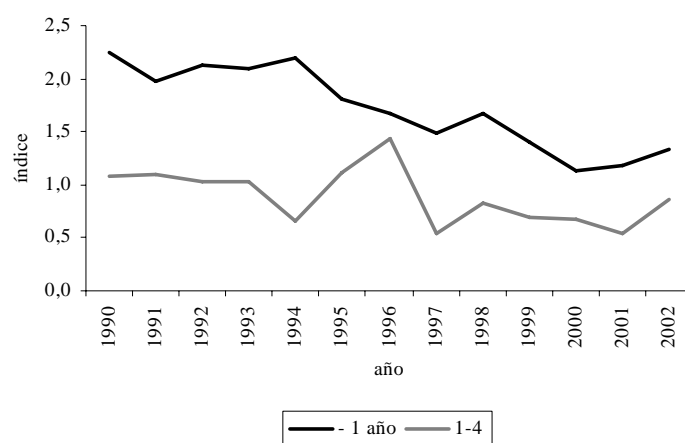
³³ Cuadro 7.16 del Anexo B.

³⁴ Que se tomaron como representativos de las conductas relacionadas con la atención de la salud de las décadas de 1990 y del año 2000.

³⁵ Los problemas metodológicos se detallan en el Anexo A.

presupuestos familiares, modificó las prácticas cotidianas en el cuidado de los niños. Probablemente tuvo menor tiempo para compartir con sus hijos y para llevarlos a los controles periódicos y/o menores ingresos para transportarlos hasta el hospital o consultorio médico. También incidirían en la calidad del cuidado el stress y el cansancio, y la menor chance de lactancia.

Gráfico 7.7
Evaluación de la atención de la salud de la primera infancia.
Ciudad de Buenos Aires, 1990-2002.



Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 7.15 del Anexo B.

El análisis comienza con los controles prenatales que, como ya se señalara, son una acción básica de promoción y prevención de la salud y su eficacia está determinada por la oportunidad del primer control, la frecuencia de controles y la calidad de la atención. Entre 1997 y 2001, en la cantidad de controles durante el embarazo y el post-parto, se observan disminuciones importantes; en la oportunidad del primer control esta reducción es más leve.

Para igual período (1997-2001) con respecto al cuidado de la niñez se observa menor permanencia de los niños con alguno de sus padres la mayor parte del día (- 19 por ciento) y también menor cobertura exclusiva de obra social (-16 por ciento), que se relacionaría con el aumento de la precariedad laboral y de la tasa de actividad de las mujeres, ya señalado en el capítulo 5. Pero las disminuciones más importantes y relacionadas directamente con la salud de los niños se registraron en el número de

consultas de control de su salud (- 48 por ciento) y en la chance de amamantamiento hasta 6 meses inclusive (-23 por ciento).

Cuadro 7.7
Indicadores de las conductas de las familias. Ciudad de Buenos Aires, 1997 y 2001.

Indicador	1997	2001
Primer control hasta 3º mes de embarazo	98,8	95,2
5 o más controles durante el embarazo	96,4	89,4
Control del embarazo en establecimiento no público	73,2	74,6 *
Atención del parto en establecimiento no público	74,2	77,6
Realización de control post-parto	96,0	92,0
Amamantamiento hasta 6 meses inclusive	73,3	56,1 *
Cobertura de salud sólo de obra social en niños de 0-4 años	60,1	50,5 *
Permanencia con alguno de los padres la mayor parte del día	88,5	71,7
Consulta sin estar enfermo el niño en los últimos 12 meses	98,9	98,1
Más de 6 controles sin estar enfermo el niño en los últimos 12 meses	78,4	45,4 *

Nota: * Coeficientes de variabilidad mayores al 10 por ciento. Ver Punto 3 de Anexo A.
Fuente: elaboración sobre las bases de encuestas de condiciones de vida.

Es conocido el impacto de la lactancia materna prolongada³⁶ en la salud infantil. La leche humana tiene un valor incomparable en el desarrollo y maduración del sistema nervioso central, en la protección inmunológica y en la prevención a corto, mediano y largo plazo de diferentes patologías en el niño. Según una encuesta realizada en la Ciudad en 1997, a madres residentes³⁷, la lactancia materna exclusiva fue del 23,1 por ciento y la lactancia materna completa del 33,4 por ciento (Ageitos, 1998). Existían notorias diferencias según el grupo etario (Cuadro 7.8) y las altas participaciones de lactancia exclusiva se registraban entre los menores de tres meses, si bien no cumplían con la meta de lactancia (que el 60 por ciento de los niños sea amamantado hasta el sexto mes en forma exclusiva).

Más recientemente, en el 2002, la Encuesta Anual de Hogares (EAH) de la Ciudad mostró que menos de la quinta parte de los niños menores de dos años consumió leche materna exclusiva (15,5 por ciento), mientras que la mitad complementó este tipo de alimentación con el uso de

³⁶ Según la norma aceptada en el país la lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros seis meses y lactancia con alimentación complementaria oportuna y adecuada a partir del sexto mes y hasta los dos años (Ageitos, 1998).

³⁷ Fue una muestra de 426 casos.

la mamadera³⁸. Con respecto a los menores de un año, algo menos de la tercera parte sólo consumieron leche materna, otro tercio la combinaron con el uso de la mamadera y fue levemente superior la proporción de quienes sólo utilizaron la mamadera (37,7 por ciento). De los niños entre uno y dos años, más de la mitad (63,9 por ciento) utilizaron mamadera únicamente, el 7,8 por ciento lactancia materna exclusiva y el 8,4 por ciento empleó la mamadera como complemento de la leche materna. En el caso de los bebés de hasta 6 meses, la lactancia materna exclusiva fue del 38,6 por ciento. Comparando este valor con el del año 1997 parece haberse incrementado en la Ciudad la lactancia materna exclusiva y ello podría ser resultado de las campañas públicas de promoción de la lactancia más que por deterioro socioeconómico.

Cuadro 7.8
Lactancia materna según grupo etario. Ciudad de Buenos Aires, 1997.

Lactancia	- de 28 días	60-89 días	120-149 días	180-209 días
Exclusiva (E)	79,7	54,8	23,1	3,9
Predominante (P)	1,3	9,5	10,3	5,9
Completa (E+P)	81,0	64,3	33,4	9,8
Parcial *	15,2	23,8	41,0	51,0
Destetado	3,8	11,9	25,6	39,2

Nota: * pecho más otra leche o papilla.

Fuente: Ageitos, 1998.

Otra de las conductas preventivas analizadas relacionada con la salud de la niñez, es la vacunación sistemática de los niños, ya que les garantiza menor morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas. Es una prioridad de la política pública que se alcancen los mayores niveles de cobertura en relación a la aplicación efectiva de las distintas vacunas. Para verificar esos niveles se usó la información provista por la EAH 2002. En ella se solicitó a las madres que mostraran el carnet de cada uno de sus hijos para confirmar la respuesta a la pregunta sobre calendario de vacunación. Cabe destacar que la exhibición del carnet de vacunación se dio sólo en el

³⁸ Para los bebés menores de 7 meses se indagó sobre la ingesta de otro líquido usando recordatorio de las últimas 24 hs. que permite obtener un dato más confiable de lactancia materna exclusiva.

29,3 por ciento de los casos, por lo cual los valores obtenidos deben tomarse con recaudos, debido a los altos coeficientes de variación. Entre los niños cuyas madres mostraron el carnet³⁹, la totalidad de los menores de un año tiene la cobertura completa de vacunación BCG y antihepatitis B. En los niños de uno a dos años se mantiene en 100 por ciento la BCG pero se reduce a 81 por ciento la antihepatitis B y a 85 por ciento la aplicación de la Sabin y la Cuádruple. Para los dos años de edad, la BCG mantiene el 100 por ciento de cobertura, así como la triple viral (99,3 por ciento), sin embargo es más baja la cobertura de antihepatitis B (46,6 por ciento).

Los altos niveles de cobertura de la antihepatitis B, en los menores de dos años, tiene su explicación en que la edad de estos niños coincide con el momento en que se determinó su administración obligatoria y fue aplicada gratuitamente⁴⁰. Por su parte, la baja cobertura en los niños de dos años responde a que esta vacuna es de alto costo y que en los comienzos de la obligatoriedad de su aplicación no haya estado garantizada la gratuidad en el ámbito público. Asimismo, llama la atención que el nivel de cobertura completa de la vacuna Sabin alcance sólo al 70 por ciento de los menores de dos años. A pesar de la gratuidad de las vacunas administradas en el sistema público, factores sociales y económicos, así como la falta de información adecuada, resultarían limitantes en cuanto al logro de niveles de cobertura adecuados⁴¹, lo que demostraría fallas en el funcionamiento de los servicios.

Es sabido que la información surgida sólo de la declaración de los respondientes no resulta de alta confiabilidad, ya que se basa en recuerdos sobre datos puntuales como el tipo de vacuna aplicada y la cantidad de dosis de cada una de ellas. Si además, se brinda información sobre varios hijos, las posibilidades de error son aún mayores. Igualmente se consideró oportuno el análisis comparativo de ambas situaciones en relación a la cobertura de los niños hasta los 4 años. La inclusión de la información validada sólo por el testimonio del entrevistado, marca diferencias aunque

³⁹ Constituyen el 30 por ciento para los menores de 1 año y el 34 por ciento de los de 1 a 2 años.

⁴⁰ Si bien la aplicación efectiva en la ciudad comenzó en el 2001 fue obligatoria y gratuita para los niños nacidos a partir de noviembre de 2000.

⁴¹ El número de dosis recomendadas es variable: BCG una dosis al nacimiento; Sabin y Cuádruple (difteria, tétanos, pertussis, haemophilus influenza b) cuatro dosis; Hepatitis B tres dosis; Triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis) dos dosis y Hepatitis A una dosis al año.

no de significación, con excepción de la vacuna triple bacteriana, donde existe una sobreestimación de su aplicación.

Cuadro 7.9
Cobertura de inmunizaciones (en %) según vacunas aplicadas en los menores de cinco años. Ciudad de Buenos Aires, 2002.

Vacuna aplicada	Mostraron carnet de vacunación	No mostraron carnet de vacunación
BCG	99,4	92,5
Sabin	93,8	89,3
Triple bacteriana	36,6	71,1
Hepatitis B	66,2	65,3
Cuádruple	83,8	76,4
Triple viral	71,1	73,5
Otras	41,2	18,3

Fuente: elaboración sobre la base de plan de tabulados.

En síntesis, puede afirmarse que prácticas como el amamantamiento, valiosas por la incidencia en la evitabilidad de enfermedades infectocontagiosas, al igual que en otras partes del país, no están aún afianzadas entre las madres de la Ciudad. Por otra parte, los niveles de cobertura de las inmunizaciones son altos en los casos de aquellas vacunas aplicadas durante el período de internación o exigidas para la documentación del recién nacido, pero luego aparecen resultados dispares en sus niveles de cobertura, tanto entre quienes exhibieron o no el carnet, al momento de ser encuestados.

7.3 La desigualdad en la salud-enfermedad.

La desigualdad en la salud de los niños, como ya se señalara, se midió aplicando los Coeficientes de Gini y de Concentración a los indicadores seleccionados para conocer el riesgo al nacimiento y la mortalidad. Es sabido que cuanto mayor es el área comprendida entre la Curva de Lorenz y la diagonal de igualdad, mayor será el valor del Coeficiente de Gini y por lo tanto la desigualdad de la distribución del indicador que se está midiendo. Por su parte, una Curva de Concentración cercana a la de Lorenz, indicaría que las zonas con peores indicadores de

salud, serían aproximadamente las mismas que las que presentan peores indicadores socioeconómicos⁴².

A comienzos de la década de 1990 los indicadores que presentaron mayor desigualdad en los riesgos al nacimiento fueron: madres con baja instrucción, adolescentes y multíparas. Por otro lado, se destaca el bajo nivel de los coeficientes bajo peso al nacer y pretérmino que, a pesar de lo esperado, prácticamente están cercanos a la diagonal de igualdad.

Cuadro 7.10
Medición de la desigualdad en la salud y la mortalidad de la primera infancia. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992 y 2001-2002.

Indicador	1991-1992		2001-2002	
	Coeficiente de Gini	Coeficiente de Concentración	Coeficiente de Gini	Coeficiente de Concentración
madres baja instrucción	0,289	-0,265	0,441	-0,375
madres solteras	0,175	-0,150	0,207	-0,168
madres adolescentes	0,231	-0,199	0,280	-0,246
madres multíparas	0,225	-0,178	0,338	-0,309
nacimientos pretérmino	0,064	-0,035	0,056	-0,007
nacimientos bajo peso	0,052	-0,029	0,058	-0,039
nacimientos atendidos por médico	0,160	0,111	0,204	0,170
mortalidad fetal	0,264	-0,166	0,252	-0,153
mortalidad infantil	0,141	-0,099	0,207	-0,156
mortalidad infantil neonatal	0,137	-0,071	0,197	-0,129
mortalidad infantil postneonatal	0,201	-0,157	0,280	-0,207
mortalidad infantil reducible	0,212	-0,118	0,256	-0,197
mortalidad perinatal	0,173	-0,104	0,174	-0,123
mortalidad menores de 5 años	0,126	-0,096	0,202	-0,164

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Varios autores observaron que el bajo peso al nacer y el pretérmino no son sensibles para analizar desigualdades en salud, ni estarían asociados con los ingresos, debido a que el alto porcentaje de nacimientos por cesárea⁴³ ocultaría las diferencias socioeconómicas de ambos indicadores. Es decir, las frecuentes cesáreas en las clases media y alta “compensarían” el efecto de la desnutrición o falta de controles adecuados de las mujeres de la clase baja. El estudio de desigualdades en la salud, desde una perspectiva socioespacial, realizado en Rosario mediante análisis de niveles múltiples (Luppi et. al., 2005) demostró que es más probable que el recién nacido sea

⁴² En estos casos ambos coeficientes toman valores absolutos parecidos.

⁴³ Según la Encuesta SIEMPRO 1997 en la Ciudad era el 32 por ciento de los nacimientos de las mujeres que tenían hijos menores de 3 años.

de bajo peso cuando la madre es primípara y cuando el parto no finaliza espontáneamente. En el trabajo sobre mortalidad infantil y bajo peso al nacer en ciudades del nordeste y sudeste de Brasil (Moura de Silva et.al., 2003) se confirmó una fuerte asociación entre el bajo peso al nacer y la tasa de cesáreas⁴⁴. Otro estudio dentro de Brasil (Barbieri et.al., 2000) incorporó a la alta participación de cesáreas los nacimientos de pretérmino. Un análisis espacial entre las relaciones del perfil de los nacimientos y las condiciones socioeconómicas en Río de Janeiro (d’Orsi et.al., 2005) mostró que la proporción de cesáreas en esa ciudad (39,5 por ciento) era más del doble de la recomendable (15 por ciento) y que el bajo peso al nacer no es lo suficientemente sensible para discriminar las diferencias socioeconómicas entre la clase media y los habitantes de las “favelas”. En otro trabajo sobre el municipio de Río de Janeiro (Tavares de Andrade et.al., 2001) se investigaron las desigualdades socioeconómicas en relación a la mortalidad perinatal y el bajo peso al nacer, obteniéndose bajos niveles del índice de concentración, tanto para el bajo peso al nacer (0,1170) como para la mortalidad perinatal (0,1642). También el trabajo de Horte et. al. (1996) sobre el sur de Brasil, demostró que, a pesar de la mayor incidencia observada en las familias de la clase baja, los nacimientos de pretérmino no están asociados a la renta familiar.

También existen causas biológicas que se relacionan con los nacimientos de pretérmino o con el retardo del crecimiento intrauterino, entre otras: aborto espontáneo, contractilidad uterina aumentada, acortamiento del cuello uterino, malformaciones uterinas, diabetes con vasculopatía, placenta previa, rotura prematura de las membranas, embarazo múltiple, multiparidad (Schwarcz, 1998).

Con respecto a las relaciones entre multiparidad y bajo peso al nacer, para la Ciudad se observa⁴⁵ que las participaciones del bajo peso fueron durante todo el período analizado más importantes entre las multíparas. Este hecho también está relacionado con la pobreza ya que las madres multíparas

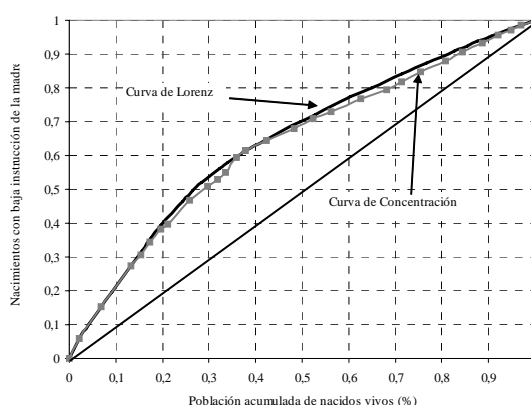
⁴⁴ La ciudad de Ribeirao Preto comparada a Sao Luis tiene mayor proporción de bajo peso al nacer (20 % contra 10,9%) y más alta participación de partos por cesárea (51,1% contra 33,2%).

⁴⁵ Cuadro 7.17 del Anexo B.

(las que tienen 5 hijos y más) en su mayoría pertenecen a los estratos bajos de la población⁴⁶.

En el gráfico 7.8 se observa que el 40 por ciento de los nacimientos que ocurrió en las CE con peores niveles socioeconómicos, concentró más del 60 por ciento de las madres con bajo nivel de instrucción. Se destaca un ordenamiento muy similar (ambas curvas casi se superponen) tanto por los niveles de salud como socioeconómicos.

Gráfico 7.8
Distribución de los nacimientos con baja instrucción de la madre.
Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Por su parte, ese mismo porcentaje aportó cerca del 60 por ciento de los nacimientos de madres adolescentes y de multíparas⁴⁷.

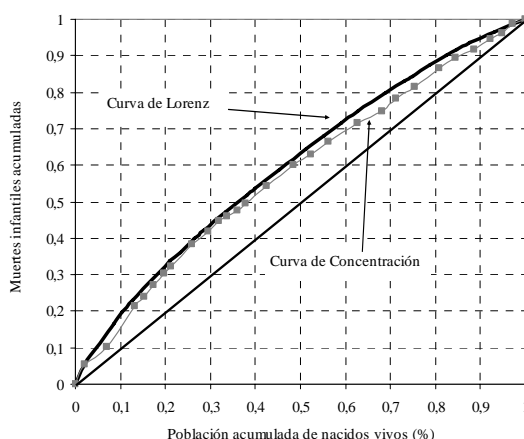
Con respecto a los indicadores de mortalidad, los mayores coeficientes se registraron en la mortalidad fetal, la infantil por causas reducibles y la post-neonatal, las dos últimas más relacionadas con los indicadores socioeconómicos. Se destaca que el 40 por ciento de los nacimientos que ocurrió en las CE con peores niveles socioeconómicos, concentró el 60 por ciento de las muertes fetales registradas, más del 50 por ciento de las muertes de menores de un año por causas reducibles⁴⁸ y cerca del 60 por ciento de las muertes infantiles post-neonatales (Gráfico 7.9).

⁴⁶ Gráficos 7.2 y 7.6 del Anexo B.

⁴⁷ Gráficos 7.1 y 7.2 del Anexo B.

⁴⁸ Gráficos 7.3 y 7.4 del Anexo B.

Gráfico 7.9
Distribución de la mortalidad infantil post-neonatal.
Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

A comienzos de la década del 2000 se observa que en la mayoría de los indicadores (excepto pretérmino y mortalidad fetal) se incrementó la desigualdad. No obstante, los que presentan mayores coeficientes continúan siendo los mismos que en la década anterior.

Con respecto a los riesgos al nacimiento, el 40 por ciento ocurrido en las CE con peores niveles socioeconómicos concentró más del 70 por ciento de los nacimientos de madres con baja instrucción (Gráfico 7.10), más del 60 por ciento de madres adolescentes y casi el 70 por ciento de las multíparas⁴⁹. En todos los casos creció la desigualdad y aumentó la concentración con respecto a la década anterior.

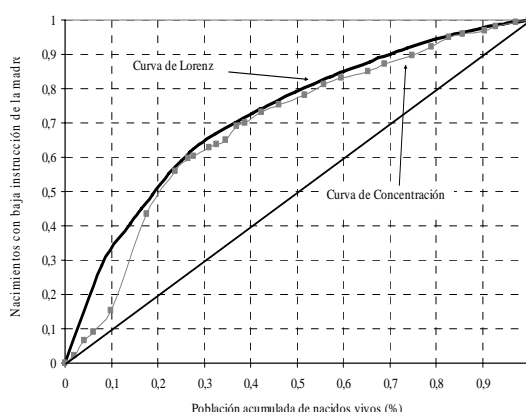
En la mortalidad fetal la desigualdad se mantuvo prácticamente igual y decreció la concentración⁵⁰. En la mortalidad infantil por causas reducibles⁵¹ y en la mortalidad post-neonatal (Gráfico 7.11) creció la desigualdad y aumentó la concentración.

⁴⁹ Gráficos 7.5 y 7.6 del Anexo B.

⁵⁰ Gráfico 7.7 del Anexo B.

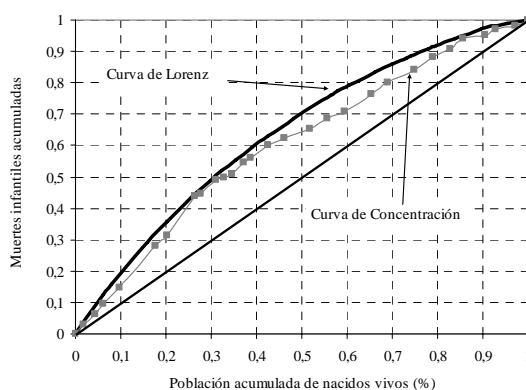
⁵¹ Gráfico 7.8 del Anexo B.

Gráfico 7.10
Distribución de los nacimientos con baja instrucción de la madre.
Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Gráfico 7.11
Distribución de la mortalidad infantil post-neonatal.
Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Los coeficientes obtenidos permiten confirmar la existencia de una relación importante entre la evolución de la salud infantil y de la desigualdad social en la Ciudad. A partir del 2000 las diferencias entre los valores absolutos de ambos coeficientes se acortaron, lo que implica que las zonas con peores indicadores de salud son, aproximadamente, las mismas que las que presentan peores niveles socioeconómicos. Una vez más se confirma que la salud de los niños es altamente dependiente de las condiciones de vida en que se desarrolla. La pertenencia a hogares con necesidades básicas insatisfechas es un factor que condicionó tanto las

posibilidades de acceso a los servicios como las conductas en relación al proceso salud-enfermedad de los niños.

Alleyne (1998) afirmó, que la evidencia objetiva sobre las diferencias en las condiciones de salud y de vida representa el primer paso para distinguir las inequidades en salud. Por lo tanto, este ejercicio descriptivo podría considerarse como un inicio en la identificación de las inequidades en salud de la primera infancia de la Ciudad.

7.4 La desigualdad en el cuidado de la salud.

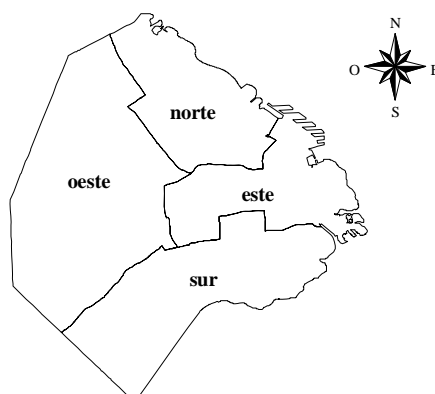
Es sabido que la familia constituye la unidad donde, en forma directa o como mediadora, se establecen y operan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y la mortalidad, en particular entre los menores de cinco años. Asimismo, es “la unidad a partir de la cual se constituyen y/o se organizan las principales redes sociales respecto del proceso salud-enfermedad-atención” (Menendez, 1992:4). Algunos autores (Evans et. al., 1996; Minujin et.al., 2000) afirman que es la familia la que brinda al niño y a sus integrantes en general, los elementos para poder enfrentar condiciones adversas. De esta manera, favorecería o dificultaría en el niño las condiciones para un crecimiento y desarrollo sano.

Por tal motivo, se creyó conveniente incluir el análisis de la desigualdad en la atención de la salud de las familias de la Ciudad, a fines del período analizado, con indicadores obtenidos a partir de la EAH 2002.

En primer lugar se consideró, según zona de la Ciudad⁵², la proporción de población que no realizó consulta médica en los seis meses anteriores a la entrevista. Como se observa en el Cuadro 7.11, las situaciones extremas se encuentran en la zona norte, donde representa menos del 30 por ciento de la población, y en el sur, donde no consultó el 38 por ciento.

⁵² Este (CE: 6,7,9,10,11,12,13,14 y 20); Norte (CE: 16,17,18 y 19); Oeste (CE: 1,5,15,21,24,25,26,27 y 28) y Sur (CE: 2,3,4,8,22 y 23).

Mapa 7.1
Divisiones de la Ciudad según zona.



Fuente: (GCBA, 2004).

Cuadro 7.11
Proporción de población que no realizó consulta médica en los últimos seis meses según zona. Ciudad de Buenos Aires, 2002.

Zona	% no consultó
Este	32,5
Norte	29,6
Oeste	33,3
Sur	37,9
Total Ciudad	33,3

Fuente: elaboración sobre la base de plan de tabulados EAH 2002.

Al tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última consulta, son las zonas oeste y sur las que registran mayores participaciones de personas que hace más de dos años que no consultan.

Cuadro 7.12
Distribución de la población que no realizó consulta médica en los últimos seis meses por tiempo transcurrido desde la última consulta según zona. Ciudad de Buenos Aires, 2002.

Zona	6 meses a		más de 2	No	Total
	1 año	1 a 2 años	años	recuerda	
Este	38,2	38,6	17,7	5,5	100,0
Norte	35,8	41,0	17,9	5,3	100,0
Oeste	35,4	38,2	21,3	5,1	100,0
Sur	35,7	36,0	21,9	6,4	100,0
Total Ciudad	36,1	38,3	20,0	5,6	100,0

Fuente: elaboración sobre la base de plan de tabulados EAH 2002.

Con respecto a la población que consultó al médico, según tipo de financiamiento, en la zona sur la participación de los que lo hicieron gratis o con bonos es 3,8 veces mayor que en el norte, y más de 2 veces la participación de las zonas este y oeste de la Ciudad.

Cuadro 7.13

Distribución de la población que realizó consulta médica en los últimos seis meses por tipo de financiamiento según zona. Ciudad de Buenos Aires, 2002.

Zona	Gratis o con bonos	Todo la obra social, prepaga o mutual	Parte la obra social, prepaga o mutual	En forma particular	Otro	Total
Este	18,0	60,4	15,5	4,3	1,8	100,0
Norte	11,6	69,3	13,3	4,3	1,5	100,0
Oeste	22,3	56,3	13,4	6,1	1,9	100,0
Sur	44,4	42,2	8,0	4,0	1,4	100,0
Total Ciudad	22,4	58,1	12,9	4,9	1,7	100,0

Fuente: elaboración sobre la base de plan de tabulados EAH 2002.

Por otro lado, más del 50 por ciento de la población de la zona sur que realizó consulta médica vivía a menos de 6 cuadras del centro de salud más cercano, mientras que en el resto de la Ciudad las mayores proporciones se ubican en 10 cuadras y más. Esto muestra una mayor concentración de centros de salud en la zona sur y probablemente se deba a esta cercanía, que la participación de la población que no consultó en los últimos seis meses, no sea muy diferente al resto de la Ciudad. Por otro lado, supondría una distribución equitativa de los recursos físicos públicos.

Cuadro 7.14

Distribución de la población que realizó consulta médica en los últimos seis meses por distancia al centro de salud más cercano según zona. Ciudad de Buenos Aires, 2002.

Zona	Menos de 3 cuadras	3 a 5 cuadras	6 a 9 cuadras	10 y más cuadras	Total
Este	8,8	13,7	24,4	53,1	100,0
Norte	9,5	14,3	15,7	60,5	100,0
Oeste	4,4	9,8	19,2	66,6	100,0
Sur	29,7	23,9	19,9	26,5	100,0
Total Ciudad	11,1	14,3	19,6	55,0	100,0

Fuente: elaboración sobre la base de plan de tabulados EAH 2002.

Finalmente, teniendo en cuenta la pobreza por ingresos, las diferencias en la no realización de consulta entre el 20 por ciento más pobre

y el 20 por ciento más rico, muestra comportamientos diferentes por zona. En el sur, la proporción de población del estrato más pobre que no consultó al médico es una vez y media la proporción del estrato más rico que no lo hizo. En el resto de la Ciudad las diferencias son menores.

Cuadro 7.15

Participación de la población que no realizó consulta médica en los últimos seis meses según quintil de ingresos total familiar por zona. Ciudad de Buenos Aires, 2002.

Zona	20 % más pobre	20 % más rico
Este	34,2	25,5
Norte	31,4	23,5
Oeste	37,5	29,9
Sur	41,6	28,6
Total Ciudad	37,3	26,4

Fuente: elaboración sobre la base de plan de tabulados EAH 2002.

A partir de la distribución de los hogares según quintiles de ingresos totales familiares se concluye: en la zona sur residen sólo el 8 por ciento de los hogares más ricos de la Ciudad y más de la tercera parte de los hogares más pobres.

Cuadro 7.16

Distribución porcentual por zona de los hogares del primer y quinto quintil de ingresos total familiar. Ciudad de Buenos Aires, 2002.

Zona	20 % más pobre	20 % más rico
Este	20,5	25,6
Norte	14,1	34,8
Oeste	31,6	31,7
Sur	33,7	7,9
Total Ciudad	100,0	100,0

Fuente: elaboración sobre la base de plan de tabulados EAH 2002.

Los resultados obtenidos indican, que a pesar de la mayor concentración de centros de atención primaria en la zona sur, su población y en especial los más pobres, tienen una percepción de la importancia de los controles médicos que los diferencia notablemente del resto de la Ciudad. Por lo tanto, no es posible pensar que los problemas de la zona sur puedan resolverse con políticas focalizadas. En las zonas de mayor concentración de la pobreza son necesarias estrategias de múltiple intervención dada la heterogeneidad de problemas que sufren.

8. Espacialización de la situación de la salud-enfermedad.

En el capítulo anterior se verificó la existencia de un aumento en la desigualdad de la mayoría de los indicadores seleccionados para el análisis de la situación de la salud-enfermedad de la primera infancia en la Ciudad, en la década pasada. El propósito de este capítulo es visualizar espacialmente las distintas realidades que existen dentro de ella y elaborar, a partir de conglomerados homogéneos entre sí¹, una estratificación en zonas que se contrastará con la obtenida al analizar la desigualdad social².

Las disparidades según la residencia habitual de la madre tienen una importancia fundamental para el sector salud ya que los planes y programas requieren una referencia espacial. Son la base para implementar acciones específicas para las divisiones territoriales. “Se considera que el enfoque geográfico de los fenómenos demográficos tiene un doble interés: permite observar, medir, visualizar las diferencias espaciales y brinda algunos elementos interesantes para orientar la investigación hacia aspectos específicos con el objeto de lograr una mejor focalización del problema y de las posibles soluciones” (Trifiró, 2003:631).

Siguiendo el pensamiento compartido por diferentes autores (Claval, 1981; Santos, 1990 y Sánchez, 1991) el espacio se define como una construcción social que depende de múltiples elementos e intervenciones, especialmente aquellas vinculadas a la economía, la política y la cultura. Así el espacio “se convierte en una instancia social que condiciona la evolución de las restantes estructuras de la sociedad, y cumple su función mediante un papel activo que permite o dificulta el proyecto de desarrollo adoptado por cada fracción de la sociedad” (Lucero, 2005:388). De esta manera, el espacio social estaría formado por dos componentes interrelacionados: la configuración espacial y la dinámica social.

Desde la perspectiva sociológica, “hablar de un espacio social significa que no se puede juntar a cualquiera con cualquiera ignorando las

¹ Aplicando el método de los conglomerados de k medias.

² Como ya se señalara, se seleccionaron las Circunscripciones Electorales (CE), por ser la división territorial utilizada para la codificación geográfica de las estadísticas vitales, fuente de datos que permitió la elaboración de los indicadores que miden el riesgo al nacimiento y la mortalidad de la primera infancia.

diferencias fundamentales, en particular las económicas y culturales” (Bourdieu, 1990:286). El concepto de espacio está basado en la diferenciación, en cuanto a un conjunto de posiciones distintas y coexistentes, definidas en forma relacional. Desde la perspectiva geográfica, se puede decir que la espacialidad está en función de las relaciones significativas que se establecen, las que dependen del conocimiento de los individuos y de los contextos en que se encuentran (Formiga, 2003). De los distintos criterios que se pueden adoptar para el tratamiento de la diferenciación socio-espacial, como señala Bourdieu, el que presenta mayor estabilidad y durabilidad “es la diferenciación fundada en la estructura del espacio construido, la cual, pone en evidencia la distribución del capital” (Bourdieu, 1990:286).

Es sabido que la pobreza y el medio ambiente en que viven las personas tienen influencia directa sobre la salud e influyen en los niveles de mortalidad, siendo la de los niños particularmente sensible a estos factores. Se observó que las disparidades de mortalidad están fuertemente asociadas a condiciones colectivas de riesgo. Aquellas divisiones territoriales que presentan una alta fecundidad, pobres condiciones de vivienda y de saneamiento, también presentan altos niveles de mortalidad infantil (Trifiró, 2003). Por otro lado, la disponibilidad de centros de salud o la existencia de equipamientos adecuados y suficientes es esencial, pero no garantiza que la población con mayores riesgos acuda a ellos en forma conveniente, especialmente por el acceso diferencial a la medicina preventiva. La atención del niño al nacer y la existencia de un buen servicio de neonatología pueden disminuir de manera importante el nivel de la mortalidad, pero tan importante como eso es el control del embarazo y las condiciones del parto.

El incremento de la desigualdad actuó reforzando los procesos de segregación y exclusión social ya existentes, manifestándose en la fragmentación, la individualización de los procesos sociales y en la polarización de la Ciudad y de las prácticas sociales que se desenvuelven en ella. Como se señaló en el Capítulo 6, la reestructuración económica iniciada en la década de 1990 intensificó las divisiones sociales que ya existían, generando una ciudad cada vez más polarizada. En este sentido, las

familias, según sus “posibilidades”, se organizaron de distintas formas para resolver sus carencias, asegurar su subsistencia y paliar la creciente vulnerabilidad. Siguiendo a Souza, “el espacio fragmentado es por excelencia el espacio de la ciudad, el espacio de la heterogeneidad, de los valores diferenciales, de la segregación” (Souza, 1996:59). En este sentido, como señala Oszlak (1991:24), “el derecho al espacio conlleva diversas externalidades estrechamente ligadas a la localización de la vivienda, tales como la educación, la atención de la salud, las fuentes de trabajo, la recreación, el transporte o los servicios públicos”. De tal manera, en la medida en que estos bienes y servicios tengan una distribución geográfica desigual, variarán las posibilidades de acceso a los mismos según el lugar de residencia. Es decir, la ciudad debe pensarse como un sistema dinámico complejo en el que interactúan las formas espaciales y los procesos sociales.

Una muestra de la fragmentación del territorio, tanto en términos sociales y habitacionales como por el uso efectivo del espacio urbano, se observa en el sur de la Ciudad. Desde el punto de vista social y habitacional, presenta altos niveles de pobreza estructural en un hábitat popular heterogéneo y diferenciado según los barrios: en Boca y Barracas son dominantes los inquilinatos, hoteles y pensiones; en San Telmo y Constitución se agregan casas tomadas; mientras que en las cercanías del Riachuelo, entre Barracas y Lugano, tienden a concentrarse las villas. En términos del uso del espacio urbano, la fragmentación se expresa en la localización contigua de edificios históricos descuidados, viviendas de uso residencial, depósitos y talleres abandonados, y enormes predios sin usos precisos (Secretaría de Medio Ambiente y Desarrollo Regional, GCBA, 2000).

Coincidiendo con Evans se reconoce la “extrema influencia que los factores macro-medioambientales sociales y físicos ejercen sobre los patrones de enfermedad” (Evans et. al, 1996:21). En este sentido, el Sur, por estar emplazado casi en su totalidad en la cuenca del Matanza-Riachuelo, es una de las zonas con peores condiciones ambientales no sólo por las sustancias contaminantes que provienen del Riachuelo y las que vuelcan las industrias, sino también por situaciones de rebasamiento del sistema cloacal, inundaciones y basurales a cielo abierto. La población que reside en esta

zona está expuesta permanentemente a factores patógenos que ponen en peligro su salud.

Desde la publicación del documento Lalonde (Canadá, 1974) se dirigió la atención hacia la importancia de las relaciones sociales, o su ausencia, como correlatos de la enfermedad y la mortalidad. Dicho informe recoge una muy extendida visión de que los determinantes de la salud van más allá de la asistencia médica. Señala la importancia del tipo de trabajo, el medioambiente, los genes hereditarios y el estilo de vida, así como las implicancias que tiene la posición social en términos de salud. Existen numerosas pruebas de que en todos los países la mortalidad, y la morbilidad, cuando se la puede medir, presentan un gradiente según clase socioeconómica: el status social más bajo está asociado con peor salud (McKeown, 1979; Black et. al., 1982; Bronfman y Tuirán, 1983; Puffer y Serrano, 1988; Behm, 1992; Torrado, 1992; Wilkinson, 1997 y Marmot, 2005). Este gradiente del estado de salud según posición social puede ser interpretado, por ejemplo, como resultado del mayor número de tensiones que operan sobre la gente de los niveles más bajos, junto al hecho de que disponen de menor cantidad de recursos para darles respuestas eficaces.

La aplicación de modelos que exploraron los determinantes de la salud evidenció el importante papel que tienen los factores ubicados fuera del sistema asistencial, es decir las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja. Dahlgren y Whitehead (1991) explican que las inequidades sociales en salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales entre el hombre y la sociedad. Superponen distintas capas de factores, colocando en el centro a los individuos con sus características (edad, sexo y factores hereditarios), luego ubican los factores relacionados con los estilos de vida y posteriormente, las redes sociales y comunitarias; en la capa siguiente están los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo (educación, medio ambiente laboral, desempleo, condiciones sanitarias y agua potable, servicios de salud, vivienda); finalmente, las condiciones económicas, culturales y del medio ambiente prevalentes en la sociedad.

Por su parte Diderichsen y Hallqvist³ (1998) enfatizan el modo en que el contexto produce una estratificación social que asigna a los individuos diferentes posiciones. Esta posición será la que determinará sus “oportunidades” en salud: diferente grado de exposición a condiciones perjudiciales para la salud (mayor probabilidad de que la gente pobre se vea expuesta a situaciones que afecten negativamente su salud), diferente vulnerabilidad a la enfermedad (mayor propensión a padecer enfermedades debido a la interrelación de los múltiples riesgos de salud a que se ven expuestos), así como diferentes consecuencias sociales del proceso salud-enfermedad (una enfermedad que puede tener consecuencias limitadas para la población rica quizás sea catastrófica para los pobres).

Mackenbach (1994) enfatiza el mecanismo por el cual las inequidades en salud son generadas y plantea efectos versus causas. Los efectos serían la salud en la infancia, la incidencia de los problemas de salud en las edades adultas y la posición socioeconómica cuando adulto. El mecanismo de causalidad es representado por tres grupos de factores de riesgo (estilos de vida, estructurales y del medio ambiente y los relacionados con el stress psicosocial) los cuales son intermediarios entre la posición socioeconómica y los problemas de salud. También reconoce la contribución del medio ambiente en la infancia y de los factores culturales y psicológicos.

Otro modelo, el de Brunner, Marmot y Wilkinson (1999) que originalmente fue desarrollado para conectar las perspectivas de salud curativa y preventiva, luego fue aplicado para explicar los factores sociales del proceso salud-enfermedad que contribuyen a la inequidad en salud. Los autores introducen explicaciones que ilustran la forma en que las inequidades en salud resultan de exposiciones diferenciales al riesgo a lo largo de la vida. El modelo une la estructura social con la salud/enfermedad a través de factores materiales, psicosociales y de comportamiento.

En síntesis, en todos los modelos la posición socioeconómica puede ser descripta como determinante estructural de la salud o como determinante social de la inequidad en salud. Estos modelos muestran que las oportunidades en salud de los grupos sociales están basadas en el lugar que

³ Adaptada por Diderichsen, Evans y Whitehead en 2001.

ocupan en la estructura social. En general, los modelos muestran que los determinantes intermedios generan diferencias en el estado de salud de las personas; las mismas difieren según la posición socioeconómica que ocupan. Estos determinantes incluyen factores relacionados con las condiciones materiales, trabajo, condiciones de la vivienda, circunstancias psicológicas, así como stress psicosocial y también con factores del comportamiento (fumar, alcoholismo, etc.). Los modelos asumen que los miembros de los grupos socioeconómicos más pobres viven en condiciones materiales más desfavorables y emplean frecuentemente comportamientos más perjudiciales para la salud que los grupos más privilegiados.

Las dificultades para traducir y operacionalizar los conceptos de los diversos abordajes teóricos sobre el proceso salud-enfermedad, en estudios empíricos con datos secundarios, han llevado a los investigadores a utilizar aproximaciones para explicar la causalidad de las desigualdades. En este caso se consideró la residencia habitual de la madre como “proxy” del sector social de pertenencia del hogar, ya que lamentablemente las estadísticas vitales, por la ausencia de preguntas adecuadas, no permiten elaborar indicadores por condición socio-económica.

8.1 Indicadores seleccionados.

La situación de la salud-enfermedad de la primera infancia se caracterizó a través de los indicadores, ya utilizados en el capítulo anterior, que pudieron desagregarse por residencia habitual de la madre. Los nacimientos de riesgo se investigaron a partir de las participaciones relativas de las madres con baja instrucción, solas, adolescentes y de las proporciones de nacimientos de pretérmino y bajo peso al nacer. Estos indicadores son útiles, especialmente los dos últimos, para evaluar el éxito de la atención prenatal y las perspectivas de sobrevivencia y salud de los niños durante su primer año de vida (Puffer y Serrano, 1988). La mortalidad de la niñez se estudió a través de las tasas de mortalidad fetal, perinatal, infantil (neonatal y postneonatal), infantil por causas reducibles y la mortalidad de menores de cinco años.

Con el objeto de conocer la evolución de la desigualdad en la salud-enfermedad infantil y comprobar si las políticas de salud redujeron la

magnitud de las diferencias, en los últimos diez años, se elaboraron los indicadores para dos bienios (1991-1992 y 2001-2002) que se tomaron como representativos de las décadas respectivas.

8.2 La situación en la década de 1990.

En la mayoría de los indicadores seleccionados para analizar los nacimientos de riesgo, la Ciudad tuvo⁴ entre el 6 y el 7 por ciento. Si bien los niveles no son muy altos, debe tenerse en cuenta que representan cerca de 3.000 niños por año que nacieron en riesgo⁵. Esta condición determinó, para ellos, una suerte dispar en cuanto a las oportunidades de sobrevivir, de crecer y desarrollarse normalmente. Estos niños tendrán afectada su capacidad de desarrollo pleno.

Si se comparan los niveles de la Ciudad con el promedio del país, se observa que los mismos están por debajo del mismo y son menores al resto de las jurisdicciones, especialmente en la proporción de madres adolescentes y con baja instrucción⁶.

Al investigar las diferencias espaciales dentro de la Ciudad, se destaca que los mayores riesgos relativos⁷ se encuentran entre las madres con baja instrucción (5,9) y las adolescentes (4,1). La CE 4 (Boca) tiene seis veces la proporción de madres con baja instrucción y cuatro veces la de madres adolescentes de la CE 19 (Recoleta), que es la que presenta los valores mínimos.

Es bien conocida la influencia del nivel de instrucción de las madres para la sobrevivencia y crianza de los niños: la educación de las mujeres juega un papel significativo entre los factores que contribuyen al buen estado de salud. Esto tiene relación con el rol más importante que la mujer educada tiene en el proceso de decisión familiar en cuanto a la forma de utilizar los recursos del hogar, la distribución del alimento entre sus miembros y el nivel de conciencia sobre la importancia de los cuidados preventivos. Por otro lado, el embarazo adolescente sufre mayor número de

⁴ Excepto en el indicador madres con baja instrucción cuyo peso relativo fue del 2,5 por ciento.

⁵ De ellos aproximadamente el 10 por ciento fallece.

⁶ Cuadro 8.1 del Anexo B.

⁷ Cuadro 7.5 del Anexo B.

complicaciones gestacionales (toxemia, eclampsia, anemia y parto prolongado) que el de las embarazadas adultas. Se observó que la inmadurez uterina y del cuello del útero predispondría a las adolescentes a infecciones que implicarían una mayor frecuencia de rotura prematura de membranas y el incremento de la incidencia de parto pretérmino. También el primer embarazo (en general las adolescentes son primíparas) plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica. Ejemplo de ello es la hipertensión inducida por el embarazo o pre-eclampsia, que es más frecuente en embarazos precoces, en mujeres de bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo (Portnoy, 2005). Sin embargo, existen evidencias empíricas que demuestran que el riesgo de complicaciones gestacionales se debe a factores que no están relacionados con la edad, como la pobreza y la atención médica. Las adolescentes y mujeres pobres en general sufren, la mayoría de las veces, la imposibilidad de acceder a los servicios de salud reproductiva, en particular a los medios de planificación familiar no naturales. Este es uno de los aspectos de mayor inequidad y violación de derechos ciudadanos en el campo de la salud. Si bien el gobierno de la Ciudad ofrece, desde hace años, este tipo de servicios, se destaca la ausencia de campañas de prevención y promoción que lleguen a toda la población y entonces la atención se limita a la demanda espontánea.

Al tener en cuenta los indicadores de mortalidad, se observa que la Ciudad registró el menor nivel de mortalidad de la primera infancia del país⁸ y que los mayores riesgos relativos⁹ se ubicaron en la mortalidad fetal (8,3), infantil por causas reducibles (7,7), postneonatal (5,5) y neonatal (5,0). Nuevamente es la CE 4 (Boca) la que presentó los valores máximos, registrando ocho veces la mortalidad fetal y seis veces la mortalidad postneonatal de la CE 25 (Villa Devoto, Villa Real, Villa del Parque) y ocho veces la mortalidad infantil por causas reducibles y cinco veces la neonatal de la CE 20 (Retiro).

⁸ Cuadro 8.1 del Anexo B.

⁹ Cuadro 7.8 del Anexo B.

Debe recordarse que la CE 4 (Boca) fue la que presentó, durante esta década los valores máximos en los indicadores de desigualdad social¹⁰; casi la mitad de sus niños vivían en hogares con necesidades básicas insatisfechas.

A partir de los indicadores seleccionados y con el objeto de elaborar una estratificación en zonas, se utilizó el procedimiento de los conglomerados de k medias¹¹. Como resultado de su aplicación, se agruparon las CE en tres conglomerados, que según la situación de riesgo de la salud-enfermedad de la niñez, se identifican como: “baja”, “media” y “alta”, correspondientes a los conglomerados 1, 2 y 3 respectivamente.

En la situación de riesgo “alta” se ubica¹² sólo la CE 4 (Boca) que es la que presentó los valores máximos en la mayoría de los indicadores analizados, muy distanciados de los otros dos conglomerados. En la situación de riesgo “baja”, que agrupa a diecinueve CE de las zonas norte, centro y oeste de la Ciudad (Mapa 8.1), se ubican las que presentan los menores niveles, es decir los menores riesgos al nacimiento y la menor mortalidad de la niñez. Finalmente, en la situación “media” se encuentran ocho CE que se ubican en las zonas este y sur de la Ciudad¹³.

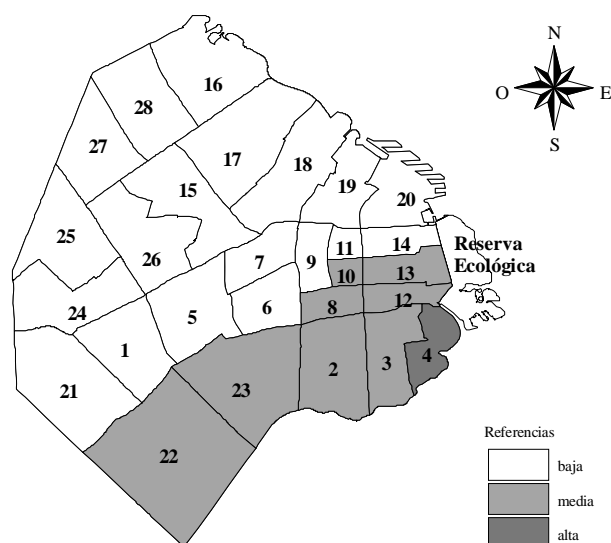
¹⁰ Cuadro 6.1 del Anexo B.

¹¹ Cuadro 2.1.3 del Anexo F.

¹² Cuadro 2.1.4 del Anexo F.

¹³ Monserrat, Constitución, San Telmo, Balvanera, San Cristóbal, Barracas, Nueva Pompeya, Parque Patricios, Villa Soldati, Villa Lugano, Villa Riachuelo, bajo Flores y parte de Parque Avellaneda.

Mapa 8.1
Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década 1990.



Fuente: Cuadro 8.7 del Anexo B.

8.3 La situación en la década del 2000.

Para el total de la Ciudad, los indicadores de riesgo al nacimiento presentan niveles diferentes a los registrados en la década anterior¹⁴. Por un lado se redujo la proporción de madres con baja instrucción (-8 por ciento) y los nacimientos de madres multíparas (-22 por ciento) y por otro, se incrementaron las proporciones de nacimientos de pretérmino (16 por ciento), de bajo peso (11 por ciento) y de madres solas y adolescentes que lo hicieron en el 2 por ciento¹⁵. Se observa una situación similar en el resto del país¹⁶. El incremento de los nacimientos de bajo peso y de pretérmino en la Ciudad quizás tenga relación con el aumento de los partos por cesárea. Como se señaló en el capítulo anterior, varios autores (Horte et. al., 1996; Barbieri, 2000; Tavares de Andrade et. al., 2001; Moura da Silva et. al.,

¹⁴ Cuadro 7.6 del Anexo B.

¹⁵ Cuadro 7.7 del Anexo B.

¹⁶ Cuadro 8.2 del Anexo B.

2003; d'Orsi et. al., 2005 y Luppi et. al., 2005) demostraron la asociación de los nacimientos de pre-término y de bajo peso con la tasa de cesáreas.

Al analizar la desigualdad espacial, se observa que son los mismos indicadores que los de la década anterior los que presentaron mayores riesgos relativos, si bien las diferencias se ampliaron notablemente. Los valores máximos los presenta ahora la CE 22 (Villa Soldati, Villa Lugano, Villa Riachuelo y parte de Parque Avellaneda) que tiene veinte veces la proporción de madres con baja instrucción y ocho veces la de madres adolescentes de la CE 19 (Recoleta), que es la que presenta los valores mínimos en los riesgos al nacimiento.

Con respecto a la mortalidad, con excepción de la mortalidad infantil por causas reducibles que aumentó un 14 por ciento, los restantes indicadores redujeron sus niveles¹⁷. Los mayores riesgos relativos¹⁸ se ubican en la mortalidad postneonatal (8,6), la fetal (7,7) y la infantil por causas reducibles (6,0). En este caso fue la CE 23 (Villa Soldati, Nueva Pompeya, Parque Chacabuco y bajo Flores) la que registró los valores máximos en todos los indicadores, mientras que la CE 16 (Belgrano y Nuñez) tuvo los valores mínimos en la mayoría de ellos.

Se destaca que se registraron cambios en el interior de los grandes universos barriales de la Ciudad. En la CE 23, durante esta década, cerca de la tercera parte de la niñez residía en hogares con necesidades básicas insatisfechas¹⁹. Asimismo, presentaba una de las mayores tasas de desocupación del jefe del hogar (19,4 por ciento) y alta cobertura del sistema público en la población total (46,8 por ciento) y en particular en la niñez (61 por ciento).

Los resultados de la aplicación del procedimiento de los conglomerados de k medias²⁰ permitieron agrupar las CE en tres zonas homogéneas identificadas como de situación de riesgo “baja”, “media” y “alta”, correspondientes a los conglomerados 1, 3 y 2 respectivamente.

¹⁷ Cuadro 7.10 del Anexo B.

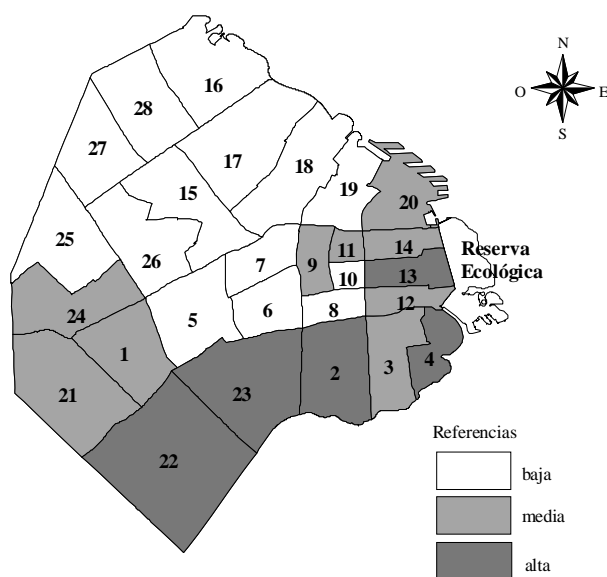
¹⁸ Cuadro 7.9 del Anexo B.

¹⁹ Cuadro 6.2 del Anexo B.

²⁰ Cuadro 2.2.3 del Anexo F.

En la situación de riesgo “alta” se ubican²¹ cinco CE, en su mayoría del sur²² de la Ciudad, que son las que presentaron los mayores riesgos al nacimiento y la mayor mortalidad de la niñez. En el otro extremo, la situación de riesgo “baja” agrupa a catorce CE de la zona norte y centro. Finalmente en la situación “media” se encuentran nueve CE de las zonas este, sur y oeste de la Ciudad²³.

Mapa 8.2
Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década 2000.



Fuente: Cuadro 8.7 del Anexo B.

8.4 Cambios experimentados entre décadas.

La evidencia empírica sugiere que las diferencias sociales incidieron en una creciente diferenciación en la salud-enfermedad de la niñez,

²¹ Cuadro 2.2.4 del Anexo F.

²² Monserrat, Boca, Nueva Pompeya, Barracas, Parque Patricios, Villa Soldati, Parque Chacabuco, bajo Flores, Villa Lugano, Villa Riachuelo y parte de Parque Avellaneda.

²³ Retiro, San Nicolás, Constitución, San Telmo, Barracas, Balvanera, Floresta, Velez Sársfield, parte de Parque Avellaneda, Liniers, Mataderos, parte de Villa Luro, Versalles y Monte Castro.

especialmente en los indicadores de riesgo al nacimiento²⁴ y en la mortalidad infantil. Se observa que aquellas CE donde la mortalidad infantil se incrementó o experimentó menores reducciones son las mismas que registraron incrementos notorios de la mortalidad infantil por causas reducibles²⁵. Es decir, en aquellos riesgos que pueden ser controlados con acciones sencillas y de bajo costo en el sistema de salud, a través de la prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno en el embarazo, en el parto y en la atención del recién nacido. Estas acciones están insertas en la estrategia de atención primaria que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social. Por lo tanto deberá darse prioridad absoluta a la misma si se quieren reducir los riesgos en el desarrollo pleno de la infancia. En este sentido, una estrategia ineludible es la implementación de acciones de comunicación social destinadas a informar y empoderar a la población, incrementando el nivel de conciencia respecto de sus derechos y promoviendo conductas saludables.

Comparando la ubicación de las CE en ambas décadas²⁶ se observa que más de la tercera parte de ellas empeoraron su situación. Algunas descendieron del nivel bajo de riesgo al medio (CE 1-9-11-14-20-21-24)²⁷ y otras pasaron del nivel medio al alto (CE 2-13-22-23)²⁸. En la mayoría de los casos la explicación de este desplazamiento se encuentra en el incremento del bajo peso al nacer y del pretérmino junto al aumento de la mortalidad infantil por causas reducibles. Como ya se señalara, durante la última década se incrementó la participación de los nacidos con menos de 1.000 gramos, que son los de más difícil sobrevivencia.

En resumen, las desigualdades sociales que se incrementaron en el tiempo, dieron lugar a la profundización de situaciones injustas en la salud-enfermedad de los niños. Si bien la tasa de mortalidad de la niñez en la Ciudad es una de las más bajas del país, durante la década del 2000 murieron anualmente, en promedio, 450 niños menores de cinco años. De

²⁴ Cuadro 7.7 del Anexo B.

²⁵ Cuadro 7.10 del Anexo B.

²⁶ Cuadro 8.3 del Anexo B.

²⁷ Floresta, Velez Sársfield, Villa Luro, Parque Avellaneda, Balvanera, San Nicolás, Retiro, Liniers, Mataderos, Versalles y Monte Castro.

²⁸ Nueva Pompeya, Barracas, Parque Patricios, Monserrat, Villa Soldati, Villa Lugano, Villa Riachuelo, Parque Chacabuco y bajo Flores.

ellos cerca de 400 no cumplieron su primer año de vida. Muchas de esas muertes podrían haberse evitado.

9. Relaciones espaciales entre la situación de la salud-enfermedad y la desigualdad social.

Los grandes cambios en las condiciones de salud de las personas a lo largo del tiempo no necesariamente dependen de poner en práctica medidas de salud pública o de control médico contra enfermedades concretas. “Apuntan por el contrario, a la existencia de un vínculo profundo entre salud y entorno social, incluidos los niveles y la distribución de la prosperidad en cada sociedad” (Hertzman, Frank y Evans, 1996:77). Esto no significa que la asistencia médica carezca de efectividad, sino que demuestra los efectos poderosos que, desde una perspectiva de largo plazo, tienen los factores externos al sistema asistencial y los límites de los efectos de la intervención médica sobre la población.

Los entornos previos y en particular los de la primera infancia y los anteriores al nacimiento, pueden representar un papel muy importante a la hora de determinar el status posterior del individuo, tanto de salud como socioeconómico. Los niños que viven en la pobreza, según Gershanik (1993) están expuestos a un doble peligro. Por un lado, tienen mayor contacto o están más expuestos a enfermedades, inadecuado apoyo social o depresión parental. Por otro, sufren con mayor gravedad las consecuencias de tales riesgos. Como se expusiera en los capítulos anteriores, la evidencia empírica muestra que el incremento de la desigualdad social en la Ciudad incidió en una creciente diferenciación en la salud-enfermedad de la niñez, especialmente en la mortalidad de la misma. Aquellas divisiones territoriales donde la desigualdad se incrementó o experimentó menores reducciones son las mismas que registraron notorios aumentos en la proporción de niños NBI, en los nacimientos de bajo peso al nacer y de pretérmino y en la mortalidad por causas reducibles. O sea, en aquellos riesgos que pueden ser controlados a través de la prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno en el embarazo, en el parto y en la atención del recién nacido, lo que demuestra un acceso diferencial de la población a la medicina preventiva según situación social.

Mc Question sugiere que se necesitan nuevos enfoques teóricos para explicar las transiciones contemporáneas de la mortalidad, considerando en forma explícita las causas sociales del cambio demográfico. Propone incorporar “el concepto de efectos de la interacción social en un modelo de comportamientos de salud individuales” (2001:198). Su hipótesis central es que los efectos de la interacción social contribuyeron a evitar que recrudeciera la mortalidad en América Latina durante los años ochenta, mediante el cambio de los comportamientos relativos a la salud y la intensificación de la producción de salud en el hogar, compensando los efectos negativos de la recesión económica prolongada. Su conclusión es que las fuerzas sociales afectan los resultados de salud individuales por encima de las fuerzas económicas y de otra índole “explicaría cómo la gente puede estar volviéndose más sana mientras se sigue empobreciendo” (Mc Question, 2001:199). A partir de su investigación sobre dos comportamientos sanitarios importantes (la inmunización infantil y la atención materna) en dos países sudamericanos (Colombia y Paraguay), utilizando datos de las encuestas de salud y demográficas de 1990, demuestra que las opciones de comportamiento de salud son contingentes en gran medida con los comportamientos de salud de personas cercanas. Estos efectos de interacción social ocurrirían en adición a los efectos individuales, familiares y contextuales.

Los resultados obtenidos por McQuestion permiten reflexionar sobre la importancia de la toma de conciencia, por parte de los diseñadores de políticas y programas, de que los comportamientos respecto a la salud-enfermedad son colectivos. Esto tendría implicancias profundas en las condiciones de salud de los más pobres ya que los esfuerzos dirigidos a los barrios donde los enfoques individuales fracasaron podrían inducir cambios de comportamiento favorables. Para ello sería necesario impulsar un cambio copernicano en el sistema de atención, favoreciendo el trabajo profesional en la comunidad, la educación para la salud, la organización comunitaria y asignando más recursos a los servicios del primer nivel de atención. Debería trabajarse en forma articulada con los responsables del resto de las políticas sociales, especialmente educación, vivienda y trabajo, buscando la coordinación intersectorial para brindar a cada uno los servicios en la

medida de sus necesidades. En este enfoque es fundamental la participación y el compromiso de la comunidad y que los grupos sociales más desfavorecidos sean reconocidos como sujetos sociales y no como meros beneficiarios de políticas diseñadas verticalmente. Esto les permitiría desarrollar capacidades autónomas y, siguiendo a Sen, llevar adelante el tipo de vida que valorizan y alcanzar el camino que los aleje de la “pobreza real” entendida como privación de capacidades.

Otros trabajos que exploran los nexos entre salud infantil, pobreza y hábitat, observan que analizar la accesibilidad del hogar a los servicios urbanos básicos permite establecer nuevas relaciones entre hábitat y salud, en particular la relación que existe entre la salud de los niños, las características físicas de su vivienda y las condiciones ambientales. En tal sentido, Stephens (1995) llega a la conclusión de que las condiciones ambientales del vecindario son más importantes para la salud de los niños que las características de su vivienda. Los hogares pueden luchar por mejorar sus condiciones habitacionales pero aún así no necesariamente podrán proteger la salud de los niños en un ambiente barrial que es pobre. De igual modo, Di Virgilio (2003) observa que las características del espacio barrial, son mucho más determinantes a la hora de dar cuenta de las condiciones de salud de las familias que los recursos que ellas poseen.

En este sentido, varios autores (Oszlak, 1991; Grillo, 1995 y Di Virgilio, 2003) observaron que el empobrecimiento así como la consolidación de procesos de concentración y exclusión social conformaron para la Ciudad de Buenos Aires un mapa social donde se distinguen claramente dos áreas. La zona sudoeste con fuerte presencia relativa de estratos socioeconómicos bajos y la noreste con claro predominio de estratos medios y altos. El resto de la Ciudad presenta un comportamiento más heterogéneo con presencia de estratos medios y bajos. Por otro lado, así como las villas de emergencia se expandieron en el período de sustitución de importaciones del mismo modo durante la década de 1980 lo hicieron las ocupaciones de edificios¹ (Rodríguez, 2005). Esto configura un espacio

¹ La autora señala como ejemplos de zonas de la Ciudad donde a comienzos de los ochenta se localiza población ocupante los barrios de Villa Crespo, Paternal, San Telmo, Monserrat y Constitución.

urbano de gran heterogeneidad hacia el interior de los barrios que se encuentra oculto tras los promedios de las divisiones territoriales y que hasta el momento no fueron captados por las fuentes tradicionales de datos.

También el trabajo de Luppi et. al. (2005) demostró que considerar el contexto de pertenencia de la madre posibilita alcanzar resultados más confiables que los que se obtendrían mediante los enfoques estadísticos clásicos, que no toman en cuenta la pertenencia de los individuos a grupos. Esto sería así, porque al estar en un mismo espacio social los comportamientos individuales tenderían a estar correlacionados por ser expresión de atributos de individuos próximos entre sí que comparten condiciones de vida y salud semejantes.

Todos estos estudios demuestran la extrema influencia que los factores “macro-medioambientales” sociales y físicos ejercen sobre los patrones de salud-enfermedad. Puede afirmarse que los procesos de salud-enfermedad ocurren de forma diferente y con distinta intensidad en función de la inserción de las familias en la estructura social y de las condiciones del medio ambiente en que viven. La capacidad que las familias tienen para hacer frente a la enfermedad, define el grado de vulnerabilidad ante la misma y por ende, el grado de riesgo posible.

En este marco, el propósito de este capítulo es profundizar el análisis de las relaciones espaciales entre la situación de la salud-enfermedad de la primera infancia y la desigualdad social medida a partir de la condición de pobreza estructural. Además, con el objeto de elaborar un marco explicativo que permita avanzar en la comprensión de los diferenciales observados, y a partir de una estratificación en zonas, comprobar si las disparidades existentes entre las distintas áreas geográficas se redujeron o se ampliaron.

Es importante destacar que la utilización del espacio, en tanto variable analítica, es concebido como un medio para acceder no sólo al conocimiento de los diferenciales espaciales sino también al de las inequidades sociales y económicas asociadas a cada división territorial. Pensar el espacio como una de las dimensiones básicas del proceso de diferenciación y estructuración social y económica no solo resulta válido en términos teóricos, sino que constituye una vía de acceso obligada al estudio

de los diferenciales dadas las falencias de datos sociales que caracterizan a las estadísticas oficiales.

Sin duda, el empobrecimiento así como la consolidación de procesos de concentración y exclusión social, tienen su correlato con las distintas formas que asume la apropiación y la producción del espacio urbano, con lo que se dio en llamar el “ajuste urbano” (Grillo, 1995). La localización y distribución territorial tiende a reproducir o a reflejar la estructura social: “en general los sectores de mayores ingresos y riqueza ocupan, en la distribución espacial, las zonas más privilegiadas en términos de localización y acceso a servicios, en tanto que los sectores populares se concentran en las zonas urbanas más marginales” (Ozslak, 1991:26). De esta manera se consolidó en la Ciudad un mapa social en el que se destaca un sector con fuerte presencia relativa de estratos socioeconómicos bajos (la zona sur de la Ciudad) y una zona con predominio de estratos medios y altos ubicada en el noreste; el área restante presenta un comportamiento más heterogéneo con presencia de estratos medios y bajos.

9.1 Metodología e indicadores seleccionados.

Se recurrió al análisis estadístico multivariable que permitió trabajar simultáneamente, para ambos momentos, con los indicadores de mayor riesgo relativo identificados en el análisis realizado, en los capítulos 6 y 8, de cada una de las dimensiones por separado. En particular se utilizaron dos técnicas multivariadas descriptivas: análisis de los componentes principales² y análisis de conglomerados³, a partir de las cuales se obtuvieron agrupamientos espaciales clasificados según la asociación de las variables incorporadas en el modelo.

En principio, el procedimiento consistió en determinar los ejes factoriales principales, es decir las dimensiones que mejor representaban la estructura del conjunto y proyectar, para su visualización, la nube de puntos originales (indicadores) en estos ejes y en el cruce de los mismos (planos factoriales). Esto sirvió para encontrar grupos homogéneos de variables, a partir de un conjunto numeroso de ellas, que se formaron con las que se

² Que puede encuadrarse dentro del conjunto de técnicas conocidas como métodos factoriales.

³ A partir del procedimiento conglomerados de k medias.

correlacionaban más entre sí y luego agrupar las divisiones territoriales a partir de la similitud en una o más variables, conformando conglomerados homogéneos entre sí.

9.2 La situación en la década de 1990.

9.2.1 Interpretación de los ejes factoriales.

En la matriz de correlaciones se observa la presencia de variables que se correlacionan fuertemente entre sí⁴. La mayoría de los indicadores de nacimientos de riesgo (baja instrucción de la madre, madres solas, madres adolescentes y madres multíparas excepto nacimientos de pretérmino y bajo peso) y de la mortalidad (fetal, post-neonatal y de la primera infancia) poseen altas correlaciones con los indicadores de pobreza estructural (con excepción del indicador condiciones sanitarias). Un buen dato desde el punto de vista de la idoneidad del análisis es el valor del determinante, que cuando las variables de una matriz están linealmente relacionadas se aproxima a cero. En este caso el valor del mismo (2,851E-16) indica la bondad del modelo.

Al estudiar la proporción de la varianza de cada indicador, que puede ser explicada por el modelo factorial obtenido (comunalidades de la extracción)⁵, puede valorarse cuáles son las variables peor explicadas por el modelo. En este caso son la proporción de nacimientos de bajo peso y de pretérmino⁶; el modelo es capaz de reproducir menos del 50 por ciento de la variabilidad original de estos indicadores.

La información de la varianza explicada por cada componente⁷ permite tomar la decisión sobre el número conveniente de factores⁸ a extraer. Se observa que con dos factores es posible explicar el 79 por ciento de la variabilidad contenida en los datos y con tres casi el 86 por ciento. Comparando las saturaciones relativas de cada variable en cada uno de los tres componentes puede apreciarse que el primer factor está constituido por

⁴ Cuadro 3.1.1 del Anexo F.

⁵ Cuadro 3.1.2 del Anexo F.

⁶ Como se señalara en el capítulo 7 (punto 7.3) varios autores observaron que no son indicadores idóneos para analizar desigualdades en salud.

⁷ Cuadro 3.1.3 del Anexo F.

⁸ Se utilizará indistintamente factor o componente.

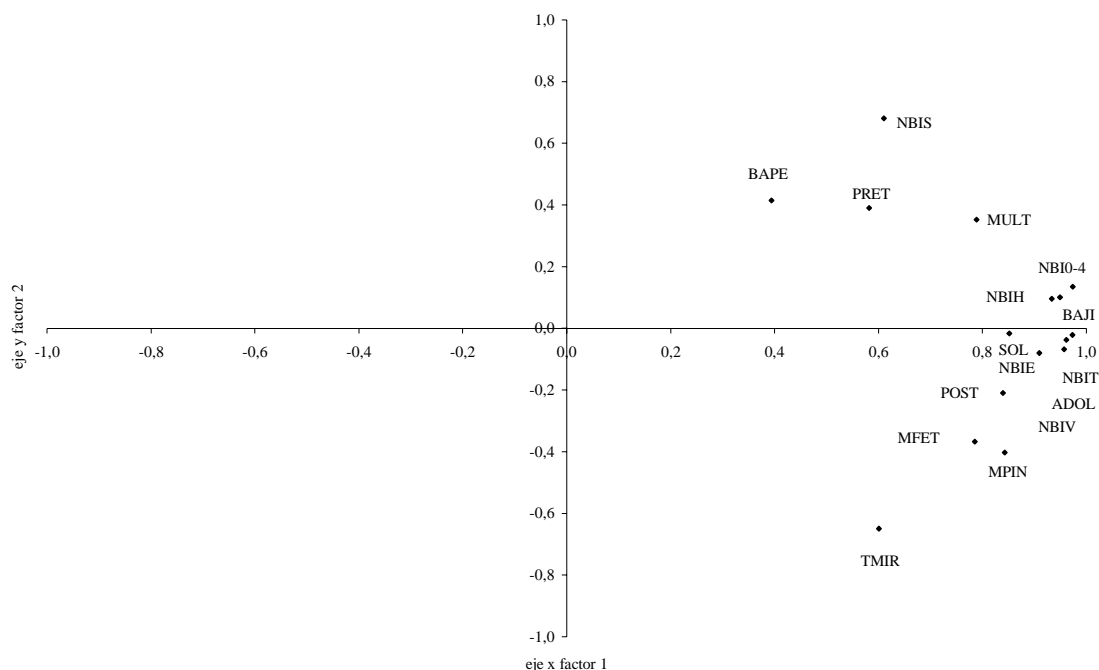
la mayoría de los indicadores seleccionados⁹ con excepción de bajo peso al nacer, mortalidad infantil por causas reducibles y población NBI por condiciones sanitarias. Todas estas variables saturan en un único factor (que explica el 68,4 por ciento de la variabilidad) porque constituyen un grupo diferenciado de variables dentro de la matriz de correlaciones. Este factor parece reflejar la dimensión “pobreza-riesgo al nacer y problemas de sobrevivencia de la niñez”. El segundo factor explica mejor la proporción de población NBI por condiciones sanitarias (hogares con ningún tipo de retrete) y la mortalidad infantil por causas reducibles. Por último, el tercer factor está formado por una única variable: proporción de nacimientos de bajo peso. Se decidió retener los componentes 1 y 2, ya que con los mismos es posible explicar cerca del 80 por ciento de la variabilidad contenida en los datos y porque sólo se deja fuera del modelo un indicador que como ya se señalara, demostró no ser sensible para analizar desigualdades en salud.

El gráfico de las saturaciones factoriales de las variables del modelo (Gráfico 9.1) representa el espacio definido por los componentes contenidos en la solución factorial. Es un diagrama de dispersión en el que los factores definen los ejes del espacio y las variables constituyen los puntos del diagrama. Las coordenadas de una variable en cada factor se corresponden con las saturaciones de la variable en dichos factores, es decir, con los valores de la matriz de componentes.

En el gráfico pueden observarse tres grupos diferenciados de variables. El primer grupo se encuentra próximo al extremo positivo del factor 1, formado por la mayoría de los indicadores de riesgo al nacimiento, sobrevivencia de la niñez y condición de pobreza estructural. El segundo grupo de variables, más próximo al extremo positivo del factor 2, en el que se ubican las proporciones de nacimientos de bajo peso al nacer y de pretérmino y la pobreza por condiciones sanitarias. Más separada de estas dos nubes de puntos se encuentra la mortalidad infantil por causas reducibles que satura en ambos factores con niveles parecidos, pero con distinto signo (en el primer factor positivo y en el segundo negativo).

⁹ Cuadro 3.1.4 del Anexo F.

Gráfico 9.1
Saturaciones factoriales de las variables del modelo. Década 1990.



Fuente: Cuadro 3.1.4 del Anexo F.

A diferencia de lo que sucede con las variables, las Circunscripciones Electorales (CE) están distribuidas alrededor del origen (Gráfico 9.2) demostrando las distintas situaciones que conviven en la ciudad.

La proyección de las CE sobre el primer componente¹⁰ se caracteriza por la polarización de la CE 4 (Boca), situación que ya se observó en el análisis por separado de ambas dimensiones. En una situación intermedia (siempre del lado positivo del primer factor) se encuentran dos grupos, en el primero están las CE 3, 8, 10, 12 y 13¹¹ que presentan “pobreza con mayores riesgos en la sobrevivencia de la niñez” (en particular mayores niveles de mortalidad infantil por causas reducibles) y en el segundo, que podría llamarse “pobreza con mayores riesgos al nacimiento” se encuentran las CE 2, 9, 14, 20, 22 y 23¹², que a su vez registran mayores proporciones de nacimientos de pretérmino y de bajo peso. El resto de las CE se

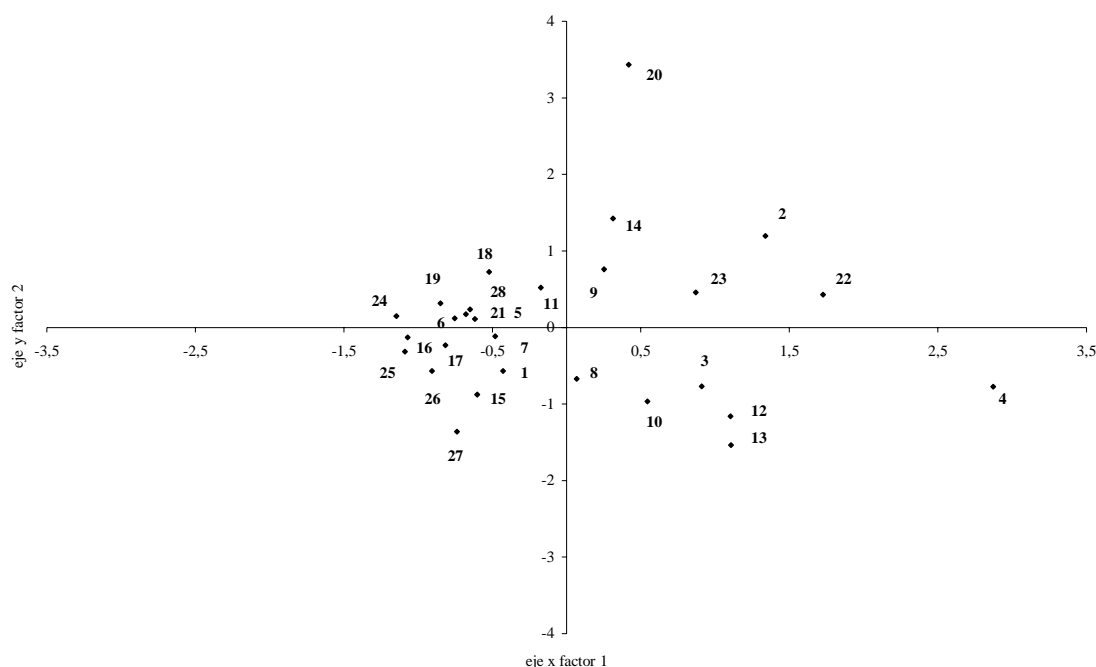
¹⁰ Cuadro 9.1 del Anexo B.

¹¹ Constitución, Barracas, San Cristóbal, parte de Balvanera, San Telmo y Monserrat.

¹² Nueva Pompeya, Parque Patricios, parte de Balvanera, San Nicolás, Retiro, Villa Soldati, Villa Lugano, Villa Riachuelo, Bajo Flores y parte de Parque Avellaneda y de Parque Chacabuco.

encuentra del lado negativo del factor 1, es decir, son las que tienen menores niveles de pobreza, de riesgo al nacer y de problemas en la sobrevivencia de la niñez. Entre ellas se observa un grupo (CE 5, 6, 11, 18, 19, 21, 24 y 28)¹³ ubicado en el lado positivo del factor 2, son las que tienen mayores participaciones de nacimientos de bajo peso y de pretérmino. Se destaca también que registran altas proporciones de nacimientos atendidos por médicos, hecho que quizás se relaciona con la existencia de parto por cesárea o de riesgo.

Gráfico 9.2
Saturaciones factoriales de las Circunscripciones Electorales. Década 1990.



Fuente: Cuadro 9.1 del Anexo B.

9.2.2 Análisis de los conglomerados.

A partir de los indicadores seleccionados y con el objeto de elaborar una estratificación en zonas, se utilizó el procedimiento de los conglomerados de k medias¹⁴. Como resultado de su aplicación a las CE, éstas se agruparon en tres conglomerados según la situación de la salud-

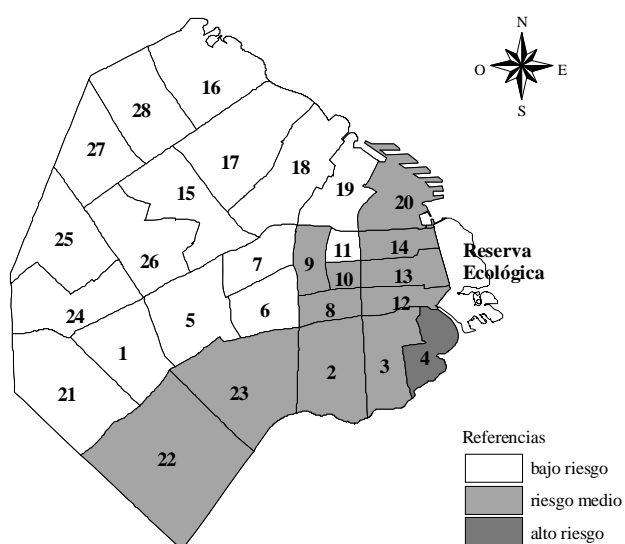
¹³ Liniers, Mataderos, Versalles, Monte Castro, Coghlan, Recoleta, Flores Norte y parte de: Caballito, Pque. Chacabuco, Almagro, Boedo, Balvanera, Palermo, Villa Crespo, Floresta, Velez Sársfield, Villa Luro, Saavedra, Villa Urquiza y Belgrano.

¹⁴ Cuadro 3.2.3 del Anexo F.

enfermedad de la niñez y su condición de pobreza estructural que se identifican como “bajo riesgo”, “riesgo medio” y “alto riesgo”, correspondientes a los conglomerados 1, 3 y 2 respectivamente.

En el conglomerado de riesgo alto se ubica sólo la CE 4 (Boca)¹⁵ que es la que presenta los valores máximos en la mayoría de los indicadores analizados y muy distanciados de los valores de los otros dos conglomerados. En el de riesgo bajo, que agrupa dieciséis CE de las zonas norte, centro y oeste de la Ciudad, se ubican las que presentan menores niveles de pobreza estructural, de riesgo al nacimiento y de problemas de sobrevivencia de la niñez. Finalmente en la situación media se encuentran once CE que se ubican en las zonas este y sur de la Ciudad.

Mapa 9.1
Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década 1990.



Fuente: Cuadro 9.3 del Anexo B.

¹⁵ Cuadro 9.3 del Anexo B.

9.3 La situación en la década del 2000.

9.3.1 Interpretación de los ejes factoriales.

Al igual que en los inicios de la década de 1990, en la matriz del 2000 se observa que la mayoría de los indicadores de riesgo al nacimiento (excepto pretérmino y bajo peso) y de la mortalidad de la primera infancia (excepto mortalidad fetal) poseen altas correlaciones con los indicadores de pobreza estructural¹⁶. También el valor del determinante ($1,729E-15$) se aproxima a cero, hecho que refiere sobre la eficacia del análisis multivariable.

Cuando se analiza la proporción de la varianza de cada indicador, que puede ser explicada por el modelo factorial obtenido¹⁷, se concluye que la mortalidad fetal y la mortalidad infantil por causas reducibles son las variables peor explicadas por el modelo, ya que éste reproduce menos del 60 y del 70 por ciento, respectivamente, de sus variabilidades originales. Esto significa que otros indicadores no incluidos en este modelo explicarían una parte importante de su variabilidad.

Con dos factores es posible explicar cerca del 81 por ciento de la variabilidad contenida en los datos y con tres el 87 por ciento¹⁸. Al analizar la matriz de componentes y comparar las saturaciones de cada variable en cada uno de los componentes se observa que el primer factor está constituido por la mayoría de los indicadores seleccionados excepto nacimientos de pretérmino y de bajo peso¹⁹. Este factor, al igual que en la década anterior, parece reflejar la dimensión “pobreza-riesgo al nacer y problemas de sobrevivencia de la niñez”. El segundo factor explica mejor la proporción de nacimientos de pretérmino y de bajo peso. Por lo tanto se decidió retener estos dos factores, ya que con los mismos es posible explicar más del 80 por ciento de la variabilidad contenida en los datos y a la vez no dejan afuera ningún indicador del modelo.

El gráfico de las saturaciones factoriales de las variables (Gráfico 9.3) muestra que la mayoría se encuentran próximas al extremo positivo del factor 1 “pobreza-riesgo al nacer y problemas de sobrevivencia de la niñez”.

¹⁶ Cuadro 4.1.1 del Anexo F.

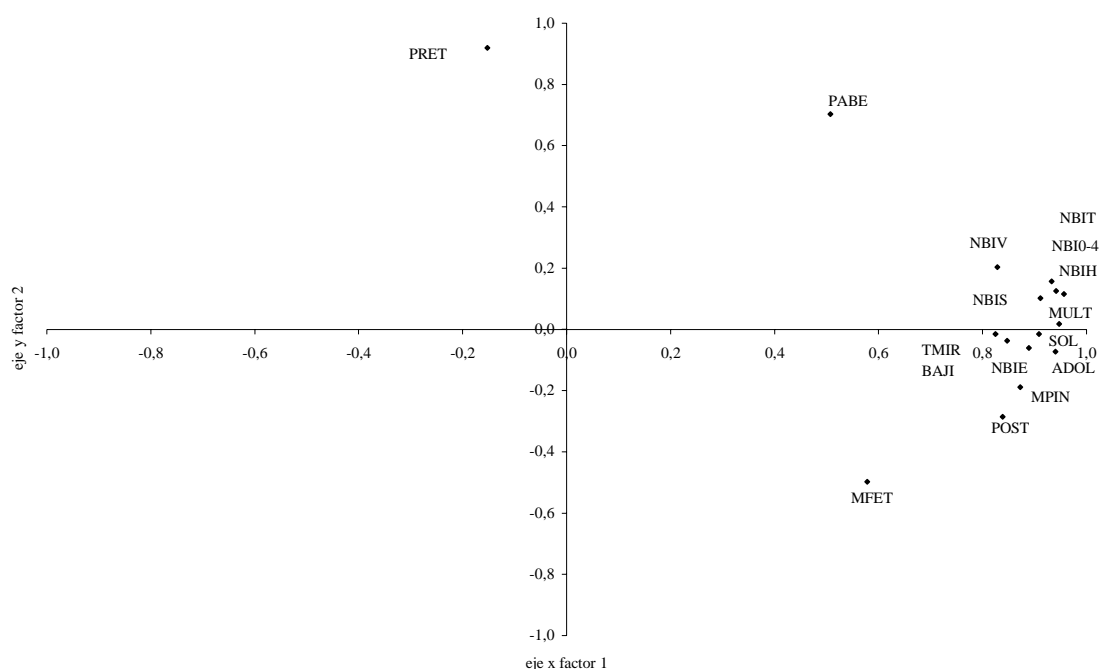
¹⁷ Cuadro 4.1.2 del Anexo F.

¹⁸ Cuadro 4.1.3 del Anexo F.

¹⁹ Cuadro 4.1.4 del Anexo F.

Más separadas se encuentran la proporción de nacimientos de pretérmino y bajo peso y la mortalidad fetal, que no estarían fuertemente asociados a la pobreza estructural.

Gráfico 9.3
Saturaciones factoriales de las variables del modelo. Década 2000.



Fuente: Cuadro 4.1.4 del Anexo F.

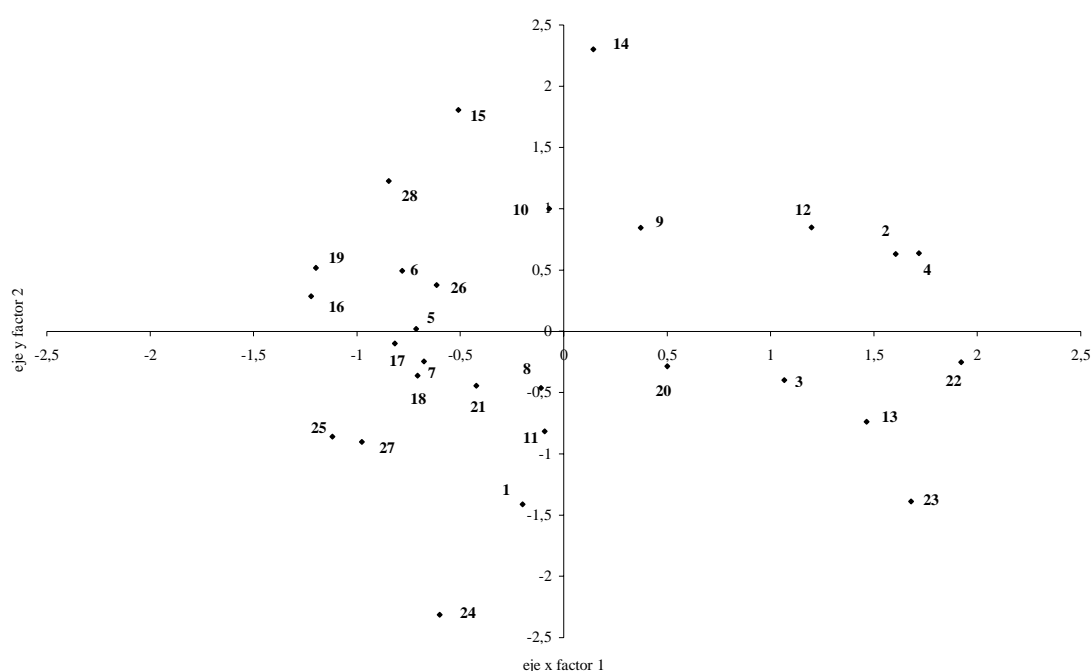
Las CE están distribuidas alrededor del origen (Gráfico 9.4). La proyección de las mismas sobre el primer componente muestra que del lado positivo del primer factor se encuentran aquellas CE que registran los riesgos mayores al nacimiento y a la sobrevivencia de la niñez, así como las proporciones más altas de población con pobreza estructural. Dentro de ellas se destacan dos grupos: en el primero están las CE 2, 4, 9, 12 y 14²⁰, ubicadas en el cuadrante formado por los lados positivos de ambos factores, que son las que registran también altas proporciones de pretérmino y bajo peso al nacer; en el segundo, constituido por las CE 3, 13, 20, 22 y 23²¹ se ubican las que registran coordenadas negativas en el segundo factor y son

²⁰ Parte de Nueva Pompeya y de Barracas, Pque. Patricios, Boca, parte de Balvanera y de Constitución, San Telmo y San Nicolás.

²¹ Parte de Constitución y de Barracas, Monserrat, Retiro, Villa Lugano, Villa Riachuelo, Villa Soldati, parte de Pque. Avellaneda, de Pque. Chacabuco y de Nueva Pompeya y el bajo Flores.

las que presentan mayores tasas de mortalidad fetal. El resto de las CE se ubican en el lado negativo del primer factor y son aquellas que presentan menores niveles de pobreza estructural y menores riesgos al nacimiento y sobrevivencia de la niñez. No obstante, entre ellas se destaca un grupo (CE 5, 6, 10, 15, 16, 19, 26 y 28)²² que se ubica en el lado positivo del factor 2, que son las CE que registran los mayores niveles de pretérmino y bajo peso al nacer. Cabe consignar que, al igual que a inicios de los noventa, la mayoría de ellas presentan altos niveles de atención médica en el parto, hecho que quizás se relacione con la existencia de parto por cesárea o de riesgo.

Gráfico 9.4
Saturaciones factoriales de las Circunscripciones Electorales. Década 2000.



Fuente: Cuadro 9.2 del Anexo B.

9.3.2 Análisis de los conglomerados.

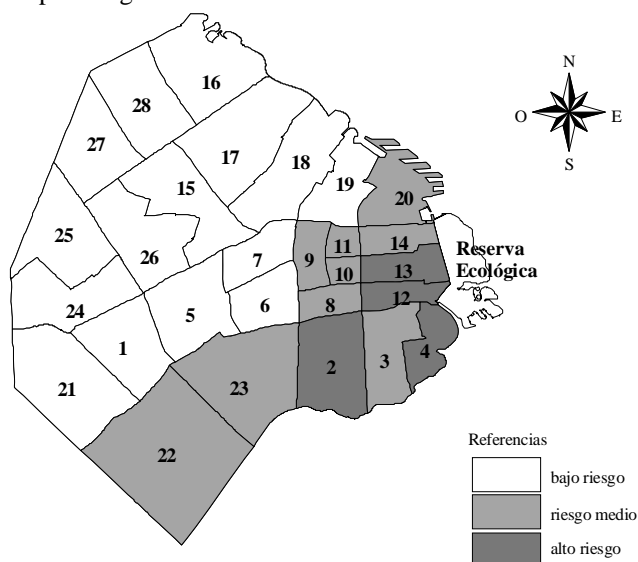
Nuevamente con el objeto de elaborar una estratificación en zonas se aplicó el procedimiento de los conglomerados de k medias que permitió

²² Parte de Caballito, Parque Chacabuco, Flores Norte, Almagro, Boedo, Balvanera, Chacarita, Villa Crespo, Paternal, Agronomía, Villa del Parque, Villa Gral. Mitre, Villa Santa Rita, Saavedra y Villa Urquiza y los barrios Villa Ortúzar, Belgrano, Nuñez, Recoleta y Coghlan.

agrupar a las CE en tres conglomerados según la situación de la salud-enfermedad y la importancia de la pobreza estructural que se identifican como “bajo riesgo”, “riesgo medio” y “alto riesgo”, correspondientes a los conglomerados 1, 3 y 2 respectivamente²³.

En la situación de mayor riesgo se ubican las CE 2, 4, 12 y 13²⁴ que son las que presentan los valores máximos en los indicadores seleccionados²⁵. En el otro extremo, es decir con riesgo bajo y menores niveles de pobreza estructural, se agrupan quince CE de las zonas norte, centro y oeste. Finalmente, en la situación media se encuentran nueve CE de las zonas este y sur de la Ciudad.

Mapa 9.2
Estratificación por conglomerados. Ciudad de Buenos Aires. Década 2000.



Fuente: Cuadro 9.3 del Anexo B.

Independientemente de sus limitaciones, los resultados son coincidentes en mostrar una mejor situación relativa en las CE de menor

²³ Cuadro 4.2.3 del Anexo F.

²⁴ Nueva Pompeya, Barracas, Pque. Patricios, Boca, Constitución, San Telmo y Monserrat.

²⁵ Cuadro 9.3 del Anexo B.

pobreza estructural y de empeoramiento en las de mayor pobreza estructural.

9.4 Cambios experimentados entre décadas.

La evidencia empírica sugiere que las diferencias sociales incidieron en una creciente diferenciación en la salud-enfermedad de la niñez. Se observa que aquellas CE que incrementaron los nacimientos de riesgo (especialmente nacimientos de madres solas y adolescentes) también registraron deterioros absolutos y relativos en la mortalidad postneonatal y la infantil por causas reducibles y son las mismas que incrementaron su pobreza estructural, principalmente por la condición de hacinamiento.

Comparando la ubicación de las CE en ambas décadas se observa que sólo cuatro CE empeoraron su situación²⁶. La CE 11 (Balvanera) aumentó su riesgo, pasando del conglomerado de riesgo bajo al de riesgo medio. Las CE 2, 12 y 13 (Nueva Pompeya, Barracas, Pque. Patricios, Constitución, San Telmo y Monserrat) pasaron del nivel medio al de alto riesgo. En la mayoría de los casos la explicación de este desplazamiento se encuentra en el incremento de la pobreza estructural y de los indicadores de riesgo al nacimiento (madres solas, adolescentes, bajo peso y pretérmino) y sólo en uno (CE 2) se adiciona la tasa de mortalidad infantil por causas reducibles.

Los modelos obtenidos evidencian el importante papel que tienen las condiciones sociales en las cuales vive la gente. Las familias más pobres, como ya se señalara, sufren condiciones materiales más desfavorables y tienen frecuentemente comportamientos que afectan sus condiciones de salud, siendo los niños particularmente sensibles a estos factores. Es evidente que entre ambas décadas se asistió a una creciente diferenciación cualitativa y de inequidad socio-espacial, profundizándose en las zonas sur y este de la Ciudad situaciones injustas en la situación de la salud-enfermedad de la niñez. La evidencia empírica muestra que la creciente desigualdad socioeconómica incidió en las condiciones de salud de los niños de los hogares más pobres, especialmente en aquellos riesgos que pueden ser controlados a través de la prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno,

²⁶ Cuadro 9.3 del Anexo B.

es decir a través de la estrategia de la atención primaria. Esto demuestra, como se afirmara en la primera de las hipótesis planteadas, que las políticas de salud dirigidas a la primera infancia se mantuvieron bastante inflexibles a los cambios que se produjeron en la condición socioeconómica de los hogares y en el perfil epidemiológico de la niñez y no lograron disminuir los efectos negativos que la crisis social tenía sobre la familia. El incremento de la demanda sobre los servicios públicos, como consecuencia de la pérdida de cobertura de las obras sociales, generó la dependencia de un sistema público colapsado, donde los sectores medios empobrecidos desplazaron a los más pobres, con menor capacidad de demanda. Mayor demanda para la misma oferta significó la degradación en la calidad de atención que brindó el servicio público hospitalario a la población carenciada.

SEGUNDA PARTE

Las políticas y programas dirigidos a la promoción de la salud infantil.

Capítulo 10 – Las políticas y programas de salud antes de 1990.

Es indudable que la evolución de la salud-enfermedad de la primera infancia, analizada históricamente a través del nivel de su mortalidad, no puede ser considerada un fenómeno aislado sino que debe tenerse en cuenta el marco socio-político dentro del cual se inscribe.

El análisis de la transición epidemiológica permitió orientar la búsqueda hacia aquellas modificaciones experimentadas por las políticas y programas de salud, como parte de las políticas públicas, que demostraron tener mayor incidencia en las variaciones sufridas por el nivel de mortalidad de la primera infancia. En el período transcurrido entre 1860 y 1989 se identificaron seis etapas¹ que coinciden con los cambios experimentados por la estructura de las causas de muerte que acompañaron el descenso de la mortalidad: 1. Antes de 1880. Etapa pre-organizativa de la protección a la primera infancia; 2. Período 1880-1904. Etapa del saneamiento de la Ciudad; 3. Período 1905-1929. Etapa de la organización del sistema de atención de la salud en la Ciudad; 4. Período 1930-1949. Etapa del impulso de la medicina preventiva; 5. Período 1950-1969. Etapa de la organización nacional de la salud y 6. Período 1970-1989. Etapa del impulso de la vigilancia epidemiológica.

Los altos niveles registrados por la mortalidad de la primera infancia en la Ciudad, hasta mediados de la década de 1870², encuentran su explicación en la ausencia de formulaciones políticas explícitas que estuvieran dirigidas a reducirla. Hasta ese momento la preocupación de las autoridades estaba orientada a solucionar los problemas funcionales de equipamiento de la Ciudad y organizar el sistema de atención de la salud; es

¹ En el Anexo G se presenta un análisis detallado de las políticas y programas de cada etapa identificada.

² En el quinquenio 1870-1874 la tasa de mortalidad infantil fue 267 por mil y la tasa de mortalidad de la primera infancia fue 363 por mil.

el período que se denominó "Etapa pre-organizativa de la protección de la primera infancia".

Con respecto a la atención médica, los cuidados de la salud previos a la década de 1880 dentro del ámbito público, eran tomados a su cargo por el Consejo Nacional de Higiene, por la Comisión Municipal de Higiene y por la Sociedad de Beneficencia (creada por Rivadavia en 1823). El Consejo Nacional de Higiene se ocupaba principalmente de controlar la higiene del puerto mientras que los servicios hospitalarios estaban a cargo del gobierno municipal o de la Sociedad de Beneficencia.

El vínculo del hospital con la pobreza era fuerte; el concepto de hospital surge con claridad de la definición de Rawson (1876:230): "Los hospitales son establecimientos o casas en donde se presta auxilio a los pobres". Este concepto se proyectará hasta el presente entre los sectores medios y altos de la ciudad.

La falta permanente de espacio adecuado y la escasez de camas fueron una constante durante el período. Los hospitales de la época eran considerados verdaderas necrópolis. En este sentido, es demoledora la crítica de Rawson a las condiciones higiénicas de los dos grandes hospitales públicos de la Ciudad, el de Hombres y el de Mujeres: "el primero es un verdadero cementerio de vivos, el segundo, aún es más mortífero que el anterior" (Vaccarezza, 1986:69).

En cuanto a la atención de los partos, es necesario remontarse hasta la época de Rivadavia para encontrar el antecedente de las maternidades. Rivadavia, sosteniendo principios que hoy se consideran fundamentales para la protección integral de la madre y el niño, fundó en 1823 una "Casa de Partos Públicos y Secretos" entregándola para su dirección a la Sociedad de Beneficencia. Treinta años más tarde, esta misma Sociedad instituyó la primera Maternidad en el Hospital de Mujeres³. Por otra parte, existía la asistencia maternal a domicilio ejercida por médicos y por parteras,

³ Este hospital se inauguró en 1774 como una sala de trece camas, ubicado en la actual calle Bartolomé Mitre al 800. En 1822, Rivadavia lo hizo depender del gobierno de la provincia de Buenos Aires y lo amplió; en 1825 contaba con 65 camas. En 1852 pasó a depender de la Sociedad de Beneficencia y en 1887 se trasladó a Palermo y se lo nombró Hospital Rivadavia. En 1946 se convirtió en hospital mixto y pasó a depender del Estado.

enmarcados en los conceptos modernos de protección médico-social a la madre y al niño (Rodríguez, 1936).

Antes de 1880, la atención de los niños se basaba en la concepción de que el niño era un adulto en miniatura. La enseñanza de sus enfermedades estaba dentro de los contenidos educativos de la Clínica Médica o de la Cátedra de Partos. Alrededor de 1880, en las Facultades de Medicina latinoamericanas comienzan a crearse las cátedras de Pediatría y de esta manera se inician avances notables en relación al conocimiento de la crianza del niño, de los cuidados de su salud y de sus enfermedades. Posteriormente, en las primeras décadas del siglo XX, se fueron creando las Sociedades Nacionales de Pediatría (Puga, 1997)⁴.

Otros dos acontecimientos marcaron el inicio de una nueva etapa: la creación del Hospital de Niños San Luis Gonzaga⁵ (1875) y la formación de una comisión de médicos y demógrafos (1890) que investigó las causas de la elevada mortalidad infantil de la Ciudad y sugirió medidas para disminuirla⁶.

Hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX, la concepción de la enfermedad estaba basada en la doctrina del contagio. Por su parte, la práctica de las desinfecciones ubicaba en el exterior de la sociedad las causas de los procesos mórbidos. También las condiciones de la higiene urbana estaban incorporadas en esa concepción de la enfermedad como algo exterior al conjunto social, tomando como eje las directivas de la llamada “higiene social”.

A comienzos del siglo XX, los médicos higienistas, a partir de la acción a favor de los indigentes, fundaron su acción en un concepto de solidaridad que en algunos textos aparece asociado a la concepción biológico-organicista propia del positivismo (Belmartino, 1996). El movimiento higienista denunciaba que la enfermedad tenía como causa fundamental la ignorancia; una proporción importante de las enfermedades

⁴ La Sociedad Argentina de Pediatría se fundó el 20 de octubre de 1911.

⁵ Este hospital se ubicaba en la calle Victoria (hoy Hipólito Irigoyen). Su capacidad inmediatamente resultó insuficiente por lo cual se lo trasladó, en 1876, a una nueva sede en Arenales 1462. Veinte años más tarde se inauguró la sede de la calle Gallo y en 1946, al conmemorarse el centenario del nacimiento del primer pediatra argentino Ricardo Gutiérrez, que fue su director durante dos décadas, por Ley N° 14.649 se lo denominó “Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez”.

⁶ En el quinquenio 1885-1889 la tasa de mortalidad infantil fue 185 por mil y la tasa de mortalidad de la primera infancia fue 286 por mil.

entéricas de la infancia estaban relacionadas con el desconocimiento de las madres de las normas elaboradas para regular la alimentación infantil. Por lo tanto, esta percepción de las causas sociales de la enfermedad conllevó a postular la necesidad de unir atención médica y asistencia social.

Es así que a partir de comienzos del siglo XX se concretaron distintas acciones cuyo objetivo fundamental fue la atención del niño y el cuidado y protección de la mujer embarazada, parturienta y en período de lactancia. Merece señalarse, por la importante obra de asistencia médico-social realizada, la creación en la órbita del gobierno local de la Sección de Protección de la Primera Infancia dependiente de la Asistencia Pública (1908) que tenía a su cargo la protección directa e indirecta de los lactantes. También se destaca el proyecto de ley que en el año 1902 presentara la Sra. Gabriela de Coni sobre la protección de las mujeres embarazadas que trabajaban en las fábricas la Ciudad. Este proyecto constituyó, junto al proyecto de Ley Nacional del Trabajo de Joaquín V. González (1904), el antecedente inmediato del presentado por el Dr. Alfredo Palacios aprobado en 1907 y del seguro obligatorio de maternidad que en la década de 1930 se extendió a las empleadas del Estado municipal y nacional.

La unión entre atención médica y asistencia social recorrió un camino accidentado, con distintas posturas políticas. Los socialistas afirmaban la necesidad de diferenciar entre asistencia social y seguro social⁷. “La primera remite al viejo concepto de la filantropía y la caridad, mientras que el segundo representa el esfuerzo realizado por cada individuo para asegurar su porvenir” (Belmartino, 1996:219). Los higienistas alegaban que la asistencia debía ser obligatoria para el poder público, bien organizada, eficiente, preventiva, al mismo tiempo que de socorro y que el Estado debía centralizar todas las actividades relativas a la salud. Además, intentaron vincular ambos conceptos, es decir, relacionar la necesaria acción del Estado con el establecimiento paralelo de la previsión obligatoria. Con

⁷ El modelo de seguro social, acuñado por Bismarck en Alemania en la década de 1880, limita la cobertura a los asalariados y a los familiares que se consideran económicamente dependientes; se financia principalmente por el aporte de los asegurados y por las contribuciones patronales. Se contraponen al esquema de seguridad social, asociado al modelo laborista anglosajón, que pretende cubrir a toda la población independientemente de la actividad que realice y se financia con diversos recursos, entre ellos las rentas generales.

respecto al bienestar materno-infantil, los médicos higienistas, los anarquistas y socialistas bregaron por la creación de un Departamento Nacional de Maternidad e Higiene Infantil, lo que implicaba la pérdida por parte de la Sociedad de Beneficencia de una de sus áreas. Se le cuestionaba a dicha Sociedad la falta de cumplimiento de los objetivos impuestos por Rivadavia en el momento de su creación.

A partir de la década de 1920, el hábito de alimentar al niño con leche de nodriza comenzó a disminuir y se buscó satisfacer las necesidades alimentarias a través de otros métodos. En relación a las nodrizas, el discurso médico de la época se centraba en el problema de la mortalidad infantil, referida a las patologías gastrointestinales y a la sífilis. Es decir, la preocupación se colocaba en el niño lactante demandante y el niño lactante hijo de la nodriza. Las formas de control de las nodrizas operaron entonces como pautas de acción para el control, no sólo del mercado laboral, sino “como formas disciplinarias de los hábitos de crianza e introducción de preceptos higiénicos dentro de los sectores populares” (Pagani y Alcaraz, 1988:30). La incorporación de nuevas formas de alimentación estuvo inserta en una nueva política sanitaria, que se puso en evidencia a partir de 1930, con la desaparición de la nodriza como método alimentario sustituto.

A partir de los años treinta, se destaca el impulso dado a la medicina preventiva con el dictado de numerosas leyes de protección a la madre y al niño y con la consolidación del servicio social como complemento de la asistencia médica. En 1934 se constituye la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires. La puericultura concebía el cuidado del niño como parte de la higiene social. La madre comenzó a valorarse de una manera distinta: por la buena crianza del hijo y no solamente por el número de hijos que daba a luz (Billorou, 2004). El éxito del discurso de la puericultura debe entenderse dentro de un proceso más amplio, que condujo finalmente a la medicalización del embarazo, parto y cuidado de los niños.

Durante las décadas de 1930 y 1940, el concepto de higiene defensiva como disciplina y política pública se transformó, aunque no desapareció totalmente. Se articuló un nuevo concepto, la higiene positiva, que combinaba la preocupación por la salud, la plenitud física y la perfección moral. “Se impuso paulatinamente la convicción de que a partir del ejercicio de ciertas

normas, conductas y prácticas era posible estar sano y gozar de una salud pensada como valor integral y absoluto” (Billorou, 2004:194).

Se visualizó la conformación de un campo doctrinario favorable a la intervención del Estado nacional en la organización de los servicios de salud; en la segunda mitad de los treinta cobró vigencia el concepto de “justicia social”. El Estado “podía y debía intervenir para que, a pesar de las desigualdades, se le hiciera justicia a cada uno en su lugar y para que se lograra una mínima cohesión social” (Torrado, 2003:584). Comenzó a hablarse de planificación y de integración de prácticas preventivas y se esbozó un abordaje integral del problema de la salud, orientado a vincular trabajo, previsión, asistencia social y atención médica. Una característica relevante de esa época fue la utilización del servicio público de atención médica, especialmente en lo referido a las maternidades municipales, si bien a fines de los cuarenta es notoria la importancia que comienza a cobrar la asistencia prestada en otros hospitales. Este hecho se relaciona con la creación, a partir de 1945, de las obras sociales que marcaron el inicio de un nuevo período en la prestación de servicios para la atención de la salud. En estos años la “asistencia y previsión se confunden en la fundamentación de proyectos de seguro, incorporando un matiz diferente de la idea de solidaridad” (Belmartino, 1996:220).

El surgimiento de las obras sociales⁸, suele estar asociado a las transformaciones políticas, económicas y sociales producidas en esos años y a una estrategia de cambio de las relaciones sociales desarrollada desde el aparato estatal. Pero la indagación histórica aporta otra interpretación: “Las obras sociales no serían instituciones creadas *ex novo* como prenda de negociación en una determinada coyuntura política. Aún cuando hayan sido utilizadas con ese objeto, parecen responder en mayor medida a tradiciones culturales fuertemente arraigadas en los sectores populares, dado que puede reconstruirse una línea de continuidad entre ellas y las mutualidades gremiales” (Belmartino, 1996:223).

⁸ Vinculado al Decreto 30.565 del 15 de noviembre de 1944 que crea la Comisión de Servicio Social. Esta Comisión tenía a su cargo la implantación de los servicios sociales en los establecimientos donde se prestaban tareas retributivas. Estos servicios consistían entre otros en: atención médica gratuita, atención farmacéutica y suministro de artículos de consumo a precios de costo, cocina y comedor para uso del personal. La literatura especializada la considera el embrión de las futuras obras sociales sindicales.

Uno de los pilares de la reforma del sistema de salud de la década de 1940 fue el reconocimiento del derecho al bienestar⁹. Este reconocimiento supuso la organización de la salud pública y de la asistencia social, estructurada en el mismo cuerpo normativo y planificada por un organismo único. Los fundamentos doctrinarios que se plantearon fueron: responsabilidad social, planificación, solidaridad, asistencia y justicia social.

La política nacional que comenzó a implementarse a fines de los cuarenta y que continuará hasta 1955, tuvo en el ministro Dr. Ramón Carrillo su principal representante. Durante su gestión se destacó el carácter social y público de la medicina, existiendo una notable expansión en el número de camas de la jurisdicción nacional. Asimismo se promovió la creación de mutuales sindicales y se apoyó a las existentes mediante subsidios o fondos especiales para la construcción de establecimientos asistenciales (Novick, 1992).

Por su parte, el surgimiento de la seguridad social médica se vinculó a la capacidad organizativa de los sindicatos más poderosos y el futuro de los mismos quedó progresivamente atado a la inestabilidad de los acuerdos y a la continua negociación, los beneficios de los trabajadores pasaron a operar como prebendas. Se construyó un régimen de tipo corporativo fuertemente controlado desde la cúspide. Esto obstaculizará, en el mediano plazo, todo intento de generar un sistema centralizado y uniforme de cobertura para la totalidad de la clase obrera y estará contra los principios igualitarios y universalistas que se pregonan desde el Estado.

A partir de los años cincuenta, en el orden nacional, se inició una política sanitaria de transferencia de servicios y se consolidó la medicina preventiva a través de la organización de programas nacionales de vigilancia epidemiológica y campañas de vacunación. Asimismo se instituyó el régimen de asignaciones familiares por maternidad y nacimiento.

A fines de los sesenta se inició el Servicio de Neonatología en la Maternidad Sardá concretada en 1968 por una firme decisión del Dr. García Díaz, Secretario de Salud de la Municipalidad (Ceriani Cernadas, 2004). La

⁹ El Primer Plan Quinquenal incorpora este reconocimiento, basándose en las “ansias de justicia y respeto a nuestras libertades fundamentales” (Diario de Sesiones, reunión 85ª, 19 de diciembre de 1946, p. 504, citado en Belmartino, 1996:238).

neonatología era una disciplina nueva, no sólo en la Argentina sino en el resto del mundo¹⁰. También por estos años se desarrollaron distintas investigaciones aplicadas a la atención de los niños recién nacidos: la alimentación parenteral con aminoácidos cristalinos y glucosa para prematuros y desnutridos, y esquemas dietéticos para prematuros. Se trataba de caracterizar clínica y bioquímicamente la prematurez y los déficit nutricionales para contribuir a su recuperación. Hubo mucho interés y preocupación en promover la leche humana y sostener su utilización en los niños prematuros y lactantes enfermos. Por otro lado, la cirugía, la anestesia y el manejo postoperatorio inmediato se volvieron más seguros aumentando las indicaciones quirúrgicas en la infancia. El mejor conocimiento de la clínica y el intenso desarrollo de la tecnología de estudios complementarios incrementó el número e importancia de las subespecialidades pediátricas (Croce, 2003).

En esta misma época, la insistencia del Dr. Florencio Escardó sobre los daños que producía el hospitalismo y la necesidad de la internación conjunta de la madre con su hijo, comenzó a ser implementada en los servicios hospitalarios. Por otro lado, la “nursery” clásica de los Servicios de Neonatología comenzó a cuestionarse y de esta manera nacieron los sectores de alojamiento conjunto o “rooming in”, donde el recién nacido se encuentra junto a su madre desde el momento del nacimiento, favoreciendo la formación del vínculo madre-hijo y la lactancia materna (Puga, 1997).

Por su parte, la política nacional llevada adelante por el Dr. Arturo Oñativia “puede ser incluida dentro de la concepción del Estado de Bienestar” (Novick, 1992:193). Durante su administración la tendencia descentralizadora adquirió prudencia y moderación. Asimismo, puso en práctica una legislación para el control de medicamentos considerado uno de los puntos críticos en la prestación de los servicios médicos en el país. Lamentablemente el golpe de 1966 que instauró el gobierno de la denominada Revolución Argentina inició una reducción de la actividad del Estado. Se implementó una racionalización y tecnificación administrativa, mientras se retomó el proceso de transferencia de los hospitales nacionales a las provincias.

¹⁰ La primera terapia intensiva neonatal moderna fue creada sólo dos años antes, en 1966 en Yale, Estados Unidos.

A partir de los setenta, en el ámbito nacional, se comenzó a aplicar un programa destinado a la protección de la salud de la madre y el niño. En el ámbito de la Ciudad, se dictaron numerosas disposiciones vinculadas con la vigilancia epidemiológica y el reordenamiento de recursos en el área materno infantil, creándose las unidades y secciones de pediatría en los hospitales municipales.

Con el golpe de 1976 comenzó el desmantelamiento del Estado de Bienestar y la instauración progresiva de políticas sociales neoconservadoras. El gobierno militar promovió la expansión del sector privado¹¹ mediante el aumento del gasto de obras sociales que recontrataban sus servicios, estableció la libertad de afiliación de los trabajadores, transfirió los servicios nacionales a la órbita de las provincias y estableció aranceles para acceder a ciertos servicios del sector público. “También se inicia y difunde una modalidad mixta de contratación en la que la obra social establece convenios por capitación con la entidad intermedia y ésta le paga por prestación a sus proveedores” (Katz et al., 1993).

Finalmente, el gobierno alfonsinista aportó algunas ideas para regular la producción de medicamentos y la importación de aparatología y presentó al Congreso el proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud, enviado por el entonces Ministro de Salud y Acción Social Dr. Aldo Neri; este proyecto originó un intenso debate entre los funcionarios del gobierno y los sindicatos. “A la crisis económica, la escasez de fondos disponibles y el escepticismo de los encargados de generar cambios en las políticas, se sumaba la crítica generalizada acerca de lo improductivo del gasto en esta área: gasto desmedido en aparatología y medicamentos, pobre implementación de estrategias de atención primaria, fuerte sub-utilización del sector público (...) perpetuación de esquemas burocráticos, etc.” (Novick, 1992:195). En síntesis, el debate político-ideológico no permitió avanzar con el proyecto del seguro nacional de salud, proyecto que tampoco podrá concretarse en el futuro y que determina por definición la ausencia de una organización que al menos en su sentido esencial garantice servicios homogéneos y equitativos para la ciudadanía, independientemente de su

¹¹ El sector privado importa tecnología gracias a ciertas exenciones impositivas que se otorgaron en la época (Ley 21.908 de 1978).

condición laboral, social, lugar de nacimiento o residencia, edad, género o raza.

Capítulo 11 – Las políticas y programas de salud a partir de 1990.

La legislación constituye el medio más importante para el logro del bien común, que en el caso de la salud “se relaciona con la salvaguarda o preservación del ser humano en toda su magnitud y, como consecuencia, de la sociedad como un todo” (Bolis, 2002:444). El principal referente de la salud en el Derecho se encuentra en los preceptos constitucionales en su carácter de norma suprema del Estado. Se considera que la Constitución es un instrumento normativo del Estado que debe contribuir al logro de condiciones más justas para el acceso y disfrute de los bienes y servicios de salud. Asimismo, constituye el mecanismo por medio del cual el Estado, en busca del bien común, sienta las bases para el equilibrio entre los intereses competitivos de la sociedad. Dentro de este marco, el objetivo de este capítulo es analizar la legislación del gobierno de la Ciudad, así como la política nacional sancionada a partir de 1990, con el objeto de conocer las normativas y las acciones dirigidas a garantizar el derecho a la salud de su población, con especial referencia a la primera infancia.

11.1 La formulación de las políticas de salud y de los programas y actividades desarrolladas.

A mediados de la década de 1990, conforme al principio federal establecido en la reforma de 1994 de la Constitución Nacional, se reunió la Convención Constituyente de la Ciudad, con el objeto de afirmar la autonomía de la Ciudad y organizar sus instituciones, promulgando en octubre de 1996 la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como estatuto organizativo. Este antecedente se constituyó en la referencia fundamental de la normativa sancionada a partir de 1990.

En su Preámbulo se declaran los valores sociales y principios básicos de promoción del desarrollo humano: libertad, igualdad, solidaridad, justicia y derechos humanos. En el título primero, Derechos y Garantías, se recogen las orientaciones más actuales sobre derechos humanos; en su título segundo Políticas Especiales, capítulo segundo Salud, “se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de

necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente (...) y se aseguran las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.” (Art. 20). Asimismo, prevé la sanción de una Ley Básica de Salud, conforme a lineamientos que se detallan en el Artículo 21 y entre los que se destacan que la Ciudad conduce, controla y regula el sistema de salud; el área estatal se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de la atención primaria jerarquizando el primer nivel; promueve la maternidad y paternidad responsable y en lo referente a la infancia, “garantiza la atención integral del embarazo, parto, puerperio y de la niñez hasta el primer año de vida, asegura su protección y asistencia integral, social y nutricional, promoviendo la lactancia materna, propendiendo a su normal crecimiento y con especial dedicación hacia los núcleos poblacionales carenciados y desprotegidos” (Art. 21, inciso 5). Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en su Capítulo Décimo Artículo 39, los reconoce como sujetos activos de sus derechos, les garantiza su protección integral y que deben ser informados, consultados y escuchados, respetando su intimidad y privacidad. Es decir, en la Constitución de la Ciudad se ratifican los principios básicos de una política de salud sustentada en los derechos humanos, que garantiza la equidad en el acceso de la población a los servicios personales y en la protección de la salud colectiva.

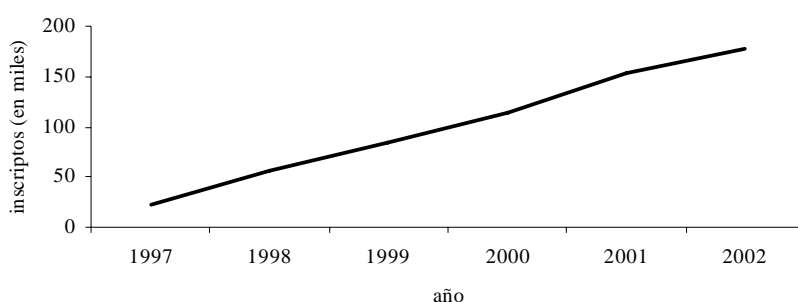
En lo referido a las políticas implementadas con respecto a la promoción de la lactancia materna, cabe señalar la creación del Programa de Capacitación sobre Lactancia Materna en las instituciones municipales que se ocupan de la salud de las mujeres embarazadas, madres, bebés y niños, así como en las guarderías, jardines maternos e instituciones de puericultura (Decreto 502 – 12/6/96 – B.M. 20.317). Dicho programa está destinado a capacitar al personal de conducción y/o ejecución de estas instituciones para ayudar en la iniciación y sostenimiento de la práctica del amamantamiento.

Ante la necesidad de implementar un sistema desconcentrado de la atención de la salud, dentro del área programática de cada establecimiento asistencial, con el fin de reorganizar los servicios y recursos de salud por

niveles de atención, buscando jerarquizar el primer nivel, se puso en marcha el Plan Médicos de Cabecera (Decreto 456 – 23/10/96 – B.O. 90). Los beneficiarios son los habitantes de la Ciudad con domicilio real en ella que no cuentan con cobertura de salud o los habitantes que teniendo cobertura, pertenecen a una obra social, mutual y/o prepaga que tiene convenio con la Secretaría de Salud del gobierno de la Ciudad. Los principios rectores del programa son la atención personalizada y el seguimiento continuo y particularizado de cada persona para favorecer no sólo el cuidado durante la enfermedad sino también la prevención de la salud y la integración entre el vecino, el médico y el hospital. En el caso de los niños, cuenta con pediatras que además de atenderlos efectúan el seguimiento del programa de vacunación.

La cantidad de inscriptos en el programa creció de manera exponencial a partir de junio de 1997, momento en el que comenzó a funcionar. Si se relaciona para el año 2001 el total de inscriptos (153.364) con el total de población de la Ciudad sin cobertura de salud (713.303), se observa que este programa captó sólo el 21,5 por ciento de la población sin cobertura. Si esta relación se aplica a la población menor de cinco años¹ el valor que se obtiene es de 28,6 por ciento. Parecería que este programa no fue lo suficientemente promocionado o que la población sin cobertura prefiere la atención en el hospital o el centro de salud del barrio y no el consultorio particular del médico de cabecera. Es decir, se aumentó la oferta pero no se reordenó el sistema de atención; existirían problemas de organización.

Gráfico 11.1
Inscriptos en el Plan Médicos de Cabecera. Ciudad de Buenos Aires, 1997-2002.



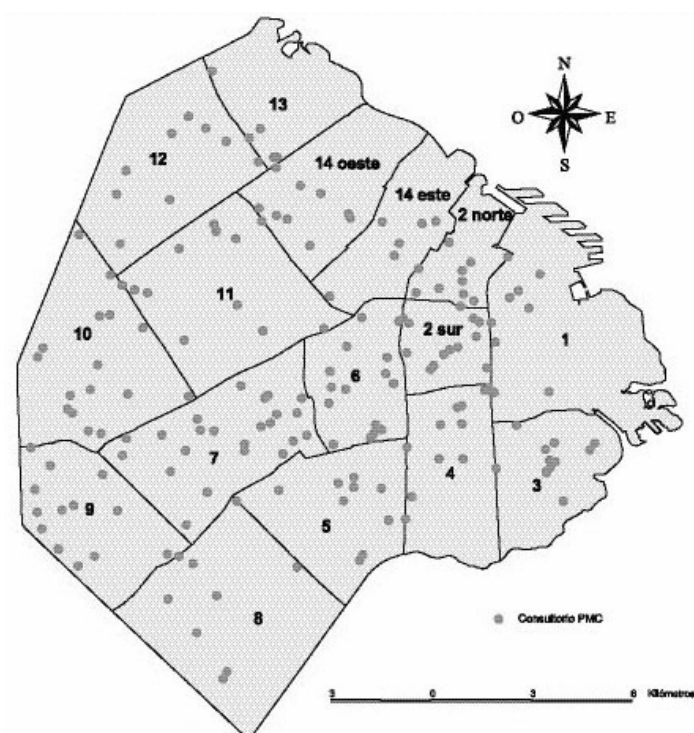
Fuente: Cuadro 11.1 del Anexo B.

¹ Población sin cobertura 33.209 y población inscrita 9.508.

Los médicos de cabecera son médicos clínicos, pediatras, tocoginecólogos y odontólogos de los hospitales del gobierno de la Ciudad que atienden en sus consultorios particulares con el objeto de establecer un seguimiento sistemático de cada paciente. Dichos consultorios² fueron distribuidos por toda la Ciudad como se observa en el mapa que figura a continuación.

Mapa 11.1

Ubicación de los consultorios de los médicos de cabecera. Ciudad de Buenos Aires, 2002.



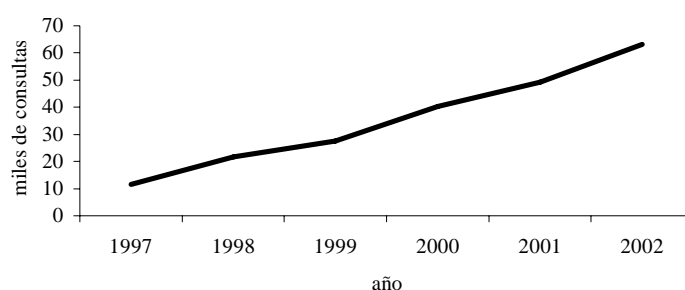
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, GCBA.

Con respecto a las consultas en pediatría en dichos consultorios, las mismas se incrementaron notablemente, especialmente en el último trienio del período analizado (Gráfico 11.2). Las consultas del año 2002 casi duplicaron las del año 1999, hecho que se relaciona con el aumento del número de inscriptos menores de quince años al programa, que también se duplica en dicho período. El promedio anual de consultas pediátricas por inscripto menor de 15 años se mantuvo relativamente estable (en 1999 fue 1,6 mientras que en el año 2002 fue 1,4).

² Al iniciarse el Programa eran 92 médicos clínicos y 35 médicos pediatras. A fines del período analizado esta cantidad se duplicó, incorporándose las especialidades tocoginecología y odontología.

Considerando al Programa materno-infanto-juvenil como uno de los de mayor prioridad y con el propósito de optimizar la atención perinatólogica, en 1997 se constituyó la Comisión Asesora de Perinatología (Resolución 322 – 7/04/97 – B.O. 190) integrada por miembros de las especialidades comprendidas en la problemática y pertenecientes a los diversos establecimientos de la Ciudad. Sus funciones son la elaboración y actualización permanente de los criterios y normas de atención perinatólogica.

Gráfico 11.2
Consultas en Pediatría realizadas a través del Programa Médicos de Cabecera.
Ciudad de Buenos Aires, 1997-2002.



Nota: En 1997 corresponde a un semestre.

Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (Movimiento hospitalario 1997-2002).

Por otra parte, con el objeto de reforzar la estrategia de descentralización y optimización de los recursos, el primer gobierno autónomo de la Ciudad contempló la división del espacio geográfico-poblacional y de servicios en regiones sanitarias o sistemas urbanos de salud que fueron creados por Resolución 324 (7/04/97 – B.O. 235). La Ciudad fue dividida en cinco Sistemas Urbanos de Salud, que agruparon las Áreas Programáticas existentes, cada uno de ellos con un Comité Operativo que, entre otras funciones, debía iniciar y desarrollar estudios sobre las necesidades de salud de la población del área y sobre los recursos existentes para su atención, así como fortalecer la coordinación de actividades entre los servicios y realizar propuestas sobre eventuales intercambios y redistribuciones de recursos y equipamiento.

Teniendo en cuenta los derechos de los ciudadanos, la Legislatura, a fines del año siguiente sancionó la Ley 114 (3/12/98 – B.O. 624) sobre la

Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. Según lo especifica esta Ley, la protección integral está conformada “por todos y cada uno de los derechos a ellos reconocidos y los que en el futuro pudiera reconocérseles”. Bajo el Título II Principios, derechos y garantías se detallan los mismos: derecho a la vida, a su disfrute y protección; derecho a la libertad, dignidad y respeto; garantías procesales; derecho a la identidad y a su protección; derecho a la salud; derecho a la convivencia familiar y comunitaria; derecho a la educación con miras a su desarrollo integral; derecho a la recreación, juego, deporte y descanso; derecho a no trabajar y derecho a la libre expresión, información y participación. Específicamente en lo relacionado a la salud y a los efectos de garantizar la atención integral de los niños, niñas y adolescentes, se asegura su acceso gratuito, universal e igualitario sobre la base de la solidaridad. A su vez, el Art. 23 detalla las medidas que debe adoptar el gobierno para garantizar el cumplimiento de la Ley, entre ellas: reducir la morbilidad; combatir las enfermedades y la malnutrición; asegurar que todos los sectores de la sociedad conozcan los principios básicos de la salud, de la nutrición, las ventajas de la lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental y todas las medidas de cuidado y prevención; desarrollar la atención sanitaria preventiva y la educación en materia de salud sexual y reproductiva; vacunación gratuita según el esquema vigente y garantizar la atención de la salud a toda adolescente embarazada. En lo que respecta a la atención perinatal (Art. 24), los establecimientos públicos y privados que realicen atención del embarazo, del parto y del recién nacido, están obligados a realizar exámenes a fin de determinar el diagnóstico y la terapéutica de anormalidades en su metabolismo y ejecutar acciones programadas teniendo en cuenta los grupos de mayor vulnerabilidad para garantizar el adecuado seguimiento del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Esta Ley contempla los fundamentos de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, convertida en Ley Nacional 23.849 en 1990 e incorporada al Art. 75 inciso 22 de la Constitución Nacional de 1994. Es decir, reconoce a los niños como titulares de los derechos que poseen los adultos, sumándoles otros derechos especiales propios de su edad

y abandona la concepción del niño como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el Estado y la sociedad.

Poco tiempo después, la Legislatura de la Ciudad promulgó la Ley 153 (25/02/99 – B.O. 703), Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Esta Ley garantiza, como lo indica en su Art. 1º, el derecho a la salud integral a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes. Esta concepción de la salud está vinculada con la satisfacción de las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. Asimismo se sustenta en la cobertura universal de la población, en la solidaridad social como filosofía rectora del sistema y en la participación de la población en los niveles de decisión, acción y control como medio de promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo. Otros dos principios que merecen destacarse son el acceso y utilización equitativos de los servicios que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, y que la organización y desarrollo del área estatal se efectúe conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.

Bajo el Título III Subsector estatal de salud, en el Art. 14º, se detallan los objetivos del subsector estatal, entre los que merecen citarse, por estar relacionados directamente con la problemática investigada, los dos primeros. El primero se refiere a que el subsector estatal debe contribuir a disminuir los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbilidad prevenibles y reducibles. El segundo especifica que se deben desarrollar políticas sanitarias centradas en la familia para la promoción comunitaria de herramientas que contribuyan a disminuir la morbilidad materno-infantil, promover la lactancia en el primer año de vida y generar condiciones adecuadas de nutrición.

Durante el año 1998, previo al debate sobre tablas del proyecto de Ley³, la Comisión de Salud de la Legislatura efectuó el estudio de los

³ Debate que se efectuara en la 7ª Sesión Extraordinaria de la Legislatura de fechas 9 y 16 de febrero de 1999.

proyectos ingresados⁴ y de legislación comparada, consultas técnicas, numerosas reuniones con los Diputados y asesores de la Comisión, y la realización de una jornada de consulta en la que manifestaron su opinión un importante número de organizaciones vinculadas al sistema de salud de la Ciudad. Como producto de la tarea realizada se redactó el proyecto presentado a debate que procuró sintetizar el contenido de las diversas posiciones recogidas.

En la presentación del proyecto la Dip. Clorinda Yelicic (FrePaso - Presidenta de la Comisión de Salud) destacó que un aspecto relevante de la tarea realizada fue la consulta de diversas fuentes legislativas, tanto extranjeras como nacionales. Por otro lado, enfatizó que “constituyó un desafío la elaboración de una norma de esta naturaleza en una etapa en que el marco global de la Ciudad está aún en elaboración. La no existencia de una Ley de Comunas limitó el desarrollo de competencias locales en la ley”⁵ (Legislatura de la CABA, 1999, VT 1:17). Asimismo, rescató que un aspecto central de la norma es sentar las bases de un nuevo modelo de atención, a partir de “la definición geográfica poblacional en regiones, enfatizando mecanismos de coordinación y el acercamiento al espacio local donde los procesos de salud-enfermedad se producen” (Legislatura de la CABA, 1999, VT 1:20). Finalmente, agradeció a todos los diputados integrantes de la Comisión y, fundamentalmente, a los diputados de la oposición por la voluntad política demostrada para encontrar el consenso en esta Ley.

El tema de las regiones sanitarias también fue resaltado por el Dip. Rodríguez (Nueva Dirigencia), quien afirmó que la Ciudad no es un todo homogéneo y destacó las ventajas de la descentralización: “La Ciudad se divide en tres grandes zonas que caracterizan tipologías poblacionales absolutamente distintas. Toda esta Ciudad, que se arrima al Puerto Madero,

⁴ Que fueron de autoría de: Dip. Clorinda Yelicic y otros (72-D-97); Dip. Juliana Marino (1466-D-98); Dip. Patricio Datarmini y otros (2662-D-98); Dip. Eugenio Zaffaroni (2843-D-98); Dips. Juliana Marino y Liliana Sánchez (2937-D-98); Dip. Antonio Campos y otros (3689-D-98); Dip. Lautaro García Batallán (5439-D-98); Dip. Marcela Larrosa (5531-D-98); de la Jefatura de Gobierno (5617-J-98) y los expedientes particulares presentados por la Asociación de Médicos Municipales (5248-P-98) y la entidad Un Nuevo Espacio Social (4373-P-98).

⁵ La Ley Orgánica de Comunas, prevista en la Constitución de la Ciudad (Arts. 127 a 131) no fue sancionada hasta setiembre de 2005.

vinculada a la Recoleta, a Barrio Norte, a Belgrano, es una ciudad que está centralmente caracterizada por altísimos niveles de ingreso (...) En la zona media, nos encontramos con una clase media cada vez más pauperizada (...) Y, un sector sur, en donde las enfermedades y la mortalidad infantil se convierten, en algunos barrios, en equiparables con los partidos más atrasados del Conurbano bonaerense. (...) Este esquema de regiones nos permitirá una descentralización efectiva; tener un diagnóstico epidemiológico distinto y políticas sectoriales distintas y, fundamentalmente garantizar, en mayor medida y en forma efectiva la participación ciudadana, no sólo en la consulta, sino en las alternativas de gobierno” (Legislatura de la CABA, 1999, VT 1:27).

Una vez que se votó y aprobó en general el proyecto de Ley, al comenzar el tratamiento en particular y ponerse en consideración el Art. 26º Efectores. Descentralización⁶, la Dip. Marino (P.J.) resaltó el atraso en el proceso de descentralización de la Ciudad y señaló que dicho proceso debería ser uno de los pilares de la nueva salud de la Ciudad, pero que “el proyecto sólo se limita a plantear la descentralización como un simple proceso administrativo” (Legislatura de la CABA, 1999, VT 2:48). Destacó que para el bloque justicialista la descentralización es la herramienta más importante para facilitar el tránsito hacia un Estado pluralista, participativo y democrático, acercando la decisión y el control al ciudadano común. Esta posición también fue compartida por el Dip. Rodríguez (Nueva Dirigencia) quien opinó “que la descentralización y la organización en regiones permitirá que no todas las políticas sean planificadas desde un sector” (Legislatura de la CABA, 1999, VT 2:52). La Dip. Yelicic (FrePaSo) destacó que comparte esas definiciones, o sea la transferencia de responsabilidades a nivel local y acercar las decisiones a la gente, pero subrayó que este tema está relacionado con las futuras comunas, porque lo que se pretende es que los niveles técnicos de salud tengan que ver con los niveles políticos locales. Finalmente, se votó y aprobó el artículo tal como había sido presentado por la Comisión de Salud.

⁶ “La autoridad de aplicación debe desarrollar la descentralización administrativa de los efectores dirigida al incremento de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo-financiera y del personal, manteniendo y fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes” (Legislatura de la CABA, VT1:11).

La reglamentación de esta Ley se realizó dos años más tarde mediante Decreto 208 (09/03/01 – B.O. 1149) modificándose algunos artículos, en especial el Art. 4º, donde se especificaban los derechos de las personas en los ítems referidos a la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad, el acceso del paciente a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y el consentimiento de éste, previo a la realización de estudios y tratamientos⁷. En cuanto a la internación conjunta madre-niño se reglamentó que los centros asistenciales adecuarán las estructuras de los servicios básicos requeridos para asegurar la internación conjunta de la madre y el niño hasta los catorce años.

En síntesis, esta Ley incluye una definición de salud (salud integral), adopta principios (cobertura universal y solidaridad) y prioriza un tipo de atención (estrategia de atención primaria) que tiene en cuenta las consignas impulsadas por la Organización Mundial de la Salud durante la década de 1970⁸, en pos de la “Salud para todos en el año 2000”, que después de veinticuatro años continúa siendo una meta a alcanzar.

Con respecto al tema de la atención y debido a los datos provistos por la Dirección General de Atención Médica (SAME), que mostraban que del total de auxilios médicos que se atendían por día en la Ciudad una tercera parte correspondía a menores de 14 años que eran tratados por profesionales especializados en la atención de adultos, las autoridades del gobierno de la Ciudad resolvieron, en el 2000, la creación del Sistema de Atención Pediátrica de Urgencia a Domicilio. Su propósito fue incrementar la accesibilidad de la población infantil a la atención de la salud, brindando asistencia médica de urgencia a domicilio, a través de pediatras, que “deben atender en sus domicilios y sin discriminación a los habitantes menores de quince años, respetando el principio de gratuidad garantizado por la Ley de Salud” (Resolución 892 – 19/04/00 – B.O. 944).

⁷ Por Decreto 2316/03 (B.O. 1826) se modifica el inciso h) puntos 3 y 5 de dicho artículo con el objeto de eliminar cualquier obstáculo legal para atender a los adolescentes que soliciten servicios de salud, ya que se presume que están en condiciones de formar juicio propio y tienen suficiente razón y madurez para ello.

⁸ En 1978 representantes de más de ciento treinta países se reunieron en Alma-Ata para firmar una declaración que proclamaba la existencia de desigualdad en el estado de salud de las personas.

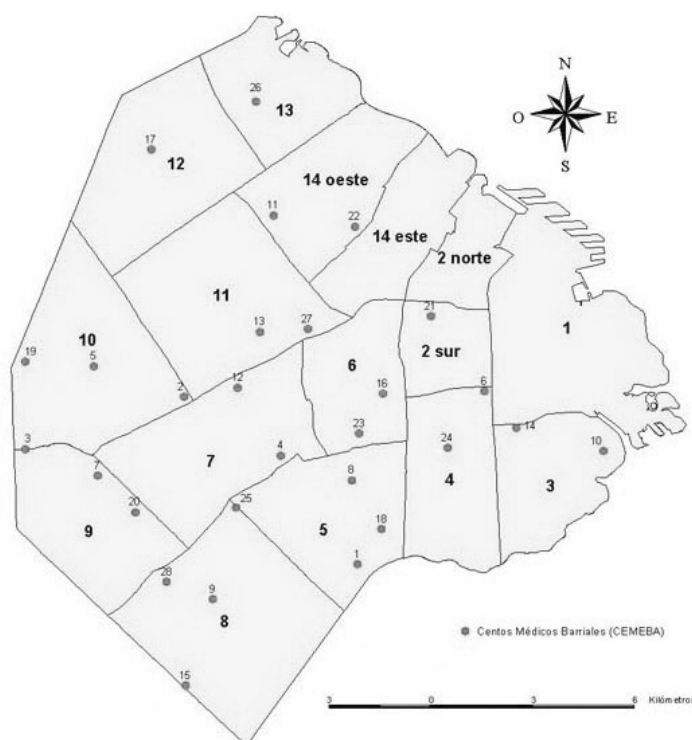
En el mismo año, se promulgó la Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, cuyos objetivos generales son garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos; garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio y disminuir la morbilidad materna infantil (22/06/00 – B.O. 989). Posteriormente, mediante la Ley 439 se modificaron algunos artículos, con el objeto de incorporar en el Art. 5° el respeto de las creencias y valores de la población; en el Art. 7° la aclaración que los métodos anticonceptivos que se prescriban serán voluntariamente elegidos por las/los beneficiarios luego de ser informados por los profesionales⁹. Finalmente en su Art. 8° se faculta a incorporar nuevos métodos de anticoncepción (13/07/00 – B.O. 997). Es necesario recordar que en la Ciudad, la primera experiencia programática en el campo de la planificación familiar fue impulsada en 1988, momento en el que se creó, como experiencia piloto, el Programa Procreación Responsable, destinado a suministrar asistencia en anticoncepción a la población usuaria de los servicios de la red asistencial pública de la Ciudad; de esta manera se equiparó a la brindada en los servicios de las obras sociales y privados. En los primeros años, su desarrollo estuvo dificultado por discontinuidades en el abastecimiento y entrega gratuita de métodos anticonceptivos, además de estar acotado a un reducido número de establecimientos de la red municipal. Desde 1995, por iniciativa de la Legislatura de la Ciudad, este programa cuenta con una partida presupuestaria especial que le confirió estabilidad y la expansión de la red asistencial (Ramos et. al., 2001).

A fines del mismo año, ante el proceso de pauperización creciente y debido a la gran heterogeneidad de los sectores más pobres, y con el objeto de lograr un abordaje integral de los grupos familiares más necesitados, se creó el Programa de Centros Médicos Barriales destinado a la atención integral del grupo familiar dentro del marco del Plan Médicos de Cabecera. Estos centros nuclea a médicos de cabecera de distintas especialidades y están ubicados en las áreas donde reside población “con riesgo aumentado”. Sus objetivos son: incrementar la accesibilidad a la atención de la salud de

⁹ En todos los casos serán de carácter reversible, transitorio y no abortivos.

las poblaciones con riesgo aumentado en zonas identificadas como prioritarias, disminuir la morbilidad materno-infantil en estas zonas y disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes (Decreto 2132 – 29/11/00 – B.O. 1084). Este programa está inserto en la política de descentralización hospitalaria de la atención primaria y estaría concebido, al igual que los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), para atender a los sectores que carecen de cobertura de salud sin que deban salir del barrio. Estos centros barriales¹⁰ fueron distribuidos por toda la Ciudad en especial en la zona sur¹¹.

Mapa 11.2
Ubicación de los Centros Médicos Barriales, Ciudad de Buenos Aires, 2002.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, GCBA.

También a fines del 2000 y como estrategia de prevención para la salud infantil, se implementó el Programa de Pesquisa Neonatal (PPN), creado por la Coordinación de Redes de Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad, con el objeto de prevenir patologías de forma temprana en los recién nacidos. El análisis que se efectúa consiste en extraer una gota de sangre del talón del recién nacido para realizar estudios que permitan

¹⁰ Fueron 16 consultorios al inicio del Programa y llegaban a 28 consultorios en el 2002.

¹¹ Lamentablemente no pudieron obtenerse cantidad de consultas realizadas en los mismos.

descubrir enfermedades tales como: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria y fibrosis quística, que si no son tratadas a tiempo pueden causar daños irreversibles en el sistema nervioso central. Este programa se lleva a cabo en las doce maternidades de los hospitales de la Ciudad y en los tres hospitales pediátricos.

En el 2001, considerando las cifras oficiales que indicaban que “entre el 25 y el 30 por ciento de las embarazadas que llegaban al parto en los hospitales públicos no se habían hecho ningún chequeo y que sólo un 25 por ciento había hecho alguna consulta durante el primer trimestre de la gestación, la mayoría de las veces por falta de orientación e información”, la Dirección General de Atención Médica (SAME) implementó a comienzos del año, el Servicio de Atención Telefónica Perinatal. Dicho servicio recibe las consultas y dudas referentes a salud durante el embarazo y la lactancia y brinda un servicio de ayuda y contención telefónica y toda la información referente a los lugares posibles de atención cercanos a los domicilios de los consultantes (Resolución 772-SS-01 – 04/04/01 – B.O. 1174).

Un objetivo de trascendencia para el futuro desarrollo del sistema de salud de la Ciudad fue la implementación, en el período 2001-2002, de un proyecto con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Este proyecto de cooperación técnica tuvo como objeto mejorar la calidad y la eficiencia en la atención de la salud en la Ciudad, mejorando la provisión de insumos médicos mediante la consolidación de listados terapéuticos, perfeccionando procedimientos de adquisición de medicamentos, material descartable e insumos esenciales para optimizar la relación costo-efectividad, costo-eficiencia y costo-beneficio, profesionalizando la gestión hospitalaria (Mazza, 2005). La meta principal del programa fue mejorar el estado de salud de la población mediante el perfeccionamiento del acceso al sistema y la extensión de la cobertura, enfatizando las cuestiones de equidad en el acceso a los medicamentos esenciales y su uso racional, una mejor distribución de los servicios, una aplicación correcta de la tecnología y un mejoramiento en el tratamiento de las enfermedades.

Finalmente, en el año 2002, frente a la crisis económica y social que estalló en diciembre de 2001, la Legislatura de la Ciudad, con el propósito de garantizar la continuidad de la atención de la salud de la población,

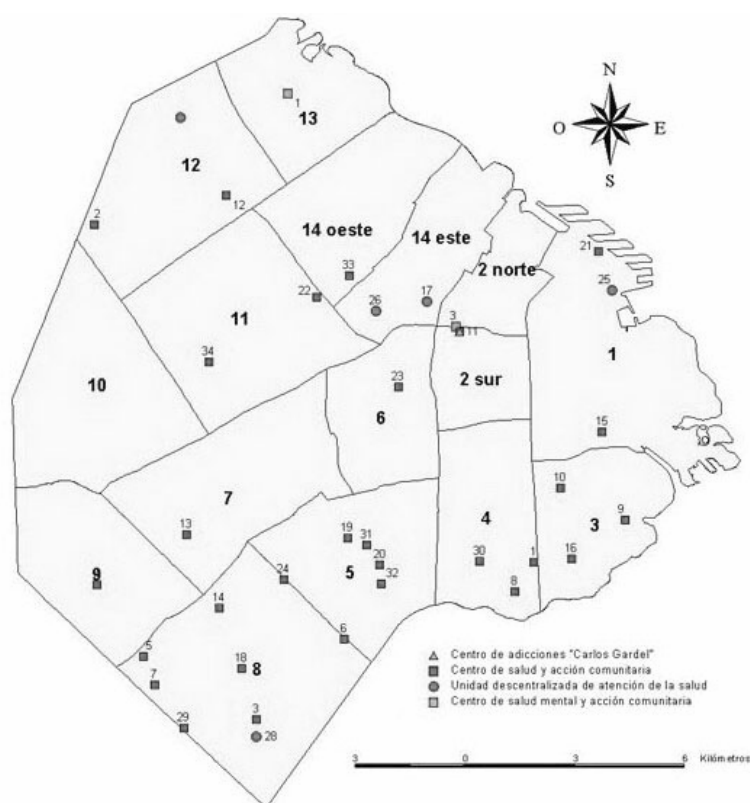
sancionó la Ley 752 de Protección de Derechos y Atención de la Salud Frente a la Crisis Económica y Social (14/03/02 – B.O. 1426). Esta Ley dispuso varias medidas para garantizar las prestaciones del primer, segundo y tercer nivel de atención en los efectores de salud del subsector estatal. Entre ellas se destacan la compra en forma directa, hasta fines del 2002, de los insumos necesarios para la normal prestación del subsector estatal y el impulso a la producción, el fraccionamiento y la adquisición de medicamentos genéricos. Por otra parte, entre las estrategias que utilizó la Secretaría de Salud para enfrentar la crisis y garantizar los insumos esenciales pueden mencionarse: el control permanente del estado del stock, se estableció un clearing interhospitalario para garantizar que los hospitales compartieran los insumos, se centralizó el sistema de compras para adquirir insumos críticos e imprescindibles, se estableció un mecanismo de seguimiento de la evolución de los precios y se constituyeron Comités de Crisis y Fondos de Crisis en los hospitales.

En resumen, puede afirmarse que a partir de la promulgación de la Constitución de la Ciudad, mejorar el sistema de salud se convirtió en un objetivo prioritario de gestión. Tanto el discurso político como los programas desarrollados destacaron la importancia de la atención primaria como la estrategia más adecuada para enfrentar la problemática de la salud de una manera integrada. La desconcentración y optimización de los servicios, a partir de la implementación del Plan Médicos de Cabecera, los Centros Médicos Barriales y la inauguración de nuevos Centros de Salud y Acción Comunitaria, tuvo como objetivo introducir una nueva modalidad de atención para dar respuesta a las necesidades de salud de la familia y por otro lado, permitir que los hospitales de agudos y los especializados pudieran dedicarse a su función específica: la atención de pacientes que requieren prestaciones de un mayor nivel de complejidad. Hacia fines del período analizado la Ciudad cuenta con 33 Centros de Salud y Acción Comunitaria (Mapa 11.3), 28 Centros Médicos Barriales y con 256 profesionales que atienden en sus consultorios privados a los beneficiarios del Plan Médicos de Cabecera. La red de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad se distribuye entre los diferentes barrios, especialmente en la zona sur, considerada la más desprotegida.

En los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) se implementaron las acciones de promoción y protección de la salud, a través de distintos programas: Programa Materno-Infantil; Salud Reproductiva; Control del niño sano y del niño desnutrido; Salud escolar; Inmunizaciones, Prevención del cáncer en la mujer; Tuberculosis; Educación para la Salud; Salud Mental, prevención de accidentes; Integración comunitaria de discapacitados; Tratamiento de las adicciones; Violencia familiar; SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y Enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, asma y epilepsia).

Mapa 11.3

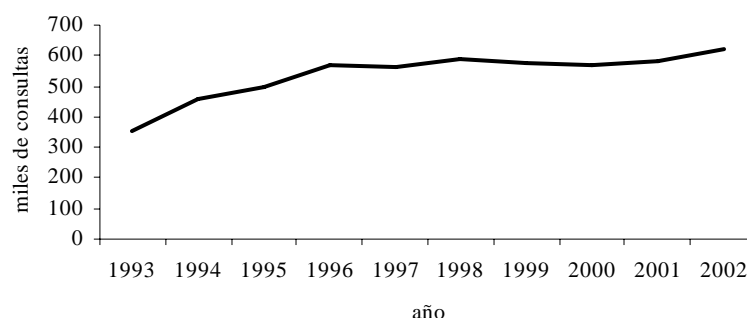
Ubicación de los Centros de Salud y Acción Comunitaria. Ciudad de Buenos Aires, 2002.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, GCBA.

En estos centros las consultas se mantuvieron estables desde mediados de la década de 1990, con un leve repunte en el último año; el incremento observado a comienzos de los noventa se debe a la apertura de nuevos centros en las cercanías de los barrios carenciados de la Ciudad.

Gráfico 11.3
Consultas realizadas en los Centros de Salud y Acción Comunitaria.
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.



Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (Movimiento hospitalario, 1993-2002)

Por su parte, en los Centros Médicos Barriales o en los consultorios particulares de los Médicos de Cabecera, médicos pediatras, tocoginecólogos, clínicos y odontólogos, realizan controles de salud, tratamiento de las enfermedades más frecuentes y desarrollan actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud. Los estudios de diagnóstico y tratamientos especializados se realizan en el segundo nivel de atención¹², en el hospital que le corresponde al barrio del paciente (Mapa 11.4).

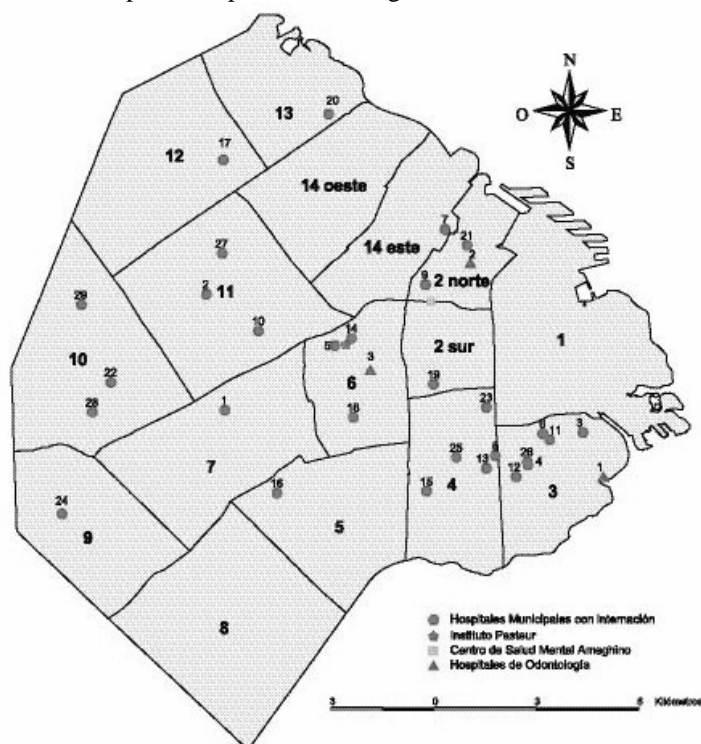
Como ya se señalara, a partir de la sanción de la Constitución de la Ciudad, comienza a observarse una mayor preocupación en las autoridades por las acciones de promoción y protección de la salud. La mayor importancia que hasta ese momento tuvo la visión reparadora se encuentra en la opinión de Aldo Neri al hacerse cargo de la Secretaría de Salud, a mediados del 2001, quien advertía¹³ un “desbalance en el nivel de atención primaria” y que el sector hospitalario “tuvo un crecimiento mayor a la atención primaria” (CBA, 2001:6). Afirmó que el problema de la atención primaria no se debe a la falta de recursos sino a que los centros de salud “no están montados dentro de una estructura que mejore su llegada a la gente para que conozcan las utilidades que pueden brindarles” (CBA, 2001:7). También destacó la importancia de atender el nivel local, representado por los barrios, porque en la medida en que los programas sociales se puedan integrar a nivel local, no sólo serán más eficientes, sino que integrarán

¹² Integrado por 13 hospitales de agudos y 20 hospitales especializados.

¹³ Reportaje publicado en Revista Ciudad Abierta, Año 1, N° 7, pp. 4 a 7.

mucho mejor la orientación de la familia, su apoyo y seguimiento, haciendo converger todas las problemáticas en un solo lugar. Asimismo insistió en que hay que profundizar el proceso de descentralización, que los hospitales deben tener mayor autonomía de funcionamiento para la captación de beneficiarios de la seguridad social y del sector privado y que se tendría que ir superando, poco a poco, “la imagen del hospital como un lugar para pobres”, ya que en los países donde el hospital público es mejor se atienden allí las distintas clases sociales. Por otro lado ponderó, como proyecto de largo plazo del gobierno, el seguro único de salud para que el llamado indigente asistencial fuera cubierto por ese seguro.

Mapa 11.4
Ubicación de los hospitales dependientes del gobierno de la Ciudad, 2002.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, GCBA.

Con respecto a la política nacional, cabe mencionar los antecedentes que sirvieron de marco normativo para las acciones llevadas a cabo en el nivel local, con especial referencia a los programas que tuvieron como propósito lograr la equidad en la salud de la primera infancia. A comienzos de la década de 1990, frente a la crisis económica del momento, las autoridades sanitarias nacionales y de las distintas jurisdicciones del país,

integradas en el Consejo Federal de Salud (COFESA), firmaron el Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud, ratificando los principios básicos de una política de salud sustentada en la justicia social. Se destacó “claramente la responsabilidad del Estado en sus distintos niveles jurisdiccionales – nacional, provincial y municipal- como reasignador de los recursos sociales para garantizar la equidad en el acceso de la población a los servicios personales y en la protección de la salud colectiva” (MSAS, 1991:5). Asimismo, se afirmó que “la transformación del Estado en el área de salud pasa entonces por la descentralización en distintos niveles, generando nuevas formas institucionales de planificación y administración que aseguren la participación, la concertación y el control social sobre la gestión de los servicios públicos” (MSAS, 1991:6). Se definió un marco doctrinario en el que deberá basarse el proceso de transformación que incluye los principios rectores del sistema¹⁴ y las funciones del Estado, como garante del sistema. También se sostuvo que el Estado Nacional deberá fortalecer su función de orientador, conductor, articulador y distribuidor de recursos; que el Estado provincial será el responsable de la política de salud de su jurisdicción y de la administración de la red pública de servicios de salud como así también de la fiscalización del sistema y que los Municipios deberán asumir la planificación del sistema local de salud en forma concertada con el Gobierno Provincial. La descentralización hospitalaria, prevista por Decreto 9/93, se puso en marcha a través del Decreto 578/93 que establece la creación del Registro Nacional de Hospitales de Autogestión (Belmartino, 2005). De esta manera concluyó el proceso de descentralización con el traspaso a la Ciudad de los últimos hospitales que pertenecían aún a la órbita nacional¹⁵.

Por otro lado, el amplio consenso logrado en el país para otorgar alta prioridad política a las acciones a favor de la niñez, se puso de manifiesto tanto en las iniciativas legislativas e institucionales llevadas a cabo, como en la instrumentación de políticas públicas consecuentes. En 1990, Argentina

¹⁴ La salud como un medio para el logro del bienestar social, privilegiar la promoción y protección de la salud y respetar el principio participativo de representación.

¹⁵ En 1993 pasan a depender del municipio los hospitales: Rivadavia, Lagleyze, Santa Lucía, Udaondo, Borda, Moyano, Tobar García, María Ferrer y de Rehabilitación Psicosfísica.

ratificó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño¹⁶ y al año siguiente, con la firma de los Jefes de los Programas Materno Infantiles provinciales, las sociedades científicas y UNICEF, se formalizó el Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño y se fijaron metas para el año 2000 con sus respectivas líneas de acción. A comienzos de 1993 se anunció el Plan Nacional de Acción en favor de la Madre y el Niño y por decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 443/93 se aprobó el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), destinado a mejorar la calidad de vida de las mujeres en edades fértiles y de los niños menores de seis años en situación de pobreza crítica. Al año siguiente, el Presidente de la Nación, los Gobernadores Provinciales y el Intendente de la Ciudad de Buenos Aires, firmaron el Pacto Federal en favor de la Madre y el Niño por el cual, según lo establecido, cada distrito elaborará su propio plan.

Las metas¹⁷ definidas son veintidós y cubren las áreas de salud infantil, salud materna y nutrición. Para la salud infantil abarca aspectos tales como: la reducción de la tasa de mortalidad de menores de un año y de menores de cinco años, mantener la cobertura nacional de inmunizaciones, eliminar el tétanos neonatal, controlar el sarampión y reducir la mortalidad por enfermedades respiratorias agudas, por diarrea y por accidentes en los menores de cinco años. Con respecto a la salud materna: reducir la mortalidad materna, aumentar la cobertura de las embarazadas con toxoide tetánico, aumentar la detección temprana del embarazo, asegurar un mínimo de cinco controles parto y uno postparto, reducir la mortalidad fetal tardía y el bajo peso al nacer y desarrollar programas de procreación responsable. Por último, las metas de nutrición: aumento de la lactancia materna y disminución de la malnutrición severa, aumento de control del crecimiento y desarrollo de la primera infancia y el control de las deficiencias de yodo y hierro (MSAS, 1999).

Las líneas de acción fueron desarrolladas a través del Programa Nacional de Salud Materno Infantil, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, los Programas Especiales (de erradicación del sarampión,

¹⁶ A través de la Ley N° 23.849. La Convención fue incluida en el texto de la Constitución Nacional de 1994 en el Art. 75, inciso 22.

¹⁷ Han sido elaboradas a partir de las aprobadas en la Reunión Cumbre en favor de la Infancia, celebrada en setiembre de 1990 en Nueva York.

de la poliomielitis y del tétanos neonatal), el Programa Nacional de Prevención de Accidentes y el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). En el 2000, frente a la necesidad de establecer estrategias para la atención primaria de la salud que permitieran la descentralización y racionalización de los recursos y basado en la experiencia realizada en la Ciudad, se creó el Programa Nacional de Médicos de Cabecera¹⁸. También se creó la Unidad Coordinadora Ejecutora del Programa de Atención de la Salud Materno Infantil¹⁹ para coordinar las actividades de la Dirección de Maternidad e Infancia con el PROMIN. Esta Unidad cooperó con las provincias mediante transferencias de fondos, según el grado de vulnerabilidad social de cada jurisdicción, para la compra de insumos, capacitación y recursos de asistencia técnica. El Programa suscribe “convenios de gestión anual con las provincias para apoyar sus esfuerzos en prevenir y atender la malnutrición y las enfermedades más frecuentes en la infancia, mediante fondos para compra de leche en polvo, medicamentos, equipamiento para servicios de baja complejidad, educación y comunicación social” (MSAS, 2000:35).

Asimismo, se consideró necesario actualizar, con criterios de solidaridad y equidad, el Índice de distribución de recursos del Programa Materno-Infantil. Se trabajó con una metodología basada en indicadores que reflejaran la situación de vulnerabilidad de la población objeto del Programa y que a su vez permitieran priorizarlas en cada jurisdicción²⁰. Los indicadores seleccionados fueron: la participación porcentual de las muertes de menores de un año en el total de defunciones²¹, bajo nivel de instrucción de las madres, proporción de niños de 0 a 5 años en hogares con NBI y tasa de desocupación abierta. Este índice se actualizará anualmente, a fin de traducir las variaciones que se van produciendo en las situaciones de vulnerabilidad y necesidad en las jurisdicciones.

¹⁸ Por Resolución del Ministro de Salud N° 436/2000.

¹⁹ Por Resolución del Ministro de Salud N° 2/2000.

²⁰ La metodología consiste en ponderar una base poblacional (promedio entre la cantidad de nacidos vivos y la cantidad de partos en el sector público y partos no institucionales) por un conjunto de indicadores que permitieran priorizar las situaciones relativas de mayor vulnerabilidad y necesidad.

²¹ Se tomó este indicador y no la tasa de mortalidad infantil a fin de corregir distorsiones que afectan a las jurisdicciones con mayores problemas de subregistro.

Del mismo modo, con el objeto de reforzar las actividades de difusión e información sobre métodos de prevención de la infección y continuar con la provisión gratuita de medicamentos antiretrovirales y con los estudios de carga viral para la población sin cobertura, se creó la Unidad Coordinadora Ejecutora para coordinar las actividades del Programa de Lucha contra los Retrovirus Humanos (Leucemia y SIDA) y las acciones del Proyecto de Control del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)-LUSIDA²².

En el año 2001 se estipuló que en los programas alimentarios implementados por el Gobierno nacional dirigidos a niños y mujeres embarazadas, que incluyan distribución de leche entera en polvo, la misma deberá estar fortificada con minerales y vitaminas (hierro, zinc y ácido ascórbico). Esta normativa (Ley 25.459) es de suma importancia no sólo para el problema de nutrición de los niños sino también de las mujeres durante su embarazo, ya que previene deficiencias del peso al nacer de sus hijos.

En el año 2002, cuando se declaró la emergencia sanitaria, en el área de la salud materno infantil se fijaron como prioritarios tres ejes estratégicos: Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Programa de Salud Perinatal y Programa de Salud Integral del Niño. El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, creado por Ley Nacional N° 25.673/02, procuró dar respuesta al grave problema de la mortalidad materna, basándose en la autonomía de las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo, transitorio, para decidir la cantidad de hijos que cada pareja desea tener. Esta Ley “es la primera en la historia argentina que asigna una partida del presupuesto nacional a la compra de anticonceptivos” (Gogna, 2005). Entre otras medidas, facultó a los hospitales y los centros de salud públicos y privados a entregar métodos anticonceptivos por demanda. La sanción de esta Ley constituyó un significativo avance en la medida que formalizó la incorporación de la problemática de la salud sexual y reproductiva en la agenda del Estado nacional.

²² Por Resolución del Ministro de Salud N° 29/2000.

El Programa de Salud Perinatal propuso promover en todo el país la salud de las mujeres durante la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio y la de sus hijos durante el período fetal y neonatal, para disminuir la morbilidad materno-infantil. Sus objetivos son: mejorar la calidad de atención de los servicios perinatales en todos los niveles; promover redes de atención perinatales; mejorar la cobertura, disponibilidad y accesibilidad del control preconcepcional y prenatal, asegurar la atención del parto con el cumplimiento de condiciones obstétricas esenciales; garantizar la atención neonatal en el nivel de complejidad adecuado y el seguimiento del recién nacido de riesgo; promover la lactancia materna y desarrollar y/o perfeccionar los sistemas de registro para ser utilizados en el monitoreo y evaluación de la calidad de atención perinatal. Sus principales actividades son la transferencia de medicamentos esenciales para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido y la asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales para la transformación del modelo de atención en todos los servicios perinatales.

El Programa de Salud Integral del Niño²³ plantea un conjunto de actividades tendientes a alcanzar la cobertura universal de las acciones saludables para preservar y mejorar la salud integral del niño y corregir las fallas del sistema de atención. Propone la transformación del modelo y calidad de la atención en los servicios pediátricos de todos los niveles para dar respuesta a las necesidades de los niños, con énfasis en los de mayor riesgo biológico y social y con acciones centradas en el apoyo y sostén de la familia. Las actividades que se desarrollarán son de asistencia técnica y apoyo a las autoridades y equipos técnicos provinciales, transferencia de equipamiento, insumos y medicamentos esenciales para la atención del niño en las enfermedades prevalentes y la evaluación de los servicios sobre la base de la aplicación de normas de organización y funcionamiento.

Finalmente, a estos programas se agregó el Programa Remediar para garantizar el acceso a los medicamentos de quienes están bajo la línea de pobreza o sin cobertura de obra social, prepaga o mutual y que se atienden en los centros de atención primaria de la salud. Se instrumentará “mediante

²³ Se desarrolla a partir de la sanción de la Ley Nacional N° 29.929 de Protección del Embarazo y del Recién Nacido.

la compra de medicamentos, incluidos en un vademécum básico²⁴, que son distribuidos por operadores logísticos contratados mediante licitación pública nacional, en los centros de atención primaria provinciales, municipales y comunitarios de todo el país” (MS; 2002:5) a través de convenios de adhesión que se realizan con las provincias, donde se consignan los criterios de distribución de los medicamentos²⁵.

Con respecto al sistema de atención de la salud, cabe destacar que durante la década de 1990 se inició un proceso de reforma que fue denominado “desregulación de obras sociales”. Si las reformas anteriores buscaban llevar el sistema de salud a un modelo universal y de seguro único, esta reforma lo orientó hacia un mercado de seguro privado de atención gerenciada. “El eje de la reforma consistía en introducir la libertad de elección entre obras sociales, en una primera instancia, y en el futuro permitir la competencia con otros organismos” (González García y Tobar, 2004). La desregulación como tal comenzó en 1993, con el Decreto 9/93, que establecía que los beneficiarios del sistema de obras sociales tendrían libre elección de las mismas. Posteriormente, el Decreto 576/93 definió los alcances de este decreto y estableció una nueva reglamentación de la Ley de Obras Sociales (Ley 23.660) y del Sistema Nacional de Seguro de Salud (Ley 23.661).

Por otra parte, desde el año 1993 fueron modificadas en diversas oportunidades las alícuotas de las contribuciones patronales²⁶ y el régimen de obras sociales²⁷. Una pieza clave en esta reforma consistió en la incorporación de una canasta básica de servicios a ser garantizada por las aseguradoras. El Decreto 247/96 aprobó el Programa Médico Obligatorio

²⁴ El vademécum está compuesto por 37 medicamentos en 50 presentaciones que alcanzan para tratar entre el 70 por ciento y el 80 por ciento de los motivos de consulta en atención primaria. La cobertura abarca desde lactantes hasta ancianos.

²⁵ La cantidad de medicamentos se establece de acuerdo con la cantidad de consultas en aquellos centros que cumplen con ciertos requisitos mínimos de capacidad operativa.

²⁶ Mediante el Decreto 2609/93 se disminuyeron las alícuotas; por Decreto 292/95 hubo una nueva rebaja y un mes más tarde por Decreto 492/95 se aumentaron las alícuotas al tiempo que se fijó otro valor para la cotización mínima por beneficiario titular.

²⁷ El Decreto 1141/96 completó la desregulación estableciendo la opción de cambio entre las obras sociales sindicales. El Decreto 1615/96 instituyó la Superintendencia de Servicios de Salud. Por Decreto 84/97 se estableció que las personas podían cambiar de obra social una vez al año. Por su parte, el Decreto 504/98 estableció la sistematización y adecuación del derecho de opción y derogó los Decretos 1560/96 y 84/97, preservando la opción de cambio una vez al año.

(PMO) que definía un grupo de prestaciones obligatorias y que fue modificado por Resolución 939/00 que estableció la obligatoriedad de un sistema de medicina familiar para el primer nivel de atención. Luego, en el contexto de emergencia del año 2002, se sancionó un Programa Médico Obligatorio de Emergencia “cuya intención fundamental fue ordenar las prestaciones garantizadas en base a criterios de medicina basada en la evidencia y costo-efectividad no contemplados en el PMO anterior. A este respecto, cabe acotar que más de 100 procedimientos diagnósticos y terapéuticos comprendidos en aquel PMO no respondían a ninguno de estos criterios” (González García y Tobar, 2004:289). Este programa redujo las prestaciones del anterior que era un programa voluntarista y de difícil instrumentación pues los perfiles profesionales solicitados no podían ser alcanzados dado el reducido número de especialistas en medicina familiar capacitados en el país.

Puede afirmarse que durante la década de 1990 predominaron en el discurso político las referencias a las mejoras que pudieran obtenerse en productividad y competitividad. Las reformas estructurales en salud fueron enfocadas a eliminar la ineficiencia del sector y para ello se introdujeron instrumentos de mercado, como la competencia. Este intento de mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos por la vía de la competencia, partiendo de una base muy inequitativa y desigual en la distribución de los recursos en salud, terminó dando por resultado incrementos en la inequidad. En un sistema de mercado, la salud está regida en gran medida por los intereses de la industria de tecnología médica, los laboratorios y el gerenciamiento de las obras sociales y las prepagas. Por lo tanto, “los principales instrumentos de reforma sancionados a partir de 1993 no lograron imponerse. El fracaso pudo deberse en este caso a la falta de adecuación de la estrategia de cambio identificada: la posibilidad de introducir reglas de juego basadas en la competencia, en un mercado anteriormente regulado por relaciones entre corporaciones, olvidando o descuidando el hecho de que la construcción de una nueva forma de mercado no requiere solamente la desregulación de la anterior, sino también el empleo de nuevas normas que orienten el tipo de competencia que se procura imponer.” (Belmartino, 2005:211).

En síntesis, se observó durante el período analizado, especialmente a partir de la autonomía de la Ciudad, una creciente voluntad legislativa para mejorar el sistema de salud. La Constitución de la Ciudad y posteriormente la Ley Básica de Salud, fueron el inicio del proceso de modificación de la concepción de salud, que a partir de allí, privilegió una visión integral fortaleciendo la estrategia de atención primaria.

La política de la Secretaría de Salud planteó una serie de acciones a implementar, entre las que se destacan por su importancia: fomentar la participación de la comunidad en la definición de sus necesidades de salud e incrementar la accesibilidad geográfica y social mediante el fortalecimiento de los centros de salud, los médicos de cabecera y la incorporación de nuevas modalidades de atención (servicios domiciliarios, móviles sanitarios y consultas telefónicas). Pero, una cosa es la formulación de propósitos y otra los programas que se implementan para lograrlos.

En cuanto a la participación de la comunidad en la definición de sus necesidades, se implementó el programa “Presupuesto Participativo”²⁸ que recién fue incorporado al presupuesto general de la Ciudad a mediados del año 2002, una vez que el presupuesto de ese año estaba en ejecución. Se desarrollaron dieciséis foros barriales que se constituyeron con ocho comisiones temáticas (una de las cuales era salud). En ellos participaron 4.500 vecinos que definieron 338 prioridades barriales para ser realizadas durante el segundo semestre del año (Secretaría de Descentralización y Participación Ciudadana, 2002b). Entre las prioridades de salud solicitadas por los vecinos se encuentran las referidas a: carencia de infraestructura y falta de mantenimiento de la existente²⁹; problemas en la atención de la salud³⁰ y también los referidos a comunicación social y participación

²⁸ El mismo promueve la participación de los habitantes de la Ciudad en el proceso de toma de decisiones y en el control de la gestión pública. Impulsa el libre acceso de los mismos al Ciclo de Asambleas Barriales, tanto a sus plenarias como a las Comisiones Temáticas (Secretaría de Descentralización y Participación Ciudadana, 2002a).

²⁹ Colocación de gas y arreglo de techos en el Hospital Rivadavia, conformación de dispensarios barriales para no sobrecargar las guardias de los hospitales, funcionamiento de un trailer sanitario e inauguración de nuevos CESAC.

³⁰ Priorizar el Plan Materno Infantil, crear un servicio que otorgue turnos telefónicos para descomprimir las colas de los hospitales, fortalecer el seguimiento y control de la salud escolar, ampliar los horarios de atención en los CESAC, falta de medicamentos en algunos hospitales y acelerar la entrega de turnos por parte de los médicos de cabecera ya que los turnos tenían como mínimo un mes de demora cuando tienen la obligación de darlos como máximo en una semana.

ciudadana³¹. Tres años más tarde, en el año 2005, la Legislatura local sancionó la Ley Orgánica de Comunas, prevista en la Constitución de 1997, que permitirá la descentralización de la gestión de gobierno en los distintos barrios agrupados en Comunas. Recién a partir de esta ley se garantiza la participación de los vecinos de cada Comuna en la formulación del anteproyecto de presupuesto y en el control de su ejecución. Es decir, recién a partir de la implementación de esta ley, la población comenzará a participar en la determinación de sus necesidades. Hasta ese momento el presupuesto de la Ciudad estuvo formulado en función de la demanda espontánea atendida, desconociéndose la necesidad pública total. No existen registros ni estudios de demanda insatisfecha ni es suficiente el conocimiento acerca del perfil de salud-enfermedad de la población. Puede afirmarse que los presupuestos de salud de la Ciudad, hasta el momento, no tuvieron en cuenta la realidad y se basaron en estimaciones provenientes de la demanda espontánea satisfecha que en los hospitales no proviene sólo de residentes.

La expansión del Programa Médicos de Cabecera (que incorporó los Centros Médicos Barriales) a los que se suman los CESAC y los consultorios externos y las guardias de los hospitales dependientes del gobierno local, reflejan una superposición de servicios en la red de salud. La oferta del gobierno local a su vez se complementa con las obras sociales y el sector privado, que por no existir información centralizada no pudo ser incluida en este análisis. Por su parte, el fortalecimiento de los efectores desconcentrados y la incorporación de nuevas modalidades de atención no parecen haber mejorado su llegada a la población. Basta mencionar los problemas señalados por los vecinos en los foros barriales del año 2002 donde se solicitó incrementar las campañas de difusión de los distintos programas y la baja proporción de inscriptos en el Programa Médicos de Cabecera en relación a la población sin cobertura. Asimismo, pareciera que los CESAC desvirtuaron la misión para la que fueron creados,

³¹ Impulsar la difusión del Programa Médicos de Cabecera, incrementar campañas de prevención de enfermedades, formar promotoras de salud comunitaria que emerjan de cada barrio, descentralizar el presupuesto de salud para mejorar y facilitar el control del mismo, mejorar la redistribución del sistema de salud y reglamentar el artículo de la Ley Básica de Salud vinculado a la participación comunitaria y a los Consejos locales de salud.

circunscribiéndose a atender la demanda espontánea, dejando de lado la acción comunitaria y desconociendo las necesidades de salud de la población de sus áreas de influencia. Será necesario un cambio copernicano para que exista un lazo más fuerte entre las familias y los centros, fortaleciendo la acción comunitaria de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

11.2 El gasto social y el gasto en salud en los presupuestos de la Ciudad.

Las reformas implementadas en la década de 1990 muestran la relevancia y pertinencia de abordar el análisis del Gasto Público Consolidado (GPC), y dentro de éste, la participación del Gasto Público Social (GPS) con especial referencia al gasto en salud, con el objeto de observar cuáles han sido las prioridades presupuestarias en las políticas implementadas.

El cómputo del GPC contiene las erogaciones³² del sector público correspondientes a los tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal) que incluyen los gastos presupuestarios y aquellos que no aparecen reflejados en el presupuesto, como son las erogaciones del sistema previsional y de las obras sociales (nacionales o provinciales).

Por su parte, los gastos presupuestarios provinciales comprenden las erogaciones que son financiadas con recursos propios (entre los que se considera la coparticipación federal), con los provenientes de la Nación y de la deuda pública, más los gastos no presupuestarios de los sistemas provinciales de previsión y obra social.

Los objetivos del GPS deberían ser asegurar la igualdad de oportunidades, satisfacer las necesidades básicas de la población y garantizar la cobertura ante riesgos vinculados con la salud, la vejez y las contingencias laborales. Está compuesto por la suma de los recursos financieros brutos insumidos en la retribución al personal ocupado, por la compra de insumos y servicios y por las inversiones realizadas en todos los

³² El registro de la ejecución de los gastos lo realiza la Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía basándose en la etapa contable de “devengado” y computando los gastos en la jurisdicción que los ejecuta y no en la que los financia.

organismos estatales y cuasi públicos que corresponden a los sectores sociales (Ministerio de Economía, 1999).

En términos operativos, está destinado a brindar servicios de educación, salud, servicios sanitarios y vivienda, a realizar políticas compensatorias destinadas a la población carenciada y a garantizar los seguros sociales, que incluyen la previsión social, las asignaciones familiares y el seguro de desempleo.

El procedimiento que se emplea para estimar la magnitud del gasto social se basa fundamentalmente en la identificación y cuantificación de las erogaciones presupuestarias. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que además existen subsidios que surgen de las políticas implícitas y que no están necesariamente registrados en los presupuestos. Ellos pueden ser el resultado de las políticas indirectas de los gobiernos, de los beneficios generados por exenciones al pago de los tributos, de subsidios cruzados, etc.

Por otro lado, cabe destacar que los recursos financieros en salud del sector público, no son asignados íntegramente a los sectores sociales de menores ingresos. Ello es así porque con estos recursos se subsidia a la seguridad social, ya que muchos beneficiarios de las obras sociales y también del sector privado, que no cubren un nivel satisfactorio de prestaciones, recurren a las instituciones públicas sin que éstas, en la mayoría de los casos, reciban aporte alguno. Asimismo, el sector público brinda prestaciones que no son rentables para el sector privado, facilitando de esta manera la tarea que este último realiza.

El GPS se ejecuta en los distintos niveles de gobierno; el gobierno nacional tiene a su cargo la definición y la coordinación de las políticas públicas, las universidades nacionales, los programas de ciencia y técnica, los de prevención de la salud y los destinados a la pobreza y vulnerabilidad social, como así también la responsabilidad de la administración y/o regulación de los seguros obligatorios (la obra social de los jubilados y pensionados PAMI y del resto del personal dependiente del Estado nacional). Además financia programas que son ejecutados en los ámbitos provincial y municipal. Es necesario destacar que los gastos en previsión social se encuentran mayoritariamente centralizados a nivel nacional.

A nivel local, las provincias ejecutan sus propios programas, concentrados especialmente en las áreas de educación y salud, los financiados por un porcentaje del impuesto a las ganancias y los originados en transferencias de fondos para acciones específicas. Con respecto a los seguros sociales, algunas provincias todavía mantienen sus sistemas previsionales y su propio sistema de obra social para el personal estatal.

Con el objeto de investigar cuál fue la inversión del gobierno local en materia de gasto social y específicamente de gasto en atención de la salud, se seleccionaron como indicadores idóneos, la participación de ambos en el gasto público total.

La participación del gasto público social³³ tuvo una tendencia decreciente en el período analizado. Mientras que en 1993 representaba el 84 por ciento del gasto público total, en el 2001 registra el 77,6 por ciento, si bien se destaca un repunte en el 2002 (80,4 por ciento). La explicación al comportamiento del GPS parecería encontrarse en el incremento sostenido de la participación del gasto en funcionamiento del estado³⁴ y del pago de los servicios de la deuda pública³⁵.

Cuadro 11.1
Composición porcentual del gasto público según finalidad.
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.

Año	Gasto total	Funcionamiento del estado	Gasto público social	Gasto público en servicios económicos	Servicios de la deuda pública
1993	100,0	12,6	84,3	2,5	0,6
1994	100,0	13,5	81,1	1,8	3,5
1995	100,0	14,1	80,9	2,3	2,7
1996	100,0	12,8	80,5	2,3	4,5
1997	100,0	13,4	76,9	5,7	4,0
1998	100,0	15,4	78,3	2,9	3,4
1999	100,0	15,5	78,0	3,1	3,5
2000	100,0	15,7	78,2	3,4	2,7
2001	100,0	15,7	77,6	4,7	2,0
2002	100,0	14,1	80,4	3,9	1,6

Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 11.2 del Anexo B.

³³ Gasto en cultura, educación y ciencia y técnica, salud, agua potable y alcantarillado, vivienda y urbanismo, previsión social, trabajo y otros servicios urbanos.

³⁴ Gasto en administración general, justicia, defensa y seguridad.

³⁵ Intereses y gastos de la deuda pública interna y externa.

Por su parte, la participación del gasto en atención de la salud dentro del gasto total, presentaba una tendencia creciente que se frenó en el trienio 1999-2001.

Cuadro 11.2
Participación del gasto en atención de la salud en el gasto público total.
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.

Año	Porcentaje	Año	Porcentaje
1993	24,0	1998	27,3
1994	26,8	1999	25,8
1995	27,2	2000	26,1
1996	26,1	2001	24,4
1997	26,7	2002	27,7

Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 11.2 del Anexo B.

La firma del Compromiso Federal entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales en diciembre de 1999 y la implementación del Programa de Asistencia Financiera y Fiscal a comienzos del 2000, se tradujeron en medidas de contención del gasto. Este contexto, de fuerte restricción fiscal, tuvo su impacto en el nivel de gasto público en salud en el trienio 1999-2001. La participación de este gasto en el total (a pesar de la mayor demanda de la población por la reducción de la población con cobertura de salud) se redujo en un 7 por ciento. Podría afirmarse que tanto el período de expansión como de reducción del gasto en salud estuvieron más relacionados con la evolución del gasto público que con definiciones introducidas desde la política sanitaria, convirtiéndose en un gasto procíclico que conspira contra la justicia social.

Otra forma de analizar la evolución de las erogaciones del gobierno de la Ciudad, según finalidad, es a través de un número índice con base en 1993 (Cuadro 11.3). De esta manera se observa un comportamiento distinto según finalidad; hasta el año 2001, mientras que el gasto social es 3,5 por ciento menor al de 1993, existen otras finalidades que incrementaron sensiblemente sus erogaciones: servicios de la deuda pública (253 por ciento), servicios económicos³⁶ (94 por ciento) y funcionamiento del estado (30,5 por ciento). Por su parte, el gasto en atención pública de la salud se incrementó sólo el 6,5 por ciento.

³⁶ Gasto en producción primaria, energía y combustibles, industria y servicios.

Cuadro 11.3
Gasto público del GCBA según finalidad. Índice 1993=100.
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.

Año	Gasto total	Funciona- miento del estado	Gasto público social	Gasto público en servicios económicos	Servicios de la deuda pública	Gasto en atención de la salud
1993	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1994	88,3	95,0	85,0	64,2	506,3	98,6
1995	90,7	101,8	87,0	83,1	398,4	102,6
1996	97,4	99,0	93,0	87,5	712,9	105,7
1997	97,7	104,1	89,1	218,9	645,8	108,3
1998	93,3	113,9	86,7	107,7	518,3	105,8
1999	101,9	125,1	94,3	123,4	583,3	109,5
2000	102,3	127,6	95,0	137,3	453,4	111,2
2001	104,8	130,5	96,5	194,0	353,5	106,5
2002	98,7	110,3	94,2	152,3	259,3	112,2
2002*	64,9	72,6	62,0	100,2	170,6	74,8

* en millones de pesos del 2001.

Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 11.2 del Anexo B.

Diferente situación se observa luego de la crisis del año 2001: no sólo se reduce el gasto total, sino la totalidad de las finalidades, siendo menor el descenso del gasto público social³⁷. Es necesario destacar que con el objeto de controlar los efectos de la inflación, se corrigieron los valores corrientes del año 2002 (para transformarlos en millones de pesos del 2001) con el Índice de Precios 1995-2003 elaborado por la Dirección de Gastos Consolidados, que es un índice de precios combinado, constituido como un promedio simple del índice de precios mayoristas nivel general y el índice de precios al consumidor³⁸ (Ministerio de Economía y UNICEF, 2004: Anexo 4). Por lo tanto, se presentan dos versiones para los cálculos del año 2002, si bien se graficaron los valores corregidos.

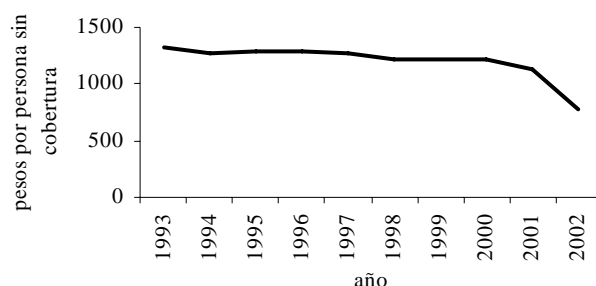
Asimismo, se presentan dos indicadores considerados de interés en el análisis de la importancia que tuvo la atención de la salud en el gasto público de la Ciudad: el gasto en salud per cápita en población sin cobertura y la participación del gasto en atención de la salud en el producto bruto interno (PBI). En el Gráfico 11.4 se presenta la evolución del gasto en salud per cápita en la población sin cobertura, en él se observa un continuo

³⁷ En valores constantes con respecto al 2001 se reduce el 34,5 por ciento.

³⁸ Para realizar dicho promedio se transformaron las series originales, provistas por el INDEC, en índices con base en el año 2001, procediéndose luego a realizar el promedio simple de ambos índices.

descenso, llegando al año 2002 a un gasto promedio anual de 1.181 pesos (777 pesos en valores constantes).

Gráfico 11.4
Gasto anual per cápita en población sin cobertura (en pesos).
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.



Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 11.3 del Anexo B.

Cabe señalar que este promedio está sobreestimado ya que una parte importante de los egresos y consultas externas del sistema hospitalario del gobierno de la Ciudad corresponde a la atención de población que no reside en ella. Se destaca una mayor participación de los no residentes en los egresos hospitalarios, superando la mitad de los mismos en los años previos a la crisis del año 2001, mientras que en las consultas externas representan algo más de la tercera parte del total.

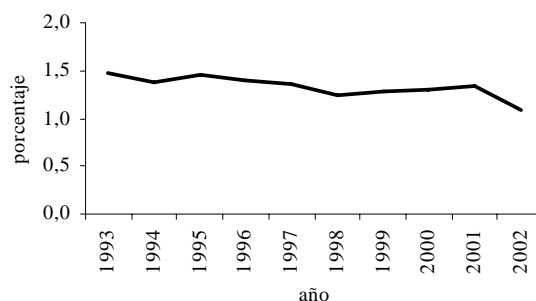
Cuadro 11.4
Participación de los no residentes en las consultas externas y en los egresos del sistema hospitalario de la Ciudad. Ciudad de Buenos Aires, 1994-2002.

Año	Consultas externas	Egresos	Año	Consultas externas	Egresos
1994	38,6	54,5	1998	39,0	52,4
1995	39,1	54,2	1999	37,2	50,8
1996	38,5	54,6	2000	38,9	50,2
1997	39,3	53,1	2001	40,0	49,1
			2002	38,3	50,4

Fuente: elaboración sobre la base de GCBA (2003d).

Por su parte, el gasto en atención de la salud como porcentaje del PBI (Gráfico 11.5) no alcanzó a representar el 2 por ciento en el período presentado. Para el total del país esta participación osciló entre el 4 y el 5 por ciento, si bien no debe olvidarse que se incluyen los gastos previsionales centralizados a nivel nacional (particularmente el INSSJyP).

Gráfico 11.5
Gasto en atención de la salud como porcentaje del PBI.
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.



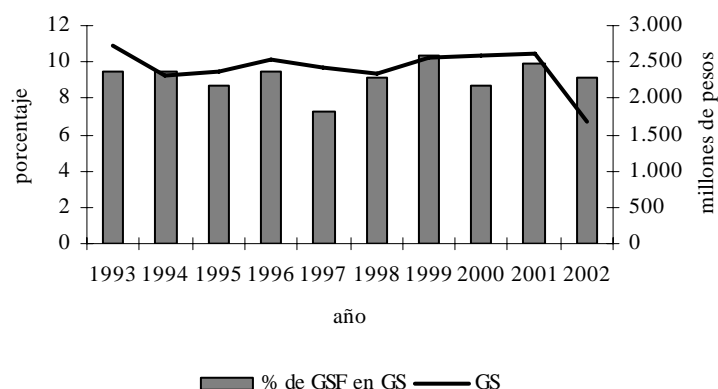
Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 11.4 del Anexo B.

Por otro lado, un análisis particularmente significativo resulta de discriminar dentro del gasto social total la participación del gasto social focalizado (GSF). El GSF está especialmente dirigido a la atención de la pobreza, por lo que incluye fundamentalmente planes de emergencia laboral y de transferencias de ingresos a los hogares, otras transferencias en especies (especialmente alimentos, medicamentos e insumos sanitarios), planes de asistencia educativa, planes de urbanización y agua corriente, capacitación y promoción comunitaria (Vinocur y Halperín, 2004). En la Ciudad, la participación del GSF en el gasto total fue en promedio del 7 por ciento (Cuadro 11.5 del Anexo B) y su participación en el gasto social (9 por ciento en promedio) en general acompañó la evolución de las erogaciones en gasto social (Gráfico 11.6), es decir cuando estas aumentaron también lo hizo la participación del GSF y cuando disminuyeron, decreció su participación.

Como se señalara en el Capítulo 5, la pobreza y la indigencia se incrementaron a lo largo del período analizado, registrando una aceleración significativa a partir de 1999 y una expansión impresionante en el año 2002 (el 15 por ciento de los hogares y el 21 por ciento de la población de la Ciudad). Asumiendo que el GSF está dirigido a reducir la incidencia de la pobreza y la indigencia, debería esperarse que a medida que crece la pobreza, exista un crecimiento similar en el gasto social focalizado. Sin embargo, esto no se verificó en la Ciudad durante el período analizado;

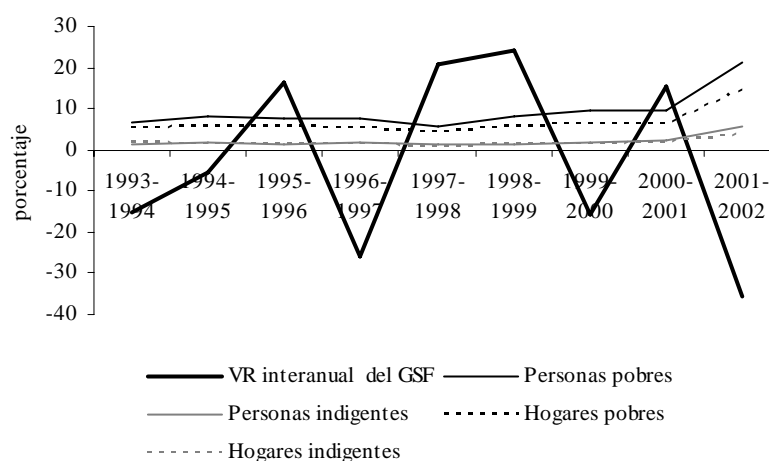
mientras que la pobreza creció, el gasto social focalizado disminuyó sensiblemente: sólo se registraron incrementos en los años 1996, 1998, 1999 y 2001.

Gráfico 11.6
Relaciones ente el Gasto social y el Gasto social focalizado.
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.



Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 11.5 del Anexo B.

Gráfico 11.7
Evolución de la pobreza e indigencia y variación interanual del Gasto social focalizado.
Ciudad de Buenos Aires, 1994-2002.

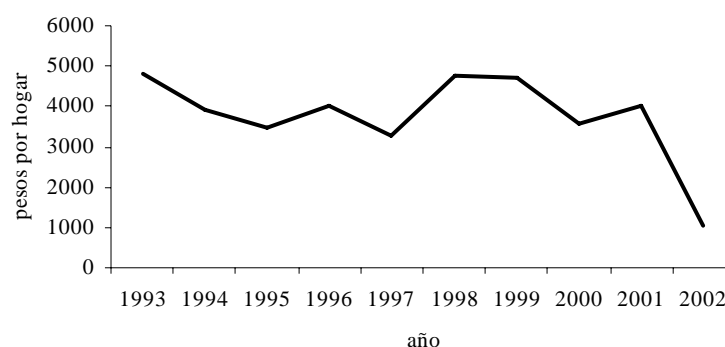


Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 11.6 del Anexo B.

En este sentido, la asignación de gasto por hogar pobre tuvo una tendencia fluctuante (Gráfico 11.8). La crisis del año 2001, que se acentúa en el año 2002, no se vio acompañada en el presupuesto de la Ciudad por un incremento en la asignación de gasto por hogar pobre, que se redujo notablemente. Mientras que la cantidad de hogares pobres, entre 1993 y

2002, aumentó el 181 por ciento, el gasto social focalizado en valores corrientes decreció el 5,8 por ciento y en valores constantes el 38 por ciento.

Gráfico 11.8
Asignación de gasto por hogar pobre (en pesos). Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.



Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 11.7 del Anexo B.

Puede afirmarse que la política social en la década de 1990 estuvo signada por la confluencia de dos aspectos: la focalización y la primacía del componente asistencial. Pese a que a fines de la década comienza a debatirse sobre la exclusión, el marco institucional y la modalidad de gestión de las políticas sociales no permitieron incluir este tema en la agenda gubernamental y elaborar una política social en consecuencia. Se implementaron programas más orientados a la subsistencia de los beneficiarios que a la generación de mecanismos de integración. Refiriéndose a la década de 1990, Golbert sintetiza la política de promoción social del gobierno de la Ciudad: “En estos años de gestión la Secretaría de Promoción Social ejecutó más de treinta programas. En su gran mayoría estos programas fueron diseñados y financiados desde el nivel local: no se implementaron programas nacionales (aunque hay excepciones, como el Programa Trabajar y Servicios Comunitarios pertenecientes al Ministerio de Trabajo de la Nación) ni tampoco programas financiados por organismos internacionales” (Golbert, 2004:97). El análisis que realizó de los mismos le permite concluir que “coexisten programas de distintas orientaciones: algunos de corte netamente clientelista con otros estructurados a partir del concepto de promoción ciudadana” (Golbert, 2004:98). La crisis que se

inicia a fines de la década y se acentúa en el 2001, se tradujo en nuevas formas de respuesta de la política social, concentrándose principalmente en las áreas de alimentación y nutrición, en salud y en programas de empleo de emergencia.

La reducción del gasto social de la Ciudad, también se ve reflejado en un informe conjunto de la Dirección de Gastos Sociales Consolidados del Ministerio de Economía y Producción y de UNICEF, referido al gasto público dirigido a la niñez³⁹ (GPdN). Este informe muestra que el gasto de la Ciudad, medido en pesos corrientes, es prácticamente similar entre los años 2001 y 2002, pero en pesos constantes, refleja una caída del 34 por ciento⁴⁰; no obstante se destaca que la Ciudad forma parte, junto con Neuquén, La Rioja y Chubut, del grupo de provincias con mayores erogaciones por niño. En el año 2001 la Ciudad gastó 2.235,1 pesos por niño y en el año 2002 1.466,9 pesos constantes por niño (M de E y P y UNICEF, 2004). En términos del gasto público social la participación del GPdN se incrementó, representando el 48,8 por ciento en el año 2001 y el 50,4 por ciento en el año 2002. Al considerar su composición según clase se observa que el gasto específico representa, para ambos años, el 76 por ciento del total y el gasto ampliado cerca del 23 por ciento. Por su parte, el gasto indirecto modifica su participación (pasando de 0,2 a 0,7 por ciento), probablemente por la implementación en el año 2002 de nuevos programas de emergencia y asistencia social. Al considerar la clasificación según categorías, se observa que la mayor parte del mismo se asigna a educación (61,3 por ciento en el 2001 y 60,2 por ciento en el 2002), salud (27,1 por ciento en el 2001 y 28,2 por ciento en el 2002) y nutrición y alimentación (4,8 por ciento en el 2001 y 6 por ciento en el 2002); estas tres categorías representan cerca del 95 por ciento del GPdN total de la Ciudad.

³⁹ El GPdN según las acciones que se llevan a cabo está definido por tres clases de gasto: específico (dirigido exclusivamente a los niños menores de 18 años), indirecto (dirigido a la familia pero con clara repercusión en los niños) y ampliado (dirigido a un grupo poblacional más amplio del cual los niños participan) y según las áreas temáticas se diferencian nueve categorías: ayuda directa; condiciones de vida; deporte, recreación y cultura; desarrollo e integración; educación; nutrición y alimentación; protección del niño; salud y obras sociales.

⁴⁰ En el 2001 fue de 1.276,1 millones de pesos y en el 2002 de 1.272,9 millones de pesos. Si se lo considera en pesos constantes en el 2002 fue de 837,5 millones de pesos.

Con respecto a la atención de la salud, los efectos de la crisis en la Ciudad pueden explicarse a partir de cuatro factores: el progresivo deterioro del financiamiento de los distintos subsistemas, crecimiento en el costo de medicamentos e insumos, incremento en la demanda de los servicios públicos y riesgos epidemiológicos considerables. Ante esta situación, el gobierno local, a través de la Secretaría de Salud, fijó una agenda de objetivos para la coyuntura que incluía: contener el incremento del gasto sanitario para luego comenzar a reducirlo; ordenar la oferta en función de las necesidades de la población; reordenar los pedidos de medicamentos y su distribución, así como controlar la prescripción y mejorar el acceso de los medicamentos en lo ambulatorio (Mazza, 2005). Es decir, la estrategia apuntó a mejorar la utilización de los insumos hospitalarios y de las prestaciones ambulatorias, estructurando una política de gestión de medicamentos.

Por su parte, la distorsión en los precios relativos se tradujo en un incremento del valor de dichos insumos, por lo cual el gobierno local consideró necesario modificar el sistema de compras. Hasta el año 2001 las compras de insumos del sistema de salud de la Ciudad se realizaban, en casi su totalidad, en forma descentralizada a través de los distintos hospitales; al comenzar el año 2002 la Secretaría de Salud, con el objeto de controlar los gastos, definió nuevas pautas para la adquisición de insumos, entre ellas: la centralización del sistema de compras; el control de precios; la producción, fraccionamiento y adquisición de medicamentos genéricos y el impulso a un sistema competitivo para el suministro público de insumos y medicamentos utilizados en la prestación sanitaria. El nivel de respuesta alcanzado puede visualizarse en la comparación entre el gasto en bienes de consumo y los aumentos de precios. En el año 2002, respecto del 2001, el incremento promedio de los precios fue de 80 por ciento para los medicamentos y de 150 por ciento para el material descartable, mientras que la ejecución presupuestaria en bienes de consumo, debido a las nuevas pautas establecidas para la compra de insumos, sólo se incrementó el 34,7 por ciento (Mazza, 2005).

Finalmente, con el objeto de poder comprobar lo enunciado en la segunda de las hipótesis planteadas⁴¹, se recurrió a los presupuestos de la Secretaría de Salud de la Ciudad para conocer la participación de los diversos programas en el presupuesto total y estimar la proporción que le correspondió al sistema de atención primaria.

Se obtuvo la cuenta de inversión a partir de 1992 y la apertura programática de la misma desde 1994. En 1994 existían 8 programas (actividades centrales; control de la zoonosis; atención ambulatoria desconcentrada; materno-infanto-juvenil; atención clínico quirúrgica; urgencias y cuidados especiales; actividades comunes a los programas y proyectos comunes a los programas) y 5 cuentas especiales⁴² (atención clínico quirúrgica; prestaciones médico asistenciales; banco de datos genéticos; procreación responsable y legados, donaciones y subsidios) mientras que en 2002 son 13 los programas incorporados en el presupuesto (actividades centrales; actividades comunes; prevención de patologías prevalentes; atención primaria de la salud; atención médica de emergencias; materno-infantil; atención clínico-quirúrgica; atención clínico-quirúrgica especializada; atención y prevención oftalmológica; atención y prevención de enfermedades mentales; atención y prevención de patologías odontológicas; rehabilitación de personas con discapacidades; control de zoonosis y legados, donaciones y subsidios).

Investigaciones efectuadas sobre la ejecución presupuestaria de la década de 1980 demostraron que “más del 80 por ciento de los recursos de la salud pública municipal, estaban y están asignados a los servicios asistenciales de tipo curativo y a las actividades administrativas y a pesar del avance de la descentralización en la administración de los recursos con el

⁴¹ El diseño y la implementación de las políticas de salud de la Ciudad dirigidas a la primera infancia privilegiaron una visión reparadora de la salud, priorizando los intereses de la corporación médica, las inversiones en medicamentos y en innovaciones tecnológicas. El eje fundamental de la atención de la salud fue la estructura de los servicios hospitalarios antes que el sistema de atención primaria de la salud.

⁴² Con la sanción de la Ordenanza 39672/90 se habilitó una cuenta especial para los recursos que provinieran del arancelamiento de las prestaciones de la Seguridad Social. Las otras cuentas especiales pertenecen a transferencias que se hacen desde el sector nacional para programas específicos: materno-infantil, cumplimiento Decreto del PEN 1772/92 (6% de la recaudación del Loto de Salón o Loto Bingo o Loto familiar será destinada al Sistema de Salud del GCBA y el primer millón se destinará al Programa Procreación Responsable), atención médica a beneficiarios de pensiones no contributivas y para legados, donaciones y subsidios.

manejo de la cuenta especial con los pagos que realizan las Obras Sociales por la atención de sus afiliados, se observa un bajo nivel de ejecución (...) en 1987 (...) el 48,6%” (de Luca, 1993:60). El bajo nivel de ejecución, según la autora, parecía no responder a una racionalidad económica sino a la excesiva centralización en el manejo de los recursos. Por otro lado, el análisis que realiza de la composición del gasto le permitió advertir el aumento registrado en los recursos efectivamente gastados en personal, y concluye, que “a pesar de haberse intentado reducir el peso del gasto en recursos humanos no se ha logrado disminuir su incidencia mientras que las variables de ajustes parecen haber sido las otras erogaciones como bienes y servicios corrientes, de capital, etc., lo cual explicaría el estado de obsolescencia y de deterioro de los efectores municipales” (de Luca, 1993).

A partir de la década de 1990, el nivel de ejecución presupuestaria en salud se incrementó, superando el 90 por ciento. Este nivel de ejecución, al igual que en la década anterior, fue mayor en los gastos en bienes corrientes que en los de capital⁴³. Debido a problemas relacionados con los procesos licitatorios, a partir del 2000 se ejecutó en bienes de capital, en promedio, la cuarta parte de lo sancionado. Con respecto a los gastos en personal, su participación en lo sancionado estuvo por encima del 60 por ciento y para algunos años superó el 70 por ciento; al tener en cuenta su intervención en lo ejecutado se advierte que superó para todo el período el 70 por ciento del gasto total⁴⁴.

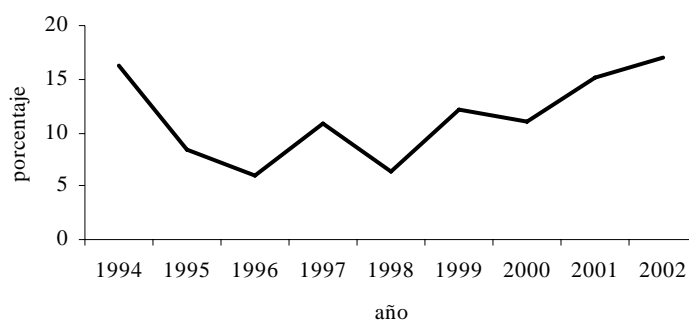
Al analizar la composición del gasto se observa que la participación del Programa Materno-Infanto-Juvenil tuvo un comportamiento fluctuante, con un notorio repunte en el último bienio del período analizado (Gráfico 11.9). Con respecto al resto de los programas, la atención clínico-quirúrgica junto con la atención ambulatoria desconcentrada y las actividades

⁴³ Cuadro 11.8 del Anexo B.

⁴⁴ Cuadro 11.9 del Anexo B.

centrales⁴⁵ participan con las dos terceras partes del presupuesto ejecutado⁴⁶.

Gráfico 11.9
Participación del Programa Materno-Infanto-Juvenil en el presupuesto ejecutado.
Ciudad de Buenos Aires, 1994-2002.



Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 11.10 del Anexo B.

La política de la Secretaría de Salud, plasmada en el Programa General de Acción y Presupuesto del 2002, se plantea “priorizar el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, estableciendo redes que permitan superar las dificultades de acceso a los efectores, que otorguen fluidez a la realización de los estudios y que garanticen la continuidad en la atención y el tratamiento”. Además, se propone “mejorar la efectividad social, otorgando prioridad a las acciones dirigidas hacia la población vulnerable, a la reducción de la morbilidad prevenible y reductible y a la disminución de la morbimortalidad materno infantil”. Para ello prevé continuar con los programas que apuntan a la prevención y detección precoz de las patologías con alta incidencia en la morbilidad de la población, acompañándolos de una fuerte acción de comunicación hacia la sociedad como estrategia de convocatoria y educación para la salud. Conjuntamente, pretende avanzar hacia una modalidad de gestión descentralizada, que apunte hacia un aumento de la autonomía en las decisiones del hospital,

⁴⁵ Este programa tiene a su cargo la definición, consecución y seguimiento de la política sanitaria de la Ciudad. Incluye las acciones de ejecución administrativa y legal, gestión contable y financiera, planificación, fiscalización y regulación y gestión de sistemas de información. En 1997 incluyó el recién creado Programa Médicos de Cabecera, de allí su alta participación en ese año.

⁴⁶ Cuadro 11.10 del Anexo B.

incorporado nuevas modalidades de atención que permitan incrementar la posibilidad del hospital de abocarse a la patología compleja y a la internación. Por otro lado, proyecta definir una estrategia de articulación con las áreas que tienen a su cargo programas sociales, a fin de integrar las acciones comunes y optimizar los recursos.

Esta política se vio reflejada en las erogaciones presupuestarias del 2002⁴⁷, que comparada con años anteriores mostró: una mayor participación del Programa Materno-Infanto-Juvenil⁴⁸, la incorporación de programas de prevención y una mayor descentralización de las actividades⁴⁹. Además se observa una mayor desconcentración en el primer nivel de atención, a partir de la inauguración de nuevos CESAC y la ampliación del Plan Médicos de Cabecera a través de los Centros Médicos Barriales.

En síntesis, al igual que en la década de 1980, más del 80 por ciento de los gastos de salud del gobierno de la Ciudad correspondieron a los servicios asistenciales de tipo curativo y a las actividades administrativas. Se confirma, como se planteara en la segunda de las hipótesis, que el diseño e implementación de las políticas de salud de la Ciudad, dirigidas a la niñez, privilegiaron una visión reparadora de la salud, priorizando los intereses del complejo industrial farmoquímico y las inversiones en medicamentos y en innovaciones tecnológicas. El eje fundamental de la atención de la salud fue la estructura de los servicios hospitalarios antes que el sistema de atención primaria.

⁴⁷ Cuadro 11.11 del Anexo B.

⁴⁸ En el bienio 2001-2002 se incluyó la compra de medicamentos para el Programa IRA de enfermedades respiratorias.

⁴⁹ Que se refleja en la disminución de la participación del Programa Actividades comunes.

Conclusiones

“De qué sirve tratar las enfermedades de las personas para luego enviarlas de regreso a las condiciones que las enfermaron” Timothy Evans¹

El propósito de la investigación fue establecer, para el período 1991-2002, la relación existente entre la evolución de la salud-enfermedad de la primera infancia y la desigualdad social en la Ciudad de Buenos Aires. A su vez, a partir del análisis de las políticas y programas de salud, teniendo en cuenta las desigualdades sociales, se buscó determinar su efecto en las condiciones de la salud infantil. Es decir, establecer si se adaptaron a la coyuntura y lograron mitigar los efectos de la crisis o si consistieron en un factor adicional de desigualdad.

Se pretendió comprobar que durante la última década, las políticas de salud dirigidas a la primera infancia se mantuvieron bastante inflexibles a los cambios producidos en las condiciones socioeconómicas de los hogares y en el perfil epidemiológico de la niñez, y que el diseño y la implementación de dichas políticas privilegiaron una visión reparadora de la salud, siendo el eje fundamental los servicios hospitalarios y no la atención primaria.

La evolución de la mortalidad materno-infantil en la Ciudad desde 1860 y las políticas implementadas desde esa época, fueron incorporadas con el objeto de comprobar el grado de efectividad de la conformación del sistema de salud, prestando especial atención a la evolución de la red de servicios con diferentes niveles de complejidad, así como al efecto que las nuevas terapéuticas y el avance tecnológico tuvieron en la reducción de la mortalidad en la niñez y en la disminución de las desigualdades entre los distintos grupos sociales, frente a la muerte.

La salud fue considerada como un fenómeno multidimensional que debe ser analizado en el contexto del acontecer económico, político y cultural de la sociedad y no sólo como fenómeno biológico que atañe a los individuos. Se asumió como inequidad la definición de Margaret

¹ Sesión de apertura de la Consulta Regional sobre el Trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud, OPS, julio 2005.

Whitehead, es decir, todas aquellas diferencias en las condiciones de salud que se originan en condiciones socioeconómicas, culturales o del medio ambiente que son innecesarias, evitables e injustas. Coincidiendo con Sen, se piensa que la equidad en salud no puede consistir simplemente en demandas relacionadas con la distribución de la atención sanitaria sino que es multidimensional. Los factores que intervienen en el logro de una buena salud van más allá de la prestación y distribución sanitaria: predisposiciones genéticas, ingresos individuales, hábitos alimentarios, estilos de vida, entorno epidemiológico y condiciones de trabajo.

Para desarrollar este análisis se trabajó con tres dimensiones: la desigualdad social, la salud-enfermedad de la primera infancia y el sistema de atención de la salud. En la primera dimensión, la unidad de análisis fueron los hogares particulares usados como “proxy” de familia. Se estudiaron a lo largo de la década algunos indicadores de la evolución del mercado de trabajo, la distribución de los ingresos y la incidencia de la pobreza y la indigencia, para establecer su efecto en la cobertura de salud de la población. En la segunda dimensión, la unidad de análisis fue la primera infancia, definida como los niños menores de 5 años. En ella se buscó comprobar, según el sector social de pertenencia, las diferencias frente a la enfermedad y/o muerte de los niños. En la tercera dimensión, la unidad de análisis fueron las políticas de salud, los programas y las acciones desarrolladas por el gobierno local y el gobierno nacional. En ella se analizó la legislación del gobierno de la Ciudad y la política nacional, con el objeto de conocer las normativas y acciones dirigidas a garantizar el derecho a la salud de la población y se pretendió identificar las prioridades políticas del Estado observando la ejecución presupuestaria.

En la primera dimensión se demostró que las políticas económicas, aplicadas durante la década de 1990, acentuaron la disociación entre el crecimiento del producto bruto geográfico y la distribución del ingreso, evidenciando una tendencia a su mayor concentración. El aumento de la desocupación abierta, la subocupación horaria y la precariedad laboral, así como la caída del ingreso medio per cápita familiar, en un contexto de agravamiento de su desigual distribución, acentuaron la inequidad. La creciente desigualdad económica influyó en la existencia de disparidades en

la cobertura de salud y por ende en su atención. Si bien la evidencia empírica demostró que, tanto para la población pobre como para la no pobre, se incrementó la participación de la cobertura del sistema público, esta situación fue mucho más grave entre los pobres y aún más evidente entre los niños.

Las desigualdades que generó la concentración de los ingresos en las condiciones de vida de la población dieron lugar a que se profundizaran las inequidades, configurándose una situación de pobreza de capacidades y de medios que comprometieron las posibilidades de asegurarles a los niños un crecimiento pleno de todas sus potencialidades.

La reestructuración económica creó nuevas divisiones sociales dentro de la Ciudad e intensificó las que ya existían. Se asistió a una creciente diferenciación cualitativa que, esquemáticamente, puede definirse como norte-sur, pero que en realidad es mucho más compleja. La inequidad socio-espacial dio por resultado la coexistencia de sectores privilegiados y de sectores marginados o excluidos.

El aumento de la desigualdad, como era lógico suponer, dejó su impronta en la situación de la salud-enfermedad de la primera infancia. En la segunda dimensión se comprobó un aumento de los egresos hospitalarios por infecciones respiratorias y enfermedad diarreica. También se advirtió que más del 60 por ciento de la tasa de mortalidad infantil se debió al bajo peso al nacer y que entre los niños de 1 a 4 años las causas de muerte más frecuentes fueron los accidentes y las enfermedades infectocontagiosas. Estas causas se relacionan con el medio físico y social, un menor cuidado de los padres, y con la malnutrición y la falta de higiene, o sea, con las condiciones de vida de los niños más desfavorecidos desde el punto de vista social y económico.

También se observó que en los inicios de la década de 1990, el 40 por ciento de los nacimientos ocurridos en las zonas con mayores niveles de pobreza estructural concentró el 60 por ciento de los nacimientos de riesgo, de las muertes fetales y post-neonatales, y más del 50 por ciento de las muertes de menores de un año ocurridas por causas reducibles. A comienzos del 2000 esta disparidad se incrementó y aumentó la concentración. La mortalidad infantil y de la primera infancia se redujeron el 33 por ciento,

pero creció la desigualdad: el riesgo relativo de la primera pasó de 4,1 a 5,4 y en la segunda de 2,7 a 4,7. Ello implica que se produjeron reducciones diferenciales entre los distintos grupos sociales. Así se confirma que la salud de los niños es altamente dependiente de las condiciones de vida existentes en los barrios y en las familias donde nacen y se desarrollan, y que la pertenencia a hogares con necesidades básicas insatisfechas es un factor que condiciona las posibilidades de acceso a los servicios y las conductas en relación al proceso salud-enfermedad.

Asimismo, la evidencia empírica corrobora la existencia de una importante asociación entre la situación de la salud-enfermedad infantil y la desigualdad social en la Ciudad. Al relacionar ambas dimensiones se observó que aquellas divisiones de la Ciudad que incrementaron la participación de los nacimientos de riesgo también registraron aumentos o mínimas reducciones en la mortalidad infantil por causas reducibles y en la mortalidad post-neonatal, y son las mismas que incrementaron su pobreza estructural.

Con relación a la conducta de las familias ante la prevención y la atención de la salud de los niños, y las estrategias de las mujeres en relación a la atención de su embarazo y parto, se observó una disminución importante en la cantidad de consultas realizadas en el año para el control de la salud del niño y en la cantidad de controles durante el embarazo. Hacia fines del período investigado, al analizar el tiempo transcurrido desde la última consulta, se advirtió que la zona sur es la que presentaba mayor proporción de población que hacía más de dos años que no consultaba al médico. Esta zona es la que presenta los mayores niveles de pobreza estructural y por ingresos; en ella residen más de la tercera parte de los hogares más pobres de la Ciudad.

Los resultados obtenidos muestran que la creciente desigualdad socioeconómica incidió en las condiciones de salud de los niños de los hogares más pobres, especialmente en aquellos riesgos que pueden ser controlados a través de la prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno, es decir a través de la estrategia de la atención primaria. Esto demuestra, como se afirmara en la primera de las hipótesis, que las políticas de salud dirigidas a la primera infancia se mantuvieron bastante inflexibles a los

cambios que se produjeron en la condición socioeconómica de los hogares y en el perfil epidemiológico de la niñez, y exige una actitud distinta por parte de los servicios que deberían salir a “buscar a la población”.

En la tercera dimensión se analizaron las políticas, programas y acciones desarrolladas por el gobierno de la Ciudad así como la política nacional, dirigida a la promoción y atención de la salud de la primera infancia. El análisis de la transición epidemiológica orientó la búsqueda hacia aquellas modificaciones experimentadas por la realidad política que demostraron tener incidencias en las variaciones registradas por el nivel de mortalidad de la primera infancia.

Con respecto a las políticas y programas anteriores a la década de 1990 se observó, que hasta mediados de la década de 1870 la preocupación de las autoridades estuvo orientada a solucionar los problemas funcionales de equipamiento de la Ciudad y a organizar el sistema de atención de la salud; es el período que se denominó "Etapa pre-organizativa de la protección de la primera infancia". En los inicios del siglo XX, el movimiento higienista postuló la necesidad de unir atención médica y asistencia social y se concretaron distintas acciones cuyo objetivo fundamental fue la atención del niño y el cuidado y protección de la mujer embarazada, parturienta y en período de lactancia. A partir de los años treinta, se destacó el impulso que se dio a la medicina preventiva con el dictado de numerosas leyes de protección a la madre y al niño, y con la consolidación del servicio social como complemento de la asistencia médica. Se conformó un campo doctrinario favorable a la intervención del Estado nacional en la organización de los servicios de salud; en la segunda mitad de esa década cobró vigencia el concepto de “justicia social”. Comenzó a hablarse de planificación y de integración de prácticas preventivas y se esbozó un abordaje integral del problema de la salud, orientado a vincular trabajo, previsión, asistencia social y atención médica.

La creación de las obras sociales marcó el inicio de un nuevo período en la prestación de servicios para la atención de la salud. Uno de los pilares de la reforma del sistema de esa época fue el reconocimiento del derecho al bienestar. A partir de los años cincuenta, en el orden nacional, se inició una política sanitaria de transferencia de servicios y se consolidó la medicina

preventiva a través de la organización de programas de vigilancia epidemiológica y campañas de vacunación. Asimismo, se reglamentó la licencia por maternidad del personal femenino en relación de dependencia y se instituyó el régimen de asignaciones familiares por maternidad y por nacimiento.

Durante la década de 1960, mientras se consolidaba el sistema de obras sociales y se expandía el sector privado, la orientación corporativa-comunitaria llevó a la desjerarquización de las instituciones de salud pública. A partir de los setenta, en el ámbito nacional, se comenzó a aplicar un programa destinado a la protección de la salud de la madre y el niño, y en el ámbito de la Ciudad, se dictaron numerosas disposiciones vinculadas con la vigilancia epidemiológica y el reordenamiento de recursos en el área materno infantil, creándose las unidades y secciones de pediatría en los hospitales municipales. Con el golpe de 1976 comenzó el desmantelamiento del Estado de Bienestar y la instauración progresiva de políticas sociales neoconservadoras. En los ochenta, el gobierno alfonsinista aportó algunas ideas para regular la producción de medicamentos y la importación de aparatología y presentó al Congreso el proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud, que el debate político-ideológico no permitió concretar en ese momento ni en el futuro.

A mediados de la década de 1990, conforme al principio federal establecido en la reforma de 1994 de la Constitución Nacional, se reunió la Convención Constituyente de la Ciudad, promulgando en octubre de 1996 la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como estatuto organizativo. Este antecedente se constituyó en la referencia fundamental de la normativa sancionada a partir de 1990.

También en la temática de los derechos, a fines de la década se sancionó la Ley 114 sobre la Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. A partir de allí, se reconoció a los niños como titulares de los derechos que poseen los adultos, sumándoles otros derechos especiales propios de su edad y se abandonó la concepción del niño como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el Estado y la sociedad.

Poco tiempo después, la Legislatura de la Ciudad promulgó la Ley 153 Ley Básica de Salud, y a comienzos de la década del 2000 la Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. La primera adopta los principios de cobertura universal y solidaridad, garantizando el derecho a la salud integral y priorizando la estrategia de atención primaria, mientras que la segunda garantiza el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio.

Por último, en el 2002, frente a la crisis económica y social que estalló en diciembre de 2001, la Legislatura de la Ciudad, con el propósito de garantizar la continuidad de la atención de la salud de la población, sancionó la Ley 752 de Protección de Derechos y Atención de la Salud Frente a la Crisis Económica y Social. Esta Ley dispuso varias medidas para garantizar las prestaciones del primer, segundo y tercer nivel de atención en los efectores de salud del subsector estatal.

En suma, a partir de la autonomía de la Ciudad se observó una creciente voluntad legislativa para mejorar el sistema de salud. La política de la Secretaría de Salud planteó una serie de acciones a implementar, entre las que se destacan por su importancia: fomentar la participación de la comunidad en la definición de sus necesidades de salud e incrementar la accesibilidad geográfica y social mediante el fortalecimiento de los centros de salud, los médicos de cabecera y la incorporación de nuevas modalidades de atención (servicios domiciliarios, móviles sanitarios y consultas telefónicas). Pero, una cosa es la formulación de propósitos y otra los programas que se implementaron para lograrlos. La expansión del Programa Médicos de Cabecera (que incorporó los Centros Médicos Barriales) al que se suman los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), y los consultorios externos y las guardias de los hospitales dependientes del gobierno local, que a su vez se complementa con las obras sociales y el sector privado, reflejan una superposición de servicios en la red de salud. Esta superposición, pareciera incluso no proporcionar cobertura efectiva a los sectores de población más vulnerables.

El fortalecimiento de los efectores desconcentrados y la incorporación de nuevas modalidades de atención primaria no parecen haber mejorado su llegada a la población. Se evidenció la baja proporción de

inscritos en el Programa Médicos de Cabecera en relación a la población sin cobertura y se citaron los problemas señalados por los vecinos en los foros barriales del año 2002, donde se solicitó incrementar las campañas de difusión de los distintos programas. Además, los CESAC desvirtuaron la misión para la que fueron creados, circunscribiéndose a atender la demanda espontánea, dejando de lado la acción comunitaria y desconociendo las necesidades de salud de la población de sus áreas de influencia. Será necesario un cambio copernicano para que exista un lazo más fuerte entre las familias y los centros, fortaleciendo la acción comunitaria de promoción de la salud y prevención de enfermedades e implementando visitas domiciliarias.

Por otra parte, se observó que la participación del gasto público social tuvo una tendencia decreciente en el período analizado. La participación del gasto en atención de la salud dentro del gasto total fue creciente hasta fines de la década de los noventa, cuando se detuvo como resultado de la crisis fiscal. Se confirma que tanto el período de expansión como de reducción del gasto en salud estuvieron más relacionados con la evolución del gasto público que con definiciones introducidas desde la política de salud, lo cual verifica la inflexibilidad del gasto público social a partir de ciertos niveles básicos.

Un análisis particularmente significativo resultó discriminar dentro del gasto social total la participación del gasto social focalizado. Se verificó que mientras la pobreza creció, el gasto social focalizado disminuyó sensiblemente, registrándose sólo algunos incrementos coyunturales. Por lo tanto, la asignación de gasto por hogar pobre tuvo una tendencia fluctuante. La crisis del 2001, que se acentuó en el 2002, no se vio acompañada en el presupuesto de la Ciudad por un incremento en la asignación de gasto por hogar pobre que se redujo notablemente, confirmando su carácter procíclico.

Con respecto a las consecuencias de la crisis en el sistema de atención de la salud, pueden sintetizarse cuatro efectos: progresivo deterioro del financiamiento de los distintos subsistemas, crecimiento en el costo de medicamentos e insumos, incremento en la demanda de los servicios públicos y riesgos epidemiológicos considerables. Ante esta situación, la estrategia del gobierno local apuntó a mejorar la utilización de los insumos

hospitalarios y de las prestaciones ambulatorias, estructurando una política de gestión de medicamentos y centralizando el sistema de compras.

Al analizar los presupuestos de salud se observó que la atención clínico-quirúrgica junto con la atención ambulatoria desconcentrada y las actividades centrales, participaron con las dos terceras partes del presupuesto ejecutado. Al igual que en la década de 1980, más del 80 por ciento de los gastos de salud del gobierno local correspondieron a los servicios asistenciales de tipo curativo y a las actividades administrativas. Se confirma, como se planteara en la segunda de las hipótesis, que el diseño e implementación de las políticas de salud de la Ciudad, dirigidas a la niñez, privilegiaron una visión reparadora de la salud, priorizando los intereses del complejo industrial farmoquímico y las inversiones en medicamentos y en innovaciones tecnológicas, a través de las presiones ejercidas por los profesionales y los medios de comunicación. El eje fundamental de la atención de la salud fue la estructura de los servicios hospitalarios antes que el sistema de atención primaria.

La adopción del método de la planificación normativa, en cuyo marco se implementaron programas verticales diseñados desde los niveles decisorios centrales, sin la participación de la comunidad y carentes de la debida evaluación, reveló el carácter tecnocrático de las políticas sectoriales implementadas. Los planificadores del sector salud elaboraron dichos programas en base a indicadores descriptivos, a partir de la enfermedad y la muerte, que miden la demanda pero no las necesidades de la población, no reconociendo el carácter médico-social del proceso salud-enfermedad.

En síntesis, la Ciudad presenta una profunda situación de inequidad socio-espacial. Haber trabajado a nivel de micro áreas puso al descubierto diferencias que deben ser abordadas para resolver las necesidades de los distintos espacios poblacionales. En este sentido, esta investigación constituye un paso importante en el camino de la reducción de inequidades en tanto posibilita dimensionar y espacializar los problemas relacionados con la salud de la población y sus condiciones de vida.

En el distrito más rico del país se observan situaciones de privación y negación de derechos humanos básicos, cuya resolución no requiere de

más recursos sino de definir otro tipo de política pública más inclusiva y dirigida a integrar los sectores carenciados a la Ciudad.

Resulta imperioso reorientar las políticas sociales con el fin de acercar los recursos a las necesidades de la población, en especial, asegurando protección a los grupos más vulnerables de acuerdo a sus condiciones de vida, altamente pauperizadas. Es necesario romper con el círculo perverso de la pobreza donde están envueltos los niños como prisioneros de su destino.

La mayor deuda social se centra en la responsabilidad de los gobernantes de garantizar la aplicación efectiva de políticas públicas que aseguren los principios básicos de equidad, eficacia y calidad, que garanticen el respeto de la dignidad humana. El objetivo de toda política debe ser la promoción del desarrollo integral de las personas.

Referencias bibliográficas

- Accinelli, M. Martha y María S. Müller (1978), Un hecho inquietante: La evolución reciente de la mortalidad en la Argentina, CELADE, Notas de Población N° 17, Año VI, Santiago, Chile.
- Acosta, Alberto, Enrique Biedak y Rosa Vartabedian (1999), Programa de investigación epidemiológica de la mortalidad materna, Departamento Materno Infantil, Dirección de Salud Comunitaria, Secretaría de Salud, GCBA.
- Adda, Jérôme, Taran Chandola, Michael Marmot (2003), Socio-economic status and health: causality and pathways, *Journal of Econometrics* 112. <http://www.elsevier.com/locate/econbase> Available in 20/05/2004.
- Ageitos, María Luisa (1998), Lactancia materna en O'donnell A. y E. Carmega (comp.) Hoy y mañana. Salud y calidad de vida para la niñez argentina, CESNI, Buenos Aires, Argentina.
- Alleyne, George A. O. (2002), La equidad y la meta de Salud para Todos. En OPS, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11, N°s. 5/6, Washington, EUA.
- Alleyne, G.A.O., C.Castillo-Salgado, C.Schneider, O.J.Mujica, E.Loyola y M.Vidaurre (2000), La medición de las desigualdades en salud: Algunos ejemplos de la Región de las Américas. OPS, Washington, USA.
- Alleyne, G.A.O. (1998), La salud en el marco de reducción de la pobreza. 5ta. Reunión del Foro Permanente para la Aplicación de la Estrategia de Cooperación al Desarrollo. Lima (OPS/PER/99.03).
- Alvarez, Adriana (2004), El reinado y el control de las endemias en la ciudad de Buenos Aires de fines del Siglo XIX y principios del Siglo XX. En Alvarez, A., J. Molinari y D. Reynoso (eds.) Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX y XX, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Arce, Hugo E. (1998), Tres generaciones de hospitales en Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires, II Jornadas de Historia de la Ciudad de Buenos Aires "La salud en Buenos Aires".
- Argentina (1913), Guía Oficial, Ministerio del Interior, Departamento Nacional de Higiene, Ley Orgánica del 3/10/1891, Buenos Aires, Argentina.

- Argentina, Departamento Nacional de Higiene (1910), Datos demográficos de algunas ciudades, provincias y territorios nacionales de la República. Imprenta La Bonaerense, Buenos Aires, Argentina.
- Argentina (1902), Boletín Demográfico Argentino, Años II y III, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, Buenos Aires, Argentina.
- Argentina (1900), Boletín Demográfico Argentino, Año I, Tomo I 1899-1900, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, Buenos Aires, Argentina.
- Ariès, Philippe (1987), El descubrimiento de la infancia. Capítulo II de El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Taurus, Madrid.
- Arrext, C., P.Mellafe y J.Somoza, (1983), Demografía histórica en América Latina. Fuentes y Métodos. Celade, San José de Costa Rica.
- Arruñada, M., Rothman A.M. y Segré M. (1976), Diferenciales socioeconómicos de la mortalidad infantil. Buenos Aires, Argentina, mimeo.
- Baranchuk, Norberto S. (comp.) (2001), Medicina Siglo XXI: modelo para armar, Medicina y Sociedad Ediciones, Buenos Aires, Argentina.
- Baranchuk, Norberto, Enrique Biedak, Dora Pich y Mirta Sánchez (1984), Salud maternoinfantil y atención médica primaria. Experiencias en un hospital urbano en OPS-OMS, Salud maternoinfantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias, Publicación Científica N°461, México.
- Barbieri, Marco A., Anônio Silva, Heloisa Bettiol and Uilho A. Gomes (2000), Risk factors for the increasing trend in low birth weight among live births born by vaginal delivery, Brazil, Revista de Saúde Pública, Journal of Public Health, Volumen 34, Número 6, pp. 596-602, Universidade de Sao Paulo, Brazil.
- Behm, Hugo (1992), Desigualdad social frente a la muerte en América Latina, CELADE, Serie B N° 96, Santiago, Chile.
- Behm, Hugo (1985), Sobrevivencia de la infancia: las dimensiones del problema en América Latina. The Population Council, Documento de trabajo N° 17.
- Behm, Hugo (1980), Determinantes socioeconómicos de la mortalidad en América Latina, Boletín de Población de la Naciones Unidas N° 13, New York, USA.

- Behm, Hugo y Domingo Primante (1978), Mortalidad en los primeros años de vida en América Latina, Celade, Notas de Población N° 16, Año VI, Santiago de Chile.
- Behm, Hugo y Alicia Maguid (1978), La mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina. Argentina 1966-67, CELADE, San José de Costa Rica.
- Bell, F. y Milward, R. (1998), Public health expenditures and mortality. In England and Wales, 1870-1914 en *Continuity and Change*, 13, 221-249.
- Belmartino, Susana (2005) La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos, Colección historia y cultura, Siglo veintiuno editores, Argentina.
- Belmartino, S., S. Levin y F. Repetto (2001), Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso. En *Socialis. Reflexiones latinoamericanas sobre política social*, Volumen 5, Ediciones HomoSapiens, Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Belmartino, Susana (1996), Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40. En Lobato Mirta Zaida (ed.) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Editorial Biblos, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Belmartino, S., C. Bloch, A.V. Persello y M.I. Carnino (1988), El proceso formativo de la corporación médica - Argentina, 1920-1945. En Centro de Estudios Sanitarios y Sociales CESS, Asociación Médica de Rosario Cuadernos médicos sociales N° 46, Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Berlinguer, Giovanni (1990), Democracia, desigualdad y salud, *Revista Salud. Problema y debate*, Año II, N°3, Buenos Aires, Argentina.
- Besio Moreno, Nicolás (1939), Buenos Aires Puerto del Río de la Plata Capital de la Argentina. Estudio crítico de su población 1536-1936, Talleres Gráficos Turudi, Buenos Aires, Argentina.
- Billorou, María José (2004), Esta sociedad ha llegado en un momento oportuno: nació aunando pensamiento y ejecución. La creación de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires. En Alvarez, A., J. Molinari y D. Reynoso (eds.) *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX y XX*, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Birn, Anne-Emanuelle, Wanda Cabella y Raquel Pollero (2005), El estancamiento de la mortalidad infantil uruguaya en la primera mitad del Siglo XX: Análisis por causas de muerte. En *AEPA*, VII

Jornadas Argentinas de Estudios de Población, INDEC, Buenos Aires, Argentina.

Bolis, Mónica (2002), Legislación y equidad en salud. En OPS, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11, N°s. 5/6, Washington, EUA.

Bourdieu, Pierre (1990), Sociología y cultura, Grijalbo, México, citado en Formiga, 2003.

Bortagaray, Alberto (1934), Protección de la Primera Infancia en Museo Social, Boletín julio-agosto 1934, Año XXII, Entregas 145-146, Buenos Aires.

Breilh, Jaime (1990), Reproducción social y salud. Construcción del pensamiento y debate, Revista Salud. Problema y debate, Año II, N°3, Buenos Aires, Argentina.

Breilh, Jaime y Edmundo Granda (1983), Un marco teórico sobre los determinantes de la mortalidad. En Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo. Volumen I, UNAM, El Colegio de México, PISPAL, México.

Bronfman, M., A. Langer y J. Trostle (2000), De la investigación en salud a la política: la difícil traducción, Ed. El Manual Moderno, México D.F.

Bronfman, Mario y Rodolfo Tuirán (1983), La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez, El Colegio de México, México.

Bustelo Graffigna, Eduardo (2005,) Infancia en Indefensión. En Revista Salud Colectiva, 1(3), 253-284, setiembre-diciembre, Buenos Aires.

Bustelo, Eduardo S. (2002), ¿Retornará “lo social”? En Sociales, Reflexiones latinoamericanas sobre política social, Volumen 6, Ediciones HomoSapiens, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Bustelo, Eduardo S. (2000), De otra manera. Ensayos sobre política social y equidad, Colección Sociales, Ediciones HomoSapiens, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Bustelo, Eduardo S. (1993), La producción del Estado de Malestar. Ajuste y política social. En América Latina en Minujin, Alberto et. al. Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina, UNICEF/LOSADA, Buenos Aires, Argentina.

Calvo, Elvira (1995), Encuesta antropométrica de niños menores de 6 años en INDEC Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el

diagnóstico y la evaluación de metas sociales, Buenos Aires, Argentina.

Calvo, E., E. Abeyá, A. Masautis, N. Gnazzo, J. Steinel, M. Baicchi, E. Sosa, S. González y R. Tassara (1989), Evaluación del estado nutricional y prevalencia de anemia en una población de alto riesgo. En Lattes A.E., Farren M. y MacDonald J. (comp.) Salud, enfermedad y muerte de los niños de América Latina. CLACSO-IDRC, Buenos Aires, Argentina.

Carr, Dara (2004), Cómo mejorar la salud de los más pobres del mundo, Boletín de Salud N° 1, Population Referente Bureau, en <http://www.prb.org> Acceso el 12/05/2003.

Casas-Zamora, Juan Antonio (2002), Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI en OPS, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11, N°s. 5/6, Washington, EUA.

Celton, Dora (1995) La declinación de la mortalidad en Argentina. En AEPA, II Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Honorable Senado de la Nación, Buenos Aires, Argentina.

CEPAL-UNICEF (2002), La pobreza en América Latina y el Caribe aún tiene nombre de infancia. México.

CEPAL (2000), Equidad, desarrollo y ciudadanía. CEPAL-Naciones Unidas, Santiago, Chile.

Ceriani, Cernadas, José M. (2004), Mis recuerdos de los primeros años del Servicio de Neonatología. En Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 23 (4).

CFI-CEPAL (1989), Estructura social de la Argentina. Indicadores de la estratificación social y de las condiciones de vida de la población en base al Censo de Población y Vivienda de 1980, Volumen 2: Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.

Chen, Lincoln C. y Giovanni Berlinguer (2001), Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización. En OPS, Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington DC, USA.

Chombart de Lauwe, M.J. (1971), Un monde autre l'enfance. De ses representations a son mythe. Payot, Paris.

Cid, Juan Carlos (1995), El peso y la talla de los niños de Salta en la Encuesta de Hogares. En Infancia y Condiciones de vida en INDEC, Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales, Buenos Aires, Argentina.

- Claval, Paul (1981), *Evolución de la geografía humana*, Oikos-Tau Ediciones, Barcelona, España, citado en Lucero, 2005.
- Colgrove, J. (2002), The McKeown Thesis: a historical controversy and its enduring influence. En *American Journal of Public Health*, 92 (5), 725-729.
- Coni, Emilio (1917), Extraordinaria mortalidad de la Primera Infancia en octubre pasado. En *Revista de la Semana Médica*, Año XXIV, N° 47, Buenos Aires, Argentina.
- Coni, Emilio (1909), *La asistencia pública y administración sanitaria de Buenos Aires*, Imprenta de Coni Hnos., Buenos Aires, Argentina.
- Coni, Emilio (1886), *Causes de la morbidité et de la mortalité de la Première Enfance a Buenos Aires*, Imprenta Coni, Buenos Aires, Argentina.
- Coni, Emilio (1879), *La mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires*, Imprenta Coni, Buenos Aires, Argentina.
- Consejo Federal de Inversiones (1989a), *Estructura social de la Argentina. Indicadores de la estratificación social y de las condiciones de vida de la población en base al Censo de Población y Vivienda de 1980. Total del país. Volumen 1*, CFI, Buenos Aires, Argentina.
- Consejo Federal de Inversiones (1989b), *Producto Bruto Geográfico 1970-1985*, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.
- Corin, E (1996), La matriz social y cultural de la salud y la enfermedad. En Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones, Díaz de Santos, Madrid, España.
- Corsini, Carlo A. and Pier Paolo Viazzo (1997), Recent Advances and Some Open Questions in the Long-term Study of Infant and Child Mortality. In Corsini Carlo A. and Pier Paolo Viazzo (editors) (1997), *The decline of infant and child mortality. The European Experience: 1750-1990*, UNICEF, Netherlands.
- Croce, Pablo A. (2003), *Historia de la Casa Cuna. Los primeros 224 años ... y lo que vendrá*. Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. <http://www.portalplanetasedna.com.ar> Acceso el 22-11-2005.
- Crombie, Iain K, Linda Irving, Lawrence Elliott and Hilary Wallace (2005), *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*. <http://euro.who.int/Document/E87599.pdf> Available on 28-11-2005.

- Cusminsky, Marcos y Ana Rita Díaz Muñoz (1995), La salud de los niños menores de 6 años. En INDEC, Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales, Buenos Aires, Argentina.
- Danani, Claudia (1996), Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población-objeto. En Hintze, Susana (org.) Políticas sociales. Contribución al debate teórico-metodológico. Colección CEA-CBC N°11, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Delamonica, E., A.Minujin y J.Vandemoortele (2000), Crecimiento, pobreza e infancia. En Socialis. Revista Latinoamericana de Política Social N° 3, Ediciones HomoSapiens, Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Delich, Francisco (2002), La crisis en la crisis. Estado, Nación, Sociedad y mercados en la Argentina contemporánea. Ed. Eudeba, Buenos Aires, Argentina.
- Dellepiane, Manuel (1910), Beneficencia Pública en Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires, 1909, Cía. Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires, Argentina.
- de Luca de Isuani, Beatriz (1993), Estudios sobre Sistemas de Atención de Salud Pública. La salud hospitalaria en los tiempos del cólera. Biblioteca Argentina N° 432, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- de Zarrasqueta, Pedro (1996), Políticas de salud en Findling, Liliana y Ana María Mendez Diz (comp.) La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales. Colección Sociedad N°3, Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, Buenos Aires, Argentina.
- Díaz Muñoz, Ana R., Mónica Levcovich, Laura Lima Quintana y Silvina Ramos (1994), Sistemas de Salud en proceso de reforma, OPS-OMS, Buenos Aires, Argentina.
- Díaz Muñoz, Ana R. (1993), Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires: análisis de la cohorte de nacidos en el año 1990, Buenos Aires, Argentina, mimeo.
- Di Virgilio, Mercedes (2003), Hábitat y salud. Estrategia de las familias pobres, Ed. Lumiere S.A., Buenos Aires, Argentina.
- D'Orsi, Eleonora, Marilia Sá Carvalho and Oswaldo Goncalves Cruz (2005), Similarity between neonatal profile and socioeconomic index: a spatial approach, Cad. Saúde Pública, pp. 786-794, Rio de Janeiro, Brasil.

- Dublin, L., A.Lotka y M.Spiegelman (1949), Length of life, The Ronald Press Company, Nueva York, USA.
- Echarri, Cánovas Carlos Javier (1991), Familia, Hogar y Utilización de Servicios de Salud: El Caso de México en IRD/Macro Internacional, Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Volume III, Washington, D.C.
- Elizaga, Juan C. (1979), Economía y dinámica de la población, Celade, Santiago de Chile.
- Elizaga, Juan C. (1969), Métodos demográficos para el estudio de la mortalidad, Celade, Santiago de Chile.
- Esping Andersen, Gösta (2001), Un Estado de Bienestar europeo para el Siglo XXI. En La factoría N° 13 <http://www.lafactoriaweb.com/articulos/gosta13.htm> Acceso el 03/02/2005.
- Esping Andersen, Gösta (1993), Los tres mundos del Estado de Bienestar. Edicions Alfons el Magnànim. Valencia.
- Evans, Robert G. y G.L. Stoddart (1996), Producir salud, consumir asistencia sanitaria. En Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones, Díaz de Santos, Madrid, España.
- Evans, Robert G., M. Hodge y I.B.Pless (1996), Si no la genética, ¿entonces qué? Vías biológicas y salud de la población en Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones, Díaz de Santos, Madrid, España.
- Feng, Hou and John Myles (2004), Neighbourhood Inequality, Relative Deprivation and Self-perceived Health Status, Analytical Studies-Research Paper Series, Statistics Canada N° 228, <http://www.equityhealthj.com> Available on 22/11/2003.
- Ferrer Lues, Marcela (2003), Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética. En Acta Bioética, año IX, n° 1 Universidad de Chile.
- Formiga, Nidia (2003), Una aproximación a la diferenciación socioespacial y la calidad de vida intraurbana. En AEPA, VI Jornadas Argentinas de Estudios de Población, INDEC, Buenos Aires, Argentina.
- Galarce, A, (1886), Bosquejo de Buenos Aires Capital de la Nación Argentina, Imprenta Tipografía y Encuadernación de Stiller y Lass, Buenos Aires, Argentina.

- García Delgado, Daniel (2003), Estado-nación y la crisis del modelo. El estrecho sendero. Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, Argentina.
- Gasparini, Leonardo C. and Mónica Panadeiros (2005), Argentina: Assessment of Changes. In the Distribution of Benefits from Health and Nutrition Policies. In Gwatkin Davidson, Adam Wagstaff and Abdo Yazbeck (ed.) Reaching the poor with Health, Nutrition and Population Services, The World Bank, Washington D.C., EUA.
- Gershanik, Alicia (1993), Salud de los niños y empobrecimiento: su atención. En Minujin, Alberto et. al. Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina, UNICEF/LOSADA, Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005), Versiones Taquigráficas, Período 1997-2004, Versión en CD del 4-01-05.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Contaduría (2003), Secretaría de Salud. Serie Cuenta de Inversión 1992-2002 (mimeo).
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General Oficina de Gestión Pública y Presupuesto (2003), Presupuestos de la Secretaría de Salud, años 1996-2002 (mimeo).
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos (2003a), Indicadores Económicos 2002, Publicación N° 49, Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos (2003b), Indicadores Económicos 2000/2001, Publicación N° 46, Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos (2003c), Indigencia y pobreza en la Ciudad de Buenos Aires: Incidencia y caracterización, Informe de Resultados N° 47, Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos (2003d), Anuario Estadístico 2002, Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Cultura (2001), Revista Ciudad Abierta, la guía total de Buenos Aires, Año 1, Número 7, Buenos Aires.

- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2000), Ley de salud reproductiva y procreación responsable, Boletín oficial del GCBA N° 989. Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (1999), Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín oficial del GCBA N° 703. Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (1996), Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, Estatuto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletines Municipales, Período 1970-2002.
- Gogna, Mónica (2005), Estado del Arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina (1990-2002), CEDES-CLAM, Buenos Aires.
- Golbert, Laura (2004), ¿Hay opciones en el campo de las políticas sociales? El caso del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Colección Becas de Investigación, CLACSO Libros, Buenos Aires, Argentina.
- Gomez, Redondo E. (1992), La mortalidad infantil española en el Siglo XX, Centro e Investigaciones Sociológicas, Colección Monografías, N°123, Siglo XXI de España Editores SA, Madrid, España.
- González García, Ginés y Federico Tobar (2004), Salud para los argentinos, Ediciones ISALUD, Buenos Aires, Argentina.
- Grassi, Estela (1996), Políticas sociales e investigación antropológica (Problemas y propuestas). En Hintze, Susana (org.) Políticas sociales. Contribución al debate teórico-metodológico. Colección CEA-CBC N°11, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Grillo, Oscar (1995), Notas sobre las formas de asentamiento de los sectores populares en relación con los impactos de las políticas de ajuste. En Grillo O., M. Lacarrieu y L. Raggio Políticas Sociales y Estrategias Habitacionales, Buenos Aires, Ed. Espacio, citado en Di Virgilio Mercedes (2003), Hábitat y salud. Estrategia de las familias pobres, Ed. Lumiere S.A., Buenos Aires, Argentina.
- Gwatkin, Davidson R. (2002), La necesidad de hacer reformas del sector salud orientadas hacia la equidad. En OPS, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11, N°s. 5/6, Washington, EUA.
- Haines, Michael R. (1995), Socioeconomic differentials in infant and child mortality during mortality decline: England and Wales, 1890-1911.

In Population Studies, Volume 49 N° 2, Population Investigation Committee, London School of Economics, London, England.

Harvard School of Public Health (2005), Health Disparities & the Body Politic. A Series of International Symposio. Boston, Massachusetts, USA.

Harvey, David (1992), Urbanismo y desigualdad social. Siglo XXI, Madrid.

Hertzman, C, J. Frank y R.G. Evans (1996), Heterogeneidades en el estado de salud y determinantes de la salud de una población. En Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones, Díaz de Santos, Madrid, España.

Horta, Bernardo L., Fernando C. Barros, Ricardo Halpern y Cesar G. Victora (1996), Baixo peso ao nacer em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil, Cad. Saúde Pública, pp. 27-31, Rio de Janeiro, Brasil.

Houweling, Tanja A.J., Anton E. Kunst and Johan P. Mackenbach (2003), Measuring health inequality among children in developing countries: does the choice of the indicator if economic status matter?, International Journal for Equity in Health 2003, 2:B. <http://www.equityhealthj.com> Available on 22/08/2004.

INDEC (2003), La salud a través de las encuestas a hogares en la Argentina, Serie Perfil de Condiciones de Vida N°2, Buenos Aires, Argentina.

INDEC (2000), El ingreso y el gasto de los hogares, Serie Perfil de Condiciones de Vida N°1, Buenos Aires, Argentina.

INDEC (1995), Tablas abreviadas de mortalidad provinciales por sexo y edad 1990-1992. Serie Análisis Demográfico 4, Buenos Aires, Argentina.

INDEC (1988), Tablas de mortalidad 1980-81. Total y Jurisdicciones, Buenos Aires, Argentina.

INDEC (1984), La pobreza en la Argentina, Buenos Aires, Argentina.

INDEC (1975), Tablas de mortalidad para la Ciudad de Buenos Aires para 1970, Serie Investigaciones Demográficas 4, Buenos Aires, Argentina.

Isuani, Ernesto (2002), Bienestar, consumo y capitalismo. Hacia una estrategia de consumo básico. En Sociales, Reflexiones latinoamericanas sobre política social, Volumen 6, Ediciones HomoSapiens, Rosario, Santa Fe, Argentina.

- Isuani, Ernesto (1985), Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina. Biblioteca Política Argentina N° 129, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Isuani, Ernesto y Emilio Tenti (1989), Una interpretación global, en Ernesto Isuani y Emilio Tenti (comp.) Estado democrático y política social, EUDEBA, Buenos Aires, Argentina.
- Jordán, José R. (1984), Crecimiento del niño como indicador de salud en OPS-OMS, Salud maternoinfantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias, Publicación Científica N°461, México.
- Karpati, A., B Kerker, F Mostashari, T Sing, A Hajat, L Torpe, M Bassett, K Henning, T Frieden (2004), Health Disparities in New York City, New York City Department of Health and Mental Hygiene <http://www.nyc.gov/health> Available on 12/04/2005.
- Katz, Ignacio (2005), Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud. Edhasa 2ª edición, Buenos Aires, Argentina.
- Katz, Ignacio (1998), Al gran pueblo argentino salud! una propuesta operativa integradora, Eudeba, Buenos Aires, Argentina.
- Katz, Jorge M, Hugo Arce y Alberto Muñoz (1993), El modelo organizacional vigente y sus orígenes histórico-institucionales. En Jorge Katz y colaboradores, El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento. Serie de Economía, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, Argentina.
- Klaus, Alisa (1993), Every child a lion. The origins of maternal and infant health policy in the United States and France, 1890-1920, Cornell University Press, New York, USA.
- Larguía, Miguel A. (1998), La situación neonatológica en la Argentina “Los problemas no verbalizados”. En O’donnell A. y E. Carmega (comp.) Hoy y mañana. Salud y calidad de vida para la niñez argentina, CESNI, Buenos Aires, Argentina.
- Latzina, Francisco (1914), Sinopsis estadística argentina, Cía. Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires, Argentina.
- Latzina, Francisco (1903), Demografía en La Argentina, Tomo 2da. Parte, Cía. Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires, Argentina.
- Laurell, Asa Cristina (1992), La política social en el proyecto neo-liberal. Necesidades económicas y realidades socio-políticas, Cuadernos Médicos Sociales N° 60, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Santa Fe, Argentina.

- Laurell, Asa Cristina (1986), El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina, Cuadernos Médicos Sociales N° 37, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Lerner, Paula (2005), La medicalización de la reproducción. Buenos Aires, 1930-1960. En VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto Gino Germani, Buenos Aires, mimeo.
- Lesevic, Bruno y Carlos Bardalez (1989), Pobreza urbana y sobrevivencia. En Lattes Alfredo, Mark Farren y Jane MacDonald (comp.) Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina, CLACSO, IDRC, Buenos Aires, Argentina.
- Lomuto, Celia (2004), Las residencias en el hospital: ¿Media vida de la institución! 1968-2004: 36 años. En Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 23 (4).
- López, Elsa y María del Carmen Tamargo (1995), La salud de la mujer. En INDEC, Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales, Buenos Aires, Argentina.
- López, Néstor y Pablo Vinocur (1995), Metas para el año 2000, un compromiso nacional en INDEC Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de metas sociales, Buenos Aires, Argentina.
- Lo Vuolo, Rubén (1996), Prospectivas sobre políticas sociales. En Findling, Liliana y Ana María Mendez Diz (comp.) La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales. Colección Sociedad N°3, Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, Buenos Aires, Argentina.
- Lo Vuolo, Rubén, Alberto Barbeito, Laura Pautasi y Corina Rodríguez (1999), La pobreza ... de la política contra la pobreza, Miño y Dávila Editores-CIEPP, Madrid, España.
- Lucero, Patricia (2005), Dinámica demográfica y configuración territorial de Mar del Plata y el Partido de Gral. Pueyrredón en la segunda mitad del Siglo XX. En AEPA, VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, INDEC, Buenos Aires, Argentina.
- Luppi, Irene Raquel, Gabriela S. Boggie y Leticia S. Hachuel (2005), Estudio de desigualdades en salud desde una perspectiva socioespacial mediante análisis de niveles múltiples, presentado en las VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, 25 al 27 de julio 2005 (mimeo).

- Macció, Guillermo A. y Ana María Damonte (1994), Cuatro etapas en la mortalidad infantil del Uruguay; falta la quinta. CELADE, Serie A N° 290, Uruguay.
- Macció, Guillermo A. (1985), Diccionario demográfico multilingüe (versión en español), Celade, Ed.Ordine, Bélgica.
- Marmor, T.R., M.L.Barer y R.G.Evans (1996), Los determinantes de la salud de una población: ¿Qué puede hacerse para mejorar el estado de salud de una nación democrática?. En Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones, Díaz de Santos, Madrid, España.
- Marmot, Michael (2005), Historical perspectiva: the social determinant of disease. Some blossoms. <http://www.epi-perspectives.com/content/2/1/4> Available on 10/06/2005.
- Martinez, Alberto B. (1910), Historia demográfica de Buenos Aires. En Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industria de la Ciudad de Buenos Aires, 1909, Cía. Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires, Argentina.
- Martinez, Alberto B. (1889), Estudio topográfico e historia demográfica de la Ciudad de Buenos Aires. En Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industria de la Ciudad de Buenos Aires, 1887, Cía. Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires, Argentina.
- Martinez Bejarano, Rubby Marcela (2004), Equidad en salud. Un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento. Bogotá 2001. Presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población ALAP, Caxambú, Brasil, setiembre 2004, visto en internet en: www.abep.org
- Masuy-Stroobant, Godelieve (1997), Infant Health and Infant Mortality in Europe: Lessons from the Past and Challenges for the Future. In Corsini Carlo A. and Pier Paolo Viazzo (editors) (1997), The decline of infant and child mortality. The European Experience: 1750-1990, UNICEF, Netherlands.
- Mazza, Pablo (2005), El caso de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires durante la crisis política, económica e institucional del período 2001-2002. Tesis de maestría no publicada. Maestría en Economía y Gestión de la Salud, ISALUD, Buenos Aires.
- Mazzeo, Victoria (2005), ¿Qué debemos mejorar en el sistema de estadísticas vitales? En Revista Población de Buenos Aires, Año 2, N° 2, Buenos Aires.

- Mazzeo, Victoria y Raquel Pollero (2005), La mortalidad infantil en ambas márgenes del Río de la Plata en la primera mitad del Siglo XX ¿Dos orillas, dos realidades? En AEPA, VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Universidad Nacional del Centro, Tandil, versión CD.
- Mazzeo, Victoria (2003), La incidencia de la función del Estado, las políticas públicas y la realidad socioeconómica en la evolución de la mortalidad infantil de la Ciudad de Buenos Aires premoderna, Seminario de Tesis, Doctorado FLACSO, inédito.
- Mazzeo, Victoria (1998), Estratificación sociodemográfica de la Ciudad de Buenos Aires en 1991. Documento presentado al Seminario El nuevo milenio y lo urbano. Instituto Germani, Buenos Aires, Argentina, inédito.
- Mazzeo, Victoria (1995), Dinámica demográfica de Argentina en el período 1947-1991. Análisis de sus componentes y diferenciales. En AEPA, II Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Honorable Senado de la Nación, Buenos Aires, Argentina.
- Mazzeo, Victoria (1993), Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires, 1856-1986. Biblioteca Política Argentina N° 440, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, Argentina.
- Mazzeo, Victoria (1991), Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires, 1970-1988. En 1as. Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Mazzeo Victoria (1990), Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires, 1856-1986. Tesis de maestría, Universidad Nacional de Luján, inédita.
- McKeown, T. (1979), The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?. Basil Blackwell. Oxford.
- McQuestion, Michael J. (2001), Los comportamientos de salud correlacionados y la transición de la mortalidad en América Latina, Notas de Población N° 72, CEPAL, Santiago de Chile.
- Meegama, S.A. (1985), The mortality decline in the "fast declining" developing countries, International Population Conference, Florence 1985, Volume 2, International Union for the Scientific Study of Population, Liège, Belgique.
- Méndez, Susana (2005) Niñez y adolescencia. En UNICEF Democratización de las familias, Buenos Aires

- Menendez, Eduardo L. (1992), Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del “teoricismo” al movimiento continuo, Cuadernos Médicos Sociales N°59, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Mercer, Hugo (1997), La medicina social en debate, Cuadernos Médicos Sociales N°42, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Meslé, France (1995), L'évolution de la mortalité par cause : les différentes facettes de la transition épidémiologique, Seminario Evolución futura de la mortalidad, CELADE-Universidad de Chile, Santiago de Chile, mimeo.
- Ministerio de Economía y Producción-UNICEF (2004), Gasto público dirigido a la niñez en la Argentina, Dirección de Gastos Sociales Consolidados-UNICEF, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud (2002), Remediar. Una respuesta a la emergencia, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud (2001), Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de presentación, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social (2000), Políticas de Salud, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1999a), Estudios antropométricos en la población infanto-juvenil. República Argentina 1993-1996, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1999b), Metas a favor de la madre y el niño para el año 2000. Avances en el cumplimiento, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1994a), Encuesta a Población. Módulo de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Aglomerado Gran Buenos Aires. Situación Sanitaria de la Población. Cifras Definitivas. Serie 10 N° 10, PRONATASS, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1994b), Exploraciones sobre las bases sociales del gasto en salud. PRONATASS, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1994c), Taller de Expertos sobre definiciones de nacido vivo y defunción fetal, Buenos Aires, 16 y 17 de mayo, Serie 3, N°28.

- Ministerio de Salud y Acción Social (1993), Módulo de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Aglomerado Gran Buenos Aires. Niños de 1-4 años. Serie 10 N° 6, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1992), Módulo de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Aglomerado Gran Buenos Aires. Situación sanitaria de los menores de un año. Serie 10 N° 5, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1991), Acuerdo Federal sobre políticas de salud, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente (1983), XI Reunión Nacional de Estadísticas de Salud. Conclusiones. Subprograma de Estadísticas Vitales. Modelos de Formularios e Instructivos. Serie 3, N° 14, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social (s/f), Compromiso nacional a favor de la madre y el niño, Buenos Aires, Argentina.
- Moreno, Elsa (1999), Morbimortalidad en la niñez. En O'Donnell A. y Carmuega E. (coord.) Hoy y mañana. Salud y calidad de vida para la niñez argentina. CESNI Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, Argentina.
- Morgenstern, Martin (2004), Un análisis conceptual de la equidad en salud. <http://www.buenafuente.com>, Nota 6631. Acceso el 15/06/2004.
- Mosley, W.H. y L.C. Chen (1984), Child survival: strategies for research en Population and development Review Supplement, Vol. 10, Population Council, USA.
- Moura da Silva, Antônio Augusto, Heloísa Bettiol, Marco A. Barbieri, Valdinar Sousa Riberiro, Vânia Maria de Farias Aragao, Luis Gustavo Oliveira Brito and Marcio Mendes Pereira (2003), Infant mortality and low birth weight in cities of Northeastern and Southeastern Brazil, Revista Saúde Pública 2003; pp. 693-98, UFMA, Brasil.
- Müller, María S. (1974), La mortalidad en Buenos Aires entre 1855 y 1960, Ed. del Instituto, Buenos Aires, Argentina.
- Müller, María S. (1978), La mortalidad en la Argentina. Evolución histórica y situación en 1970, CENEP-CELADE, Buenos Aires, Argentina.
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1939), Cuarto Censo General 1936, Buenos Aires, Argentina.

- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1910), Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires, 1909, Cía. Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires, Argentina.
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1906), Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires, 1904, Cía. Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires, Argentina.
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1889), Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires, 1887, Cía. Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires, Argentina.
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos (1988), Producto Bruto Geográfico de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín N° 4, Buenos Aires, Argentina.
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Versiones taquigráficas de las Sesiones del Honorable Concejo Deliberante, Período 1885-1945.
- Museo Social Argentino, Boletines N°s. 23 (mayo 1923), 43-44 (enero-febrero 1925), 100 (octubre 1930), 145-146 (julio-agosto 1934) y 181-182 (julio-agosto 1937), Buenos Aires, Argentina.
- Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud (1995), Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, Publicación Científica N° 554, Washington D.C., E.U.A.
- Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud (1978), Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, (1975), Publicación Científica N° 353, Washington D.C., E.U.A.
- Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud (1972), Clasificación Internacional de Enfermedades, Octava Revisión (1965), Publicación Científica N°246, Washington D.C., E.U.A., Reimpresión.
- Naciones Unidas (1978), Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas, Vol. I, Cap. V, Nueva York, USA
- Naciones Unidas (1963), Boletín de Población N° 6, Nueva York, USA.
- Nari, Marcela (1996) Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940. En Lobato Mirta Zaida (ed.) Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la

salud en la Argentina, Editorial Biblos, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Neri, Aldo (1997), Sostén económico de las estrategias nacionales de Salud para Todos, Cuadernos Médicos Sociales N°42, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Novick, Susana (2003), Políticas de Población, Estado e Ideologías en la Argentina, tesis de Doctorado presentada ante la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (inérita).

Novick, Susana (1993), Mujer, Estado y políticas sociales, Biblioteca Política Argentina N° 419, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

Novick, Susana (1992), Política y población. Argentina 1870-1989, Volumen 1 y 2, Biblioteca Política Argentina N°s. 353 y 354, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

Oliva, Silvestre (1918), La mortalidad infantil en Buenos Aires desde 1898 a 1917, Imprenta América, Buenos Aires, Argentina.

OMS (1999), Pobreza y salud. Informe de la Directora General. 105ª reunión del Consejo Ejecutivo. Documento EB105/5. [http:// www.paho.org](http://www.paho.org) Acceso el 26/06/2003.

OPS (2004), Exclusión in Health in Latin America and the Caribbean, Serie N°1, Extensión of Social Protection in Health. [http:// www.paho.org](http://www.paho.org) Available on 16/09/2004.

OPS (2002), La salud en las Américas, Volumen I, Publicación Científica y Técnica N° 587, Washington DC, EUA.

OPS-OMS (1999), Situación de la equidad en salud, Buenos Aires, Argentina.

Osuna, Jorge (1984), Enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil en OPS-OMS, Salud maternoinfantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias, Publicación Científica N°461, México.

Oszlak, O. (1991), Merecer la ciudad. Los pobres y el derecho al espacio urbano. Buenos Aires. CEDES-Humanitas.

Pagani, Estela y María Victoria Alcaraz (1991), Mercado laboral del menor (1900-1940), Biblioteca Política Argentina N° 310, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

Pagani, Estela y María Victoria Alcaraz (1988), Las nodrizas en Buenos Aires. Un estudio histórico (1880-1940), Serie Conflictos y procesos

de la historia argentina contemporánea N° 14, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

Pardo, Antonio y Miguel Angel Ruiz (2002), SPSS 11 Guía para el análisis de datos, McGraw-Hill/ Interamericana de España S.A.U., España

Palloni, Alberto (1989), El estudio de la mortalidad de la niñez en países subdesarrollados: teorías, marcos analíticos e inferencia causal. En Lattes Alfredo, Mark Farren y Jane MacDonald (comp.) Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina, CLACSO, IDRC, Buenos Aires, Argentina.

Penna, José y Horacio Madero (1910), La administración sanitaria y asistencia pública de la Ciudad de Buenos Aires, Tomo II, Estudio de los servicios de higiene y beneficencia pública, desde la época colonial hasta el presente, Imprenta Kraft, Buenos Aires, Argentina.

Pérez Irigoyen, Claudio (1989), Política pública y salud. En Isuani, Ernesto et.al. Estado democrático y política social, EUDEBA, Buenos Aires, Argentina.

Pinnelli, Antonella y Paola Manzini (1997), Gender Mortality Differences from Birth to Puberty in Italy, 1887-1940. In Corsini Carlo A. and Pier Paolo Viazzo (editors) (1997), The decline of infant and child mortality. The European Experience: 1750-1990, UNICEF, Netherlands.

Portnoy, Fabián (2005), El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales. En Mónica Gogna (Coordinadora) Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES, Buenos Aires, Argentina.

Prebisch, Raúl (1976), Crítica al capitalismo periférico. En Revista de la CEPAL, primer semestre, Santiago de Chile.

Presidencia de la Nación – Secretaría de Desarrollo Social (s/f), Encuesta de Desarrollo Social. Condiciones de vida y acceso a programas y servicios sociales 1997, Buenos Aires, Argentina.

Pressat, Roland (1983), El análisis demográfico. Métodos, resultados, aplicaciones, Fondo de Cultura Económica, México.

Preston, S.H. (1980), Causes and consequences of mortality decline in less developed countries during the twentieth century. In Easterlin, R.E. (ed.) Population and economic change in developing countries, 289-360, Chicago.

Puffer, R. y C.Serrano (1988), Características del peso al nacer. Publicación Científica N° 504, OPS-OMS, Washington, USA.

- Puga, Teodoro F. (2005), A propósito de las Bodas de Brillante de Archivos Argentinos de Pediatría, Archivos Argentinos de Pediatría, 103 (2), Buenos Aires.
- Puga, Teodoro F. (1997), Reseña histórica de la pediatría Latinoamericana. <http://www.asociacionmedicaargentina> Acceso el 22/11/2005.
- Ramos, Silvina, Mónica Gogna, Mónica Petracci, Mariana Romero y Dalia Szulik (2001), Los médicos ante la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica?, CEDES, Buenos Aires, Argentina.
- Rawls, John (1978), Teoría de la justicia. Editorial Fondo de Cultura Económica. Madrid.
- Rawson, Guillermo (1877), Estadística vital de la Ciudad de Buenos Aires, Imprenta de La Nación, Buenos Aires, Argentina.
- Rawson, Guillermo (1876), Conferencias sobre higiene pública dadas en la Facultad de Medicina de Buenos, Argentina.
- Recalde, Héctor (1989), Mujer, condiciones de vida, de trabajo y de salud, Volumen 2, Biblioteca Política Argentina N° 248, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Recalde, Héctor (1988), La higiene y el trabajo (1870-1930) Volumen 1 y 2, Biblioteca Política Argentina N° 216 y 217, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Recchini de Lattes Zulma, L. (1983), La población: crecimiento explosivo y desaceleración 1855-1980 en Romero J.L. y Romero L.A., Buenos Aires, historia de cuatro siglos, Ed. Abril, Buenos Aires, Argentina.
- Recchini de Lattes Zulma, L. (1971), La población de Buenos Aires. Componentes demográficos del crecimiento entre 1855 y 1960, Ed. del Instituto, Buenos Aires, Argentina.
- Redondo, Adriana (1996), Políticas sanitarias y salud colectiva en Findling, Liliana y Ana María Mendez Diz (comp.) La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales. Colección Sociedad N°3, Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, Buenos Aires, Argentina.
- Reher, David (1995), Wasted investments: some economic implications of childhood mortality patterns, Population Studies, Vol. 49 N°3, London, England.
- Reid, Alice (1997), Locality or class? Spatial and social differentials in infant and child mortality in England and Wales, 1895-1911. In Corsini y

Viazzo (edit.) The decline of infant and child mortality. The European Experience: 1750-1990. UNICEF, USA.

Renaud, M (1996), El futuro ¿Hygeia versus Panakeia?. En Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones, Díaz de Santos, Madrid, España.

Rodríguez, María Carla (2005), Como la estrategia del caracol ... Ocupaciones de edificios y políticas locales del hábitat en la ciudad de Buenos Aires, Colección Teoría, crítica y cultura urbana, Ediciones El Cielo por Asalto, Buenos Aires, Argentina.

Rodríguez, Oscar (1936), La protección social del recién nacido. Bases para una legislación en la República Argentina, Ed. Aniceto López, Buenos Aires, Argentina.

Rojas Flores, Jorge (2001) Los niños y su historia: un acercamiento conceptual y teórico desde la historiografía. En Pensamiento Crítico. Revista Electrónica de Historia N° 1 En http://www.pensamientocritico.cl/upload/est/est_031107103421_11.pdf Acceso el 15-10-2005.

Ruzicka, Lado T. (1983), Mortality transition in the Third World: issues for research. Newsletter N° 17, IUSSP, Belgique.

Sanchez, J.E. (1991), Espacio, economía y sociedad, Siglo XXI, Madrid, España, citado en Lucero, 2005.

Sandiford, P, J. Cassel, M. Montenegro and G. Sanchez (1995), The impact of women's literacy on child health and its interaction with access to health services, Population Studies, Vol. 49 N°1, London, England.

Santos, Milton (1990), Por una geografía nueva, Ed. Espasa Calpe, Madrid, España, citado en Lucero, 2005.

Sarasqueta P. de, S. Hidalgo, M. Siminovich, P. Barbosa, L. Gamba, A. García y G. Berberian (1993), Mortalidad postneonatal por infecciones respiratorias bajas. Antecedentes adversos de la salud y fallas del proceso de atención. En Medicina Infantil, Vol. I, N° 1, Buenos Aires.

Schkolnik, Susana (2000), Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud, Notas de Población N° 70, CEPAL, Santiago de Chile.

Schofield, R. y D. Reher (1991), The decline of mortality in Europe. In Schofield, R., D. Reher y A. Bideau (eds.) The decline of Mortality in Europe, Oxford, Claredon Press.

- Schwarcz, Ricardo (1998), Maternidad segura en Argentina. En O'Donnell A. y Carmuega E. (coord.) Hoy y mañana. Salud y calidad de vida para la niñez argentina. CESNI Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, Argentina.
- Secretaría de Descentralización y Participación Ciudadana del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2002 a), Reglamento del Presupuesto Participativo, http://buenosaires.gov.ar/pp/?menu_id=15565 Acceso el 23/02/2005.
- Secretaría de Descentralización y Participación Ciudadana del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2002 b), Matriz del Plan de Prioridades Barriales, http://buenosaires.gov.ar/pp/?menu_id=15512 Acceso el 23/02/2005.
- Secretaría de Medio Ambiente y Desarrollo Regional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2000), Programa de Revitalización de la zona sur. Diagnóstico económico y social.
- Sen, Amartya (2002), ¿Por qué la equidad en salud?. En OPS Revista Panamericana de Salud Pública, Volumen 11 N° 5/6, Washington, USA.
- Sen, Amartya (2000), Desarrollo y libertad, Ed. Planeta, Buenos Aires, Argentina.
- Smoisz, Sara (1995), Políticas públicas, sistema de información para la salud y mortalidad de la niñez, Tesis de doctorado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina, inédito.
- Sola, Hugo Alberto (2004), La maternidad cumple 70 años: de los últimos, nosotros cumplimos 35 años. En Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 23 (4).
- Somoza, J.L. (1971), La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960, Ed. del Instituto, Buenos Aires, Argentina.
- Souza, María A. (1996), Reflexiones sobre la metrópoli global en Universidad Complutense, Anales de Geografía N° 16, Universidad Complutense, Madrid, España, citado en Formiga, 2003.
- Strasser, Carlos (2000), Democracia & Desigualdad. Sobre la “democracia real” a fines del siglo XX. Colección Becas de Investigación CLACSO-Asdi. Buenos Aires, Argentina.
- Suárez Ojeda, Elbio N. y Marcos Cusminsky (1984), Calidad de vida, atención primaria y salud materno-infantil. En OPS-OMS, Salud

maternoinfantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias, Publicación Científica N°461, México.

Suárez Ojeda, Elbio N. y Joao Yunes (1984), Estrategia de atención primaria y mortalidad del niño en las Américas, 1970-1980. En OPS-OMS, Salud maternoinfantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias, Publicación Científica N°461, México.

Swarop, Satya (1964), Estadística sanitaria. Fondo de Cultura Económica. México.

Szreter, S. (2002), The McKewon thesis: rethinking McKewon: the relationship between public health and social change en American Journal of Public Health, 92 (5), 772-724.

Taucher, Erica y Jofré, Irma (1995), Chile: Mortalidad en la niñez en un contexto de transición. Presentado en el Seminario Internacional sobre Consecuencias de las transiciones demográficas y epidemiológicas en América Latina. Ciudad de México, México.

Taucher, Erica (1979), La mortalidad infantil en Chile, Notas de Población N° 20, Celade, San José, Costa Rica.

Tavares de Andrade, Carla Lourenco, Célia Landmann Szwarcwald, Silvana Granado Nogueira de gamma y María do Carmo Leal (2004), Desigualdades sócio-econômicas do baixo peso ao nacer e da mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro, 2001, Cad. Saúde Pública, pp. 544-551, Rio de Janeiro, Brasil.

Tobar, Federico (2000), El gasto en Salud en Argentina y su método de cálculo, Programa de Investigación Aplicada, Instituto Universitario ISALUD, Buenos Aires, mimeo.

Torrado, Susana (2003), Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000). Ediciones de la Flor, Buenos Aires, Argentina.

Torrado, Susana (1992), Estructura social de la Argentina 1945-1983. Ediciones de la Flor, Buenos Aires, Argentina.

Torrado, Susana (1986), Salud-enfermedad en el primer año de vida, Rosario 1981-1982, Informe de Investigación 4, CEUR, Buenos Aires, Argentina.

Townsend, P. y N.Davidson (1982), Inequalities in Health (The Black Report), Penguin Books Harmondsworth, England.

Trifiró, María Cristina (2003), Condiciones de vida y mortalidad infantil en los departamentos de la provincia de Mendoza. En AEPA, VI

Jornadas Argentinas de Estudios de Población, INDEC, Buenos Aires, Argentina.

Troncoso, María del Carmen (1989), Componentes sociales, económicos y culturales del proceso salud-enfermedad en el primer año de vida del niño. En Lattes Alfredo, Mark Farren y Jane MacDonald (comp.) Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina, CLACSO, IDRC, Buenos Aires, Argentina.

UNICEF-INDEC (2003), Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990/2001, Serie Análisis Social N° 2, INDEC, Buenos Aires, Argentina.

UNICEF (2000), La reducción de la pobreza comienza con los niños, Nueva York, USA.

UNICEF-CENEP (1984), Infancia y pobreza en Argentina. Bases para la programación social, Buenos Aires, Argentina.

Vallin, Jacques (1988), Seminario sobre causas de muerte, Celade, Santiago de Chile.

Vallin, J y A. Nizard (1986), Las causas de defunción en Francia: I-Hacia una tipología simple y homogénea, una aplicación al período 1968-1974, II-Acoplamiento de la séptima y octava revisiones de la Clasificación Internacional, aplicación al período 1958-74, Santiago de Chile, Celade, (Traducción de los artículos publicados en Population 1978 N° 3 y Population 1980 N° 6)

Vallin, Jacques (1980), Determinantes socioeconómicos de la mortalidad en los países industrializados, Boletín de Población de las Naciones Unidas N° 13; New York, USA.

Vasallo, Carlos y Ernesto Bascolo (2001), De la fragmentación a la integración del sector salud: una propuesta para universalizar la salud desde una estrategia federalista, Serie documentos de trabajo N°8, SIEMPRO, Buenos Aires, Argentina.

Velásquez, Guillermo y María Celia García (2001), Medición de la calidad de vida urbana. Comparaciones entre variables objetivas y de percepción en la Ciudad de Tandil, Buenos Aires en AEPA, V Jornadas Argentinas de Estudios de Población, INDEC, Buenos Aires, Argentina.

Veronelli, Juan C. (1975), Medicina, gobierno y sociedad. Evolución de las instituciones de atención de la salud en Argentina, Ed. El Coloquio, Buenos Aires, Argentina.

- Veronelli, J.C. y N. Rodriguez Campoamor (1967), La Política Sanitaria Nacional, Revista de Salud Pública 7/8, Buenos Aires, Argentina.
- Victora, César G. y Meter G. Smith (1989), Diseño y aplicación de un caso control para investigar la relación entre los hábitos de alimentación a los niños y su riesgo de morir. En Lattes Alfredo, Mark Farren y Jane MacDonald (comp.) Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina, CLACSO, IDRC, Buenos Aires, Argentina.
- Vinocur, Pablo y Leopoldo Halperín (2004), Pobreza y políticas sociales en Argentina de los años noventa, Serie Políticas Sociales N° 85, CEPAL, Santiago de Chile.
- Vinocur, Pablo y Silvina Ramos (comp.) (2000), Sistemas de salud y reformas. Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado. CEDES-FLACSO, Buenos Aires, Argentina.
- Vinocur, Pablo (1999), Exclusión y pobreza. Derechos y oportunidades perdidas de los niños. En O'Donnell A. y Carmuega E. (coord.) Hoy y mañana. Salud y calidad de vida para la niñez argentina. CESNI Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, Argentina.
- Vizard, Polly (2005), The Contributions of Profesor Amartya Sen in the Field of Human Rights. Centre for Analysis of Social Exclusion. London School of Economics. CASE enquiries. In <http://www.sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/CASEpaper91.pdf>. Available in 16/08/2005.
- Vögele, Jörg (1997), Urbanization, Infant Mortality and Public Health in Imperial Germany. In Corsini Carlo A. and Pier Paolo Viazzo (editors) (1997), The decline of infant and child mortality. The European Experience: 1750-1990, UNICEF, Netherlands.
- Wagstaff, Adam (2002a), Inequalities in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tide?. <http://www.worldbank.org/poverty/health> Available on 20/06/2004.
- Wagstaff, Adam (2002b), Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. En OPS, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11, N°s. 5/6, Washington, EUA.
- Wainerman, Catalina (2005), ¿Reproducción o cambio intergeneracional en las prácticas domésticas cotidianas? Acerca de la validez de la información de “protagonistas” y “cronistas”. En AEPA, VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Tandil, 12 al 14 de octubre de 2005.
- WHO – Comisión on Social determinants of health (2005), Towards a Conceptual Framework for Análisis and Action on the Social

Determinants of Health. Draft. <http://www.who/Document> Available on 10/05/2005.

- Whitehead, Margaret (1991), Los conceptos y los principios de la equidad en la salud. En Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Reprints; 9. Washington D.C.
- Wikler, D. (1997), Bioethics and Social Responsibility. In *Bioethics*; 11 (3-4): 185-192.
- Wilkinson R. (1997), *Unhealthy Societies. The afflictions of Inequality*. Reutledge, London.
- Wolfson, M. (1999), Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration. *BMJ*, Washington, USA.
- Woods, R., P.A.Watson y J.H.Woodward (1988-1989), The causes of rapid infant mortality decline in England and Wales, 1861-1921. In *Population Studies* 42 (3), 343-366 y 43 (1), 113-132.
- Wrigley, E.A. y R.S.Schofield (1989), *The population history of England 1541-1871*, Cambridge, 2º ed.

ANEXOS

ANEXO A – METODOLOGICO

El objetivo de este anexo es explicitar los problemas de orden metodológico encontrados en las fuentes de datos utilizadas.

1. Estadísticas vitales.

1.1. Los registros.

En las Ordenanzas e Instrucciones Reales del año 1573, la corona española le ordena a la iglesia iniciar el registro de bautismos, matrimonios y defunciones: así se inician los llamados registros parroquiales (Arretx et. al., 1983). Los datos más antiguos que se encontraron para la Ciudad de Buenos Aires se remontan al año 1601 y corresponden a registros de la primitiva parroquia de la Catedral (Martínez, 1889).

Casi tres siglos después, en 1857, el gobierno de la provincia de Buenos Aires reglamenta la forma en que debían llevarse los libros parroquiales (Galarce, 1886). Estos libros constituyeron la fuente de información de los hechos vitales de la Ciudad hasta que se estableció el Registro Civil de las Personas. Latzina opina que antes del año 1887 los bautismos omitían alrededor de un 10 por ciento de los nacimientos (Latzina, 1889). Lo mismo podría pensarse de los registros de defunción, que realmente eran registros de entierros.

Los libros parroquiales fueron suplantados por otros libros creados por la Ley 1565/84, sancionada el 25 de octubre de 1884, pero promulgada el 30 de octubre del mismo año, que establecía el registro del estado civil en la capital y los territorios nacionales. La ley entró en vigencia en la Ciudad en agosto de 1886, y a partir de entonces, el registro de estadísticas vitales fue realmente de matrimonios, nacimientos y defunciones. La disposición legal que hacía obligatoria la inscripción de los hechos vitales permitió suponer que el registro sería más confiable.

Transcurridas varias décadas sin mayores cambios, se llegó al Decreto Ley 8204 del 27 de septiembre de 1963 (con las modificaciones de las leyes 18248, 18327, 20751, 22.159, 23.515 y 23.776) sobre el denominado Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, que surgió como ley única de alcance nacional en todo lo concerniente al Registro del Estado Civil y

Capacidad de las Personas. Por Ley 14.586 se creó el Registro del Estado Civil de las Personas de la Ciudad de Buenos Aires.

Desde la perspectiva estadística cabe destacar que, en 1968, la entonces Dirección de Estadísticas de Salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública elaboró el Programa Nacional de Estadísticas Vitales para la República Argentina. Este Programa se propuso generar datos comparables para todo el territorio nacional y, por ello, todos los procesos debían cumplir con principios y métodos uniformes.

La XI Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, realizada en 1983, elaboró y aprobó un documento que incluye los nuevos formularios para la recolección de las estadísticas vitales. Los mismos se pusieron en uso a partir del 1 de enero de 1984 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1983). En la XV Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, realizada en 1999, se aprobaron nuevos formularios para ser puestos en uso a partir del año 2001.

1.2. Las publicaciones.

Algunas publicaciones muy antiguas consignan cifras de bautismos, defunciones y matrimonios ocurridos en Buenos Aires. Martínez refiere, por ejemplo a: *Lazarillo de ciegos caminantes desde Buenos Aires hasta Lima* de Concolocorvo de 1790; *Guía de Buenos Aires* de 1792 y *Guía de Forasteros* de Araujo de 1803 (Martínez, 1889). Dos décadas después, el *Registro Estadístico de Buenos Aires* consignó el número de bautismos, defunciones y matrimonios ocurridos entre los años 1822 y 1825, y en el *Registro Estadístico de la Provincia de Buenos Aires* figuran datos retrospectivos de hechos vitales ocurridos entre 1829 y 1831. En 1854 se inicia la segunda serie del *Registro Estadístico de Buenos Aires* y desde entonces se publican sin interrupción las estadísticas vitales ocurridas y registradas en la Ciudad.

Teniendo en cuenta que el propósito fue analizar no sólo el nivel de la mortalidad de la primera infancia en la Ciudad a partir de 1860, sino también sus diferenciales y causas determinantes, y debido a que las variables analizadas (nacimientos y defunciones) no fueron publicadas durante ese período con la misma clasificación, fue necesario compatibilizar la presentación de los datos para poder recomponer la serie histórica. A

continuación se detalla el nivel de desagregación de la información publicada para los distintos períodos.

Entre 1854 y 1860 se publicaron los bautismos según sexo y color de piel (blancos y de color) y las defunciones según sexo, color de piel y grandes grupos de edad (menos de 3 años, 3 a 20, 20 a 60, y 60 y más años), pero no se cruzó la edad con el sexo. A partir de 1860 se divulgaron los bautismos según legitimidad (legítimos y naturales), sexo y parroquia o congregación (alemana, escocesa, francesa, inglesa, norteamericana) y las defunciones por sexo y por edad (más detallada) según parroquia, congregación o establecimiento público de ocurrencia; tampoco se cruzan la edad y el sexo. Recién en 1873 comenzaron a publicarse las estadísticas de muertes clasificadas por edad, sexo y causa de muerte (Mazzeo, 1993).

En 1887 apareció el Boletín Mensual de Estadística Municipal de la Municipalidad de la Capital que incluyó, entre otros datos, una estimación de la población de la Ciudad y las estadísticas de nacimientos, nacidos muertos, matrimonios y defunciones según las 14 parroquias de entonces. Los cuadros para nacimientos detallaban: el sexo, la legitimidad y la nacionalidad de los padres; para los matrimonios: la edad, la nacionalidad y la ocupación de los contrayentes, y para las defunciones: la edad, el sexo, la nacionalidad, el estado civil y las enfermedades que ocasionaron la muerte. En el caso de las defunciones de menores de 2 años consignaban: la edad, el sexo y la enfermedad que causó la muerte.

Cabe destacar que todos los datos correspondían a los hechos registrados en la Ciudad, sin distinción de los correspondientes a los residentes; por lo tanto, los números sobredimensionaron los fenómenos demográficos de la población residente. Como se indica más adelante, debieron pasar varias décadas para que se dispusiera de la clasificación de los hechos vitales según lugar de residencia.

Entre los años 1933 y 1947 se dispone de información por lugar de residencia para los nacimientos y las defunciones generales aunque, en el caso de las defunciones de menores de un año, ese período se circunscribe a 1934-1939. Posteriormente, y hasta 1960, se retornó a la publicación de los datos por lugar de ocurrencia y, desde entonces, se dispone de datos clasificados por lugar de residencia. Es así que en el año 1960 se empalmó la serie de

mortalidad de la primera infancia, que hasta ese momento era la ocurrida y registrada en la Ciudad, con la mortalidad de residentes.

Desde 1887 hasta 1962 la Dirección General de Estadística publicó el Boletín o *Revista de Estadísticas de la Ciudad*, que tuvo periodicidad mensual, trimestral, semestral y anual, según los años. En 1963 se publicó el primer número del *Boletín Demografía* (con datos de 1961) y la serie se mantuvo hasta 1982, si bien a partir de 1977 (con datos de 1974) su nombre cambia a *Estadísticas Vitales*. A partir de 1987 (con datos de 1983) comenzó otra publicación sobre estadísticas vitales, la que estuvo más orientada a la difusión de tasas y otros indicadores demográficos. En el Anexo D, se puede ver el detalle de las fuentes de información de las estadísticas vitales utilizadas según período.

Lo señalado afecta la medición del fenómeno, y si bien el objetivo del trabajo no fue el de evaluar y ajustar la información básica, obliga a un análisis cuidadoso de las cifras tendiente a obtener una adecuada estimación del nivel de la mortalidad en la Ciudad.

1.3. La utilización de distintas nomenclaturas a través del tiempo.

Cuando se desea estudiar la evolución de las causas de muerte se enfrentan cuatro grandes problemas. El primero es el problema derivado de las múltiples revisiones efectuadas en las clasificaciones internacionales de enfermedades, aunque existen estudios que superaron este inconveniente, como en el caso de Francia (Vallin y Nizard, 1986). El segundo es la falta de un significado claro y preciso en los criterios utilizados en el reagrupamiento de las causas de muerte. Un tercer problema es que las estadísticas por causas pueden estar afectadas por el grado de perfeccionamiento de los diagnósticos y de la declaración de las causas de muerte. Finalmente, un cuarto problema es el derivado del deterioro de la calidad de la certificación de la causa de muerte que se registró especialmente en Argentina.

En la clasificación de las causas se requiere tomar en cuenta dos requisitos: la comparabilidad entre las distintas clasificaciones o revisiones utilizadas y su evolución histórica, y la pertinencia de los criterios de clasificación, a fin de llegar a un análisis demográfico satisfactorio (Vallin, 1988). Las revisiones periódicas de las clasificaciones para adaptarse a

cambios epidemiológicos, a nuevas posibilidades de diagnóstico y a la aparición de nuevas entidades mórbidas, pueden originar problemas para el estudio de las tendencias de la mortalidad por causas.

En la Ciudad, a lo largo del período analizado, se utilizaron varias revisiones para codificar la causa de muerte. En las publicaciones de estadísticas vitales sólo se citan a partir del año 1929, si bien es posible que se hayan utilizado con anterioridad y no se las consignara en las publicaciones precedentes.

En los años 1929 y 1930 se utilizó la 3° Revisión (1920), para el período 1931-39 la 4° Revisión (1929); para 1940-49 la 5° Revisión (1938); para 1950-61 la 6° Revisión (1948); 1962-68 la 7° Revisión (1955); 1969-78 la 8° Revisión (1965), 1979-1996 la 9° Revisión (1975) y finalmente para el período que comienza en el año 1997 la 10° Revisión (1995).

A pesar de las numerosas revisiones utilizadas para el análisis de la importancia de las causas de muerte en la determinación del nivel de la mortalidad de la niñez, fue posible identificar las causas seleccionadas a lo largo de todo el período, cuyo detalle figura en el Anexo E.

1.4. La calidad de la información.

A partir de 1990 se trabajó con las bases de datos de los nacimientos y defunciones de menores de 5 años, lo que permitió realizar una evaluación de la calidad de información de las variables consignadas en los formularios estadísticos. A partir de las variables que registraron un nivel aceptable de calidad (menor al 3 por ciento de ignorado) se definieron los indicadores utilizados para analizar las problemáticas de la natalidad y mortalidad de la primera infancia, abandonando la idea de elaborar indicadores de nivel socioeconómico por el alto peso del “ignorado” en las respuestas a esas preguntas, tanto en el formulario estadístico de nacido vivo como de defunción.

Entre los nacidos vivos las preguntas que registraron los promedios más altos de ignorado (si bien en algunos casos mejoraron en los últimos años del período) fueron: peso al nacer, semanas de gestación, edad de la madre, país de residencia de la madre, máximo nivel de instrucción de la

madre, situación conyugal de la madre y las preguntas sobre variables económicas de ambos padres.

De los informes estadísticos de defunción surgen varias falencias. Para los menores de un año, los problemas se verifican en peso al nacer y al morir, edad de la madre, cantidad de embarazos y nacidos, situación conyugal de la madre, residencia habitual y nivel de instrucción de la madre, así como las preguntas referidas a situación laboral de los padres. En el caso de los informes estadísticos de las defunciones fetales se observan problemas de mala calidad en las siguientes preguntas: peso, causa de muerte (mal definida), edad de la madre, total de embarazos, total de defunciones fetales, país y departamento de residencia habitual de la madre, nivel de instrucción de la madre, situación conyugal de la madre y las preguntas referidas a situación laboral de los padres.

2. Estadísticas de morbilidad.

Para el análisis de la morbilidad de la población existen dos fuentes de información: los egresos hospitalarios y las consultas externas que se realizan en los establecimientos de una jurisdicción. Lamentablemente el Programa Nacional de Estadísticas de Salud sólo centraliza la información del subsector oficial. Lo mismo ocurre en el Gobierno de la Ciudad: la Secretaría de Salud sólo maneja la información de los hospitales que dependen de ella. Esta situación pone en evidencia el sesgo de cobertura del Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria que está restringido al Subsector Oficial.

Asimismo, se encontraron otros problemas que dificultaron el análisis. Los datos que se manejan en el Gobierno de la Ciudad son el total de egresos y/o consultas externas, sin discriminar la residencia habitual del paciente, lo que no permite analizar por separado la morbilidad de los residentes. Tampoco se codifica la causa de consulta y/o diagnóstico principal de la internación; por lo tanto se publican las estadísticas según hospital y especialidad para el total de pacientes atendidos en ellos. Dos semanas al año (una en mayo y otra en octubre) se realiza un muestreo de consultas y egresos para codificar la residencia habitual del paciente y

obtener un indicador de la importancia de los pacientes no residentes en la atención hospitalaria de la Ciudad.

Por otro lado, en los años terminados en 0 y 5, con acuerdo del Ministerio de Salud, se deben codificar los diagnósticos principales de los informes estadísticos de hospitalización. De esta manera, se obtuvieron las bases de egresos hospitalarios de los años 1995¹ y 2000, donde se detectaron problemas referidos a la falta de codificación del domicilio dentro de la Ciudad y a la ausencia de las variables socioeconómicas que no permitieron analizar la distribución espacial de la morbilidad ni sus diferenciales socioeconómicos. Sólo fue posible conocer el perfil epidemiológico de la morbilidad de los niños y de las mujeres en edades reproductivas residentes que se atendieron en los hospitales dependientes del gobierno local.

3. Encuestas de hogares y de condiciones de vida.

A partir de las bases de datos de la Encuesta Permanente de Hogares se intentó obtener la importancia de la desigualdad social de los niños utilizando como indicador la línea de pobreza. Con el objeto de investigar la validez de este instrumento de captación, para analizar esta problemática, separando la Ciudad del resto del Aglomerado, se calculó el indicador de niños menores de 5 años bajo la línea de pobreza para un año determinado (1999). Se observó que la muestra de la Ciudad presenta para este grupo de edad un alto coeficiente de variabilidad (22%) y por lo tanto poco confiable². Entonces no fue utilizado este indicador y se lo reemplazó por el de Necesidades Básicas Insatisfechas obtenido a partir de datos censales.

Por este mismo motivo (tamaño de la muestra y representación de este grupo en ella) tampoco fue posible analizar la atención de la salud de la primera infancia según indicador de pobreza (sea línea de pobreza, agrupamiento de quintil de ingreso per cápita familiar o nivel educativo del jefe del hogar) utilizando como fuente las Encuestas de condiciones de vida SIEMPRO de 1997 y 2001. La situación es más grave en la Encuesta 2001

¹ Realizada a través de una muestra.

² Los datos obtenidos en ese año para la Ciudad mostraban que la pobreza tenía una participación mayor en los niños menores de cinco años (15.9%) que en la población total (8.7%).

donde existe un 27% de los hogares donde no se pudo calcular ingresos ni línea de pobreza.

Para ambas muestras los coeficientes de variabilidad (tanto de los totales como de las proporciones) fueron altos al tomar por separado la Ciudad del Aglomerado Gran Buenos Aires. Sólo fue posible obtener algunos indicadores de las proporciones para el total de la Ciudad, con coeficientes de variabilidad inferiores a 10% en 1997 que son lo que se analizan en el capítulo 7. A continuación se detallan los coeficientes de los indicadores utilizados en ambas encuestas, destacándose que en el 2001 algunos incrementaron su variabilidad.

Indicador	1997	2001
Hasta 3° mes de embarazo	1,6	4,0
5 o más controles durante el embarazo	2,4	6,2
Control del embarazo en establecimiento no público	8,3	10,5
Atención del parto en establecimiento no público	8,0	9,7
Realización de control post parto	3,0	5,3
Amamantamiento hasta 6 meses inclusive	9,9	21,6
Cobertura de salud sólo de obra social en niños de 0-4 años	8,0	10,7
Permanencia con alguno de los padres la mayor parte del día	3,7	6,8
Consulta sin estar enfermo el niño en los últimos 12 meses	-	2,0
Más de 6 controles sin estar enfermo el niño en los últimos 12 meses	4,7	17,1

Fuente: elaboración sobre la base de las Encuestas SIEMPRO 1997 y 2001.

ANEXO B – APÉNDICE ESTADISTICO

Cuadro 4.1
Mortalidad de la primera infancia y sus componentes.
Tasas por mil nacimientos. Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.

Período	Neonatal	Postneonatal	-1 año	1-4	0-4
1860/64	153.8	130.1	283.9	66.2	350.1
1865/69	151.6	144.8	296.4	108.3	404.7
1870/74	120.6	146.2	266.8	95.7	362.5
1875/79	90.5	111.9	202.4	102.8	305.2
1880/84	60.1	110.9	171.0	85.9	256.9
1885/89	55.4	129.5	185.0	101.4	286.4
1890/94	40.4	115.4	155.7	107.4	263.1
1895/99	29.4	87.3	116.7	89.3	206.0
1900/04	24.1	72.5	96.7	75.7	172.3
1905/09	23.6	70.8	94.5	59.6	154.1
1910/14	23.3	72.9	96.2	55.0	151.2
1915/19	22.0	69.9	91.9	61.0	152.9
1920/24	21.6	62.6	84.2	44.9	129.1
1925/29	19.1	58.7	77.8	40.5	118.4
1930/34	19.1	44.1	63.1	28.6	91.7
1935/39	19.5	32.0	51.5	19.7	71.2
1940/44	19.0	24.9	43.9	11.3	55.2
1945/49	17.9	20.0	37.9	7.5	45.3
1950/54	15.3	19.5	34.7	6.7	41.5
1955/59	15.2	18.5	33.7	6.1	39.8
1960/64	16.3	14.8	31.1	4.4	35.5
1965/69	21.4	13.2	34.6	4.6	39.2
1970/74	19.6	11.4	31.1	3.6	34.7
1975/79	17.8	8.1	25.8	3.2	29.0
1980/84	13.3	5.0	18.3	2.3	20.6
1985/89	11.5	4.3	15.8	2.8	18.6
1990/94	9.9	4.8	14.7	2.1	16.8
1995/99	8.4	4.0	12.3	2.0	14.4
2000/02	6.1	3.2	9.3	1.3	10.6

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 4.2
Mortalidad de la primera infancia y sus componentes, fetal y materna.
Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002. Índices de variación 1860-64 y 1890-94 = 100.

Período	Neonatal	Postneo.	-1 año	1-4	0-4	Fetal	Materna
1860/64	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		
1865/69	98.6	111.2	104.4	163.6	115.6		
1870/74	78.4	112.4	94.0	144.4	103.5		
1875/79	58.9	86.0	71.3	155.2	87.2		
1880/84	39.1	85.3	60.2	129.7	73.4		
1885/89	36.1	99.5	65.2	153.2	81.8		
1890/94	26.2	88.6	54.8	162.2	75.1	100.0	100.0
1895/99	19.1	67.1	41.1	134.9	58.8	81.0	111.5
1900/04	15.7	55.7	34.0	114.3	49.2	84.0	131.0
1905/09	15.4	54.4	33.3	90.0	44.0	87.1	137.2
1910/14	15.2	56.0	33.9	83.1	43.2	83.5	146.2
1915/19	14.3	53.7	32.4	92.1	43.7	83.2	151.3
1920/24	14.0	48.1	29.6	67.9	36.9	82.3	144.8
1925/29	12.4	45.1	27.4	61.2	33.8	79.3	117.2
1930/34	12.4	33.9	22.2	43.2	26.2	75.9	105.4
1935/39	12.7	24.6	18.1	29.8	20.3	73.0	93.8
1940/44	12.4	19.1	15.5	17.0	15.8	62.9	78.6
1945/49	11.6	15.4	13.3	11.3	12.9	59.1	47.2
1950/54	9.9	15.0	12.2	10.2	11.9	56.9	31.1
1955/59	9.9	14.2	11.9	9.2	11.4	47.4	21.9
1960/64	10.6	11.3	10.9	6.7	10.1	21.7	31.4
1965/69	13.9	10.2	12.2	7.0	11.2	32.3	36.9
1970/74	12.8	8.8	10.9	5.5	9.9	24.6	43.5
1975/79	11.6	6.2	9.1	4.8	8.3	13.3	26.9
1980/84	8.7	3.8	6.5	3.4	5.9	10.3	12.0
1985/89	7.5	3.3	5.6	4.2	5.3	10.6	11.9
1990/94	6.4	3.7	5.2	3.2	4.8	12.0	8.0
1995/99	5.4	3.0	4.3	3.1	4.1	11.5	2.1
2000/02	3.9	2.5	3.3	2.0	3.0	8.1	5.4

Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 4.1.

Cuadro 4.3
Tasa de mortalidad infantil en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires.
Período 1861-2000.

Países	1861-1865	1871-1875	1881-1885	1891-1895	1901-1905
Alemania ^a	-	-	-	-	199
Argentina	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	216
Bélgica	165	151	156	164	154
Checoslovaquia	-	-	-	-	225
Chile	-	-	-	-	282
Dinamarca	137	137	134	139	119
España	187	-	193	-	172
Francia	179	178	167	170	139
Hungría	-	-	-	-	213
Inglaterra y Gales	151	153	139	151	135
Italia	-	217	195	184	167
Portugal	-	-	-	-	143
Suecia	136	134	116	103	91
Suiza	-	198	171	155	134
Uruguay	-	-	-	-	103
Ciudad de Bs. As.	297	252	175	146	92

Países	1911-15	1921-25	1931-35	1941-45	1951-55
Alemania ^a	155	119	73	71	49
Argentina ^b	-	-	-	82	64
Austria	191	138	99	92	51
Bélgica	139	106	89	86	44
Checoslovaquia ^c	191	156	119	83	49
Chile	283	214	197	154	125
Dinamarca	97	82	71	48	27
España	152	143	112	109	60
Francia	124	100	74	82	45
Hungría	207	187	157	126	69
Inglaterra y Gales	110	76	62	49	27
Italia	140	123	105	110	58
Portugal	152	146	146	130	91
Suecia	72	60	50	31	19
Suiza	99	65	48	40	29
Uruguay	105	109	99	85	51
Ciudad de Bs. As.	96	83	59	42	33

Continúa

Países	1961-65	1971-75	1981-85	1990	2000
Alemania ^a	27	22	10	7	5
Argentina ^d	59	61	30	25	17
Austria	31	24	12	8	5
Bélgica	26	18	11	8	5
Checoslovaquia	23	21	16	10	5
Chile	103	67	22	17	11
Dinamarca	20	12	8	8	4
España	41	22	11	8	4
Francia	24	15	9	8	4
Hungría	43	34	20	15	8
Inglaterra y Gales ^e	21	17	10	8	6
Italia	39	25	12	9	5
Portugal	75	43	19	13	6
Suecia	15	10	7	6	3
Suiza	20	13	7	7	5
Uruguay	49	49	32	20	15
Ciudad de Bs. As.	31	29	17	16	9

Notas:

^a Las tasas presentadas corresponden a Alemania, a partir de 1945 corresponde a la República Federal de Alemania y a partir de 1990 nuevamente a Alemania. Los datos del quinquenio 1941-45 corresponden al quinquenio 1946-50.

^b El valor del quinquenio 1941-45 corresponde a 1944-45.

^c El valor del quinquenio 1941-45 corresponde a 1946-50.

^d El valor del quinquenio 1971-75 corresponde a 1970.

^e Los valores de 1990 y 2000 corresponden a Reino Unido.

Fuente: elaboración en base a Swarop (1964) para el período 1861-1895; Massuy-Stroobant (1997) para el período 1901-1985 y Naciones Unidas (2004) para 1990 y 2000. Para Chile 1960 a 1990 en base a Taucher y Jofré (1995) y para Uruguay 1900 a 1989 Macció y Damonte (1994).

Cuadro 4.4
Tasa de mortalidad fetal en países seleccionados y en la Ciudad de Buenos Aires.
Período 1901-2000.

Países	1901-1905	1911-15	1921-25	1931-35	1941-45
Alemania ^a	31	30	32	28	22
Austria	27	25	25	27	21
Bélgica	36	36	39	32	25
Checoslovaquia	29	27	24	21	16
Dinamarca	24	23	24	25	21
España	25	25	27	32	26
Francia	45	44	33	32	27
Hungría	20	20	27	28	23
Inglaterra y Gales	-	-	-	41	30
Italia	43	41	43	34	29
Portugal	16	33	42	42	44
Suecia	-	-	24	27	33
Suiza	35	31	28	22	17
Ciudad de Bs. As.	44	44	44	40	32

Continúa

Países	1951-55	1961-65	1971-75	1981-85	1990 ^f	2000 ^g
Alemania ^{a e}	21	13	9	5	4	4
Austria	19	13	9	5	-	4
Bélgica	19	14	10	7	6	5
Checoslovaquia	14	9	7	5	-	3
Dinamarca	18	11	7	5	-	4
España ^c	29	24	15	7	3	3
Francia ^c	18	16	12	8	5	5
Hungría	18	16	12	8	-	6
Inglaterra y Gales ^b	23	17	12	6	4	5
Italia ^d	30	22	13	7	4	4
Portugal ^e	39	30	19	12	-	3
Suecia	18	12	7	4	4	4
Suiza	15	11	8	5	-	4
Ciudad de Bs. As.	29	13	11	5	5	4

^a Las tasas presentadas corresponden a Alemania, a partir de 1945 corresponde a la República Federal de Alemania y a partir de 1990 nuevamente a Alemania. Los datos del quinquenio 1941-45 corresponden al quinquenio 1946-50.

^b Los valores de 1990 y 2000 corresponden a Reino Unido.

^c Los valores de 2000 corresponden a 1999.

^d Los valores de 2000 corresponden a 1997.

^e Los valores de 2000 corresponden a 2001.

^f Los valores corresponden a mortalidad fetal tardía de 1995.

^g Los valores corresponden a mortalidad fetal tardía.

Fuente: elaboración en base a Massuy-Stroobant (1997) para el período 1901-1985 y Naciones Unidas (2004) para 1990 y 2000.

Cuadro 4.5
Estructura porcentual de la mortalidad de la primera infancia.
Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.

Período	Neonatal	Postneonatal	1-4	0-4
1860/64	43.9	37.2	18.9	100.0
1865/69	37.5	35.8	26.8	100.0
1870/74	33.3	40.3	26.4	100.0
1875/79	29.7	36.7	33.7	100.0
1880/84	23.4	43.2	33.4	100.0
1885/89	19.4	45.2	35.4	100.0
1890/94	15.3	43.8	40.8	100.0
1895/99	14.3	42.4	43.4	100.0
1900/04	14.0	42.1	43.9	100.0
1905/09	15.3	46.0	38.7	100.0
1910/14	15.4	48.2	36.4	100.0
1915/19	14.4	45.7	39.9	100.0
1920/24	16.7	48.5	34.8	100.0
1925/29	16.1	49.6	34.3	100.0
1930/34	20.8	48.0	31.2	100.0
1935/39	27.4	45.0	27.7	100.0
1940/44	34.5	45.1	20.4	100.0
1945/49	39.4	44.1	16.5	100.0
1950/54	36.8	47.0	16.3	100.0
1955/59	38.3	46.4	15.4	100.0
1960/64	46.0	41.6	12.4	100.0
1965/69	54.5	33.7	11.8	100.0
1970/74	56.5	33.0	10.5	100.0
1975/79	61.3	27.8	10.9	100.0
1980/84	64.8	24.2	11.0	100.0
1985/89	61.9	23.2	14.9	100.0
1990/94	58.8	28.5	12.7	100.0
1995/99	58.3	27.5	14.2	100.0
2000/02	57.5	30.2	12.3	100.0

Fuente: elaboración sobre la base de Cuadro 4.1.

Cuadro 4.6
Esperanza de vida a las edades 0 y 4. Ambos sexos.
Ciudad de Buenos Aires, 1855-2002.

Período	e(0)	e(4)	Amplitud del intervalo	Aumento por año		Ganancia entre períodos	
				e(0)	e(4)	e(0)	e(4)
1855	32.27	39.77					
			14	-0.42	0.07	-5.87	0.92
1868-1870	26.40	40.69					
			18	0.29	-0.02	5.28	-0.29
1887	31.68	40.40					
			8	1.15	1.01	9.20	8.11
1894-1896	40.88	48.51					
			9	0.76	0.48	6.80	4.32
1903-1905	47.68	52.83					
			5	-0.15	-0.10	-0.77	-0.51
1908-1910	46.91	52.32					
			5	0.34	0.24	1.72	1.18
1913-1915	48.63	53.50					
			22	0.49	0.37	10.81	8.04
1935-1937	59.44	61.54					
			11	0.53	0.41	5.80	4.47
1947	65.24	66.01					
			13	0.42	0.39	5.50	5.05
1959-1961	70.74	71.06					
			10	-0.16	-0.29	-1.56	-2.89
1969-1971	69.18	68.17					
			11	0.28	0.14	3.05	1.52
1980-1981	72.23	69.69					
			10	0.05	0.04	0.49	0.40
1990-1992	72.72	70.09					
			10				
2001-2002	75.91	75.80					
				0.32	0.57	3.19	5.71

Fuente: elaboración en base a Müller (1974) e INDEC (1975-1988-1995-2004).

Cuadro 4.7
Proporción de las muertes de 0-4 años en el total de defunciones.
Ciudad de Buenos Aires, 1860-2002.

Período	0-4 en total	Período	0-4 en total
1860/64	44.9	1930/34	15.3
1865/69	40.4	1935/39	11.0
1870/74	32.4	1940/44	9.4
1875/79	46.7	1945/49	8.8
1880/84	35.9	1950/54	8.9
1885/89	38.8	1955/59	8.3
1890/94	42.5	1960/64	3.9
1895/99	41.2	1965/69	3.8
1900/04	37.4	1970/74	4.9
1905/09	33.2	1975/79	4.2
1910/14	32.4	1980/84	2.5
1915/19	27.9	1985/89	2.3
1920/24	22.9	1990/94	1.9
1925/29	20.7	1995/99	1.7
		2000/02	1.4

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 4.8
Tasas de mortalidad (por mil) según grupo de edad por causa de muerte.
Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.

Mortalidad en menores de 1 año

Período	I y P	DyE	RESP	VCC	PE	Resto	Total
1890/94	13.0	10.6	33.1	0.7	15.8	82.6	155.7
1895/99	8.2	16.7	28.7	0.5	12.6	49.9	116.7
1900/04	9.1	31.1	22.6	0.8	10.9	22.2	96.7
1905/09	8.4	31.5	22.2	0.8	10.8	20.9	94.5
1910/14	8.6	39.6	21.4	1.0	12.5	13.0	96.2
1915/19	8.5	33.8	20.6	1.0	13.2	14.9	91.9
1920/24	7.6	27.5	21.8	0.8	11.7	14.8	84.2
1925/29	7.5	23.4	21.6	2.4	9.6	13.3	77.8
1930/34	6.5	14.5	16.9	2.4	11.9	11.0	63.1
1935/39	4.7	11.2	13.4	1.9	13.6	6.6	51.5
1940/44	3.1	8.7	11.0	3.0	14.9	3.2	43.9
1945/49	1.9	5.2	7.5	3.5	15.3	4.4	37.9
1950/54	1.6	1.4	8.0	2.1	13.7	7.9	34.7
1955/59	1.5	1.0	6.3	2.5	15.0	7.4	33.7
1960/64	1.8	2.6	6.3	3.2	15.3	1.9	31.1
1965/69	3.5	2.1	4.4	3.9	18.2	2.6	34.6
1970/74	4.3	1.4	5.2	3.4	13.6	3.1	31.1
1975/79	2.8	0.8	3.3	3.6	12.5	2.8	25.8
1980/84	0.5	0.2	1.7	3.6	10.5	1.8	18.3
1985/89	0.5	0.2	0.9	3.4	9.3	1.5	15.8
1990/94	0.3	0.1	0.7	3.2	8.3	2.1	14.7
1995/99	0.3	0.0	1.1	3.0	5.9	1.9	12.3
2000/02	0.2	0.0	1.2	2.6	4.5	0.9	9.3

Mortalidad en 1 a 4 años

Período	I y P	DyE	RESP	VCC	PE	Resto	Total
1890/94	26.4	6.3	33.4	1.1	0.2	40.2	107.4
1895/99	19.6	4.1	28.2	0.3	0.1	37.1	89.3
1900/04	17.6	10.4	20.3	0.3	0.0	27.0	75.7
1905/09	10.9	9.9	21.5	0.2	0.1	17.1	59.6
1910/14	11.0	10.7	19.2	0.2	0.1	13.8	55.0
1915/19	13.2	10.0	21.6	0.3	0.1	15.8	61.0
1920/24	9.2	6.5	16.8	0.1	0.2	12.0	44.9
1925/29	10.8	3.9	13.1	0.2	0.2	12.2	40.5
1930/34	8.3	2.5	9.8	0.1	0.1	7.8	28.6
1935/39	5.8	1.9	6.1	0.1	0.1	5.7	19.7
1940/44	3.7	0.9	2.8	0.6	0.1	3.2	11.3
1945/49	2.1	0.6	1.5	0.5	0.2	2.7	7.5
1950/54	1.2	0.1	1.7	0.3	0.1	3.3	6.7
1955/59	1.4	0.1	1.3	0.1	0.1	3.1	6.1
1960/64	0.8	0.3	0.9	0.2	0.0	2.0	4.4
1965/69	1.2	0.3	1.0	0.4	0.0	1.9	4.6
1970/74	1.0	0.1	0.6	0.3	0.0	1.6	3.6
1975/79	0.7	0.1	0.4	0.3	0.0	1.6	3.2
1980/84	0.2	0.0	0.3	0.3	0.0	1.5	2.3
1985/89	0.2	0.0	0.3	0.3	0.0	1.9	2.8
1990/94	0.1	0.0	0.3	0.3	0.0	1.4	2.1
1995/99	0.1	0.0	0.3	0.4	0.0	1.2	2.0
2000/02	0.1	0.0	0.2	0.2	0.0	0.8	1.3

Mortalidad en 0 a 4 años

Período	I y P	DyE	RESP	VCC	PE	Resto	Total
1890/94	39.3	16.8	66.5	1.7	15.9	122.8	263.1
1895/99	27.8	20.8	56.9	0.8	12.7	87.0	206.0
1900/04	26.8	41.5	42.9	1.1	10.9	49.2	172.3
1905/09	19.2	41.3	43.6	1.1	10.9	38.0	154.1
1910/14	19.6	50.4	40.6	1.2	12.6	26.8	151.2
1915/19	21.7	43.8	42.2	1.3	13.3	30.7	152.9
1920/24	16.8	34.0	38.6	0.9	11.9	26.8	129.1
1925/29	18.4	27.3	34.7	2.6	9.9	25.5	118.4
1930/34	14.8	16.9	26.6	2.5	12.0	18.8	91.7
1935/39	10.5	13.1	19.5	2.1	13.7	12.3	71.2
1940/44	6.8	9.6	13.8	3.6	15.0	6.4	55.2
1945/49	4.0	5.8	9.0	4.0	15.5	7.1	45.3
1950/54	2.8	1.5	9.7	2.4	13.8	11.2	41.5
1955/59	2.9	1.1	7.7	2.6	15.1	10.5	39.8
1960/64	2.6	2.9	7.2	3.5	15.3	4.0	35.5
1965/69	4.6	2.4	5.3	4.3	18.2	4.5	39.2
1970/74	5.3	1.5	5.9	3.7	13.6	4.6	34.7
1975/79	3.5	0.9	3.7	3.9	12.6	4.5	29.0
1980/84	0.6	0.2	2.0	3.9	10.6	3.3	20.6
1985/89	0.7	0.2	1.2	3.7	9.3	3.4	18.6
1990/94	0.5	0.1	0.9	3.4	8.3	3.6	16.8
1995/99	0.4	0.0	1.4	3.4	5.9	3.1	14.4
2000/02	0.3	0.0	1.4	2.8	4.5	1.7	10.6

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 4.9
Proporción de muertes según grupo de edad por causa.
Ciudad de Buenos Aires, 1890-2002.

Proporción en muertes de menores de 1 año

Período	I y P	DyE	RESP	VCC	PE	Resto	Total
1890/94	8.3	6.8	21.3	0.4	10.1	53.0	100.0
1895/99	7.1	14.3	24.6	0.4	10.8	42.8	100.0
1900/04	9.4	32.2	23.4	0.9	11.3	22.9	100.0
1905/09	8.9	33.3	23.5	0.9	11.4	22.1	100.0
1910/14	9.0	41.2	22.3	1.1	13.0	13.5	100.0
1915/19	9.2	36.7	22.4	1.1	14.3	16.2	100.0
1920/24	9.0	32.7	25.9	0.9	13.9	17.6	100.0
1925/29	9.7	30.0	27.7	3.1	12.4	17.1	100.0
1930/34	10.3	22.9	26.7	3.7	18.9	17.5	100.0
1935/39	9.1	21.8	26.1	3.7	26.4	12.9	100.0
1940/44	7.0	19.9	25.1	6.9	33.9	7.3	100.0
1945/49	5.0	13.6	19.9	9.3	40.5	11.6	100.0
1950/54	4.5	4.0	23.1	6.1	39.5	22.8	100.0
1955/59	4.4	3.0	18.7	7.3	44.6	21.9	100.0
1960/64	5.7	8.5	20.1	10.3	49.2	6.2	100.0
1965/69	10.0	6.1	12.6	11.3	52.5	7.5	100.0
1970/74	13.9	4.6	16.8	11.0	43.9	9.8	100.0
1975/79	10.8	3.1	12.7	14.0	48.5	10.9	100.0
1980/84	2.5	0.9	9.4	19.9	57.5	9.9	100.0
1985/89	3.1	1.2	5.5	21.4	59.0	9.7	100.0
1990/94	2.3	0.5	4.6	21.7	56.4	14.5	100.0
1995/99	2.4	0.2	9.1	24.7	48.1	15.5	100.0
2000/02	1.7	0.3	12.5	28.3	48.1	9.1	100.0

Proporción en muertes 1 a 4 años

Período	I y P	DyE	RESP	VCC	PE	Resto	Total
1890/94	24.5	5.8	31.1	1.0	0.1	37.4	100.0
1895/99	21.9	4.5	31.6	0.3	0.1	41.5	100.0
1900/04	23.3	13.7	26.9	0.4	0.0	35.7	100.0
1905/09	18.2	16.5	36.0	0.4	0.2	28.7	100.0
1910/14	20.0	19.5	34.9	0.3	0.2	25.0	100.0
1915/19	21.6	16.5	35.4	0.6	0.1	25.8	100.0
1920/24	20.5	14.5	37.3	0.3	0.5	26.8	100.0
1925/29	26.7	9.7	32.4	0.5	0.6	30.1	100.0
1930/34	29.0	8.6	34.2	0.5	0.5	27.2	100.0
1935/39	29.3	9.7	30.9	0.7	0.4	29.0	100.0
1940/44	32.8	7.9	25.1	4.9	0.7	28.6	100.0
1945/49	27.8	8.2	19.6	6.2	2.1	36.1	100.0
1950/54	18.5	2.0	24.8	4.0	1.4	49.3	100.0
1955/59	22.3	1.4	22.0	2.2	1.3	50.8	100.0
1960/64	18.8	7.0	21.1	5.6	1.0	46.5	100.0
1965/69	24.9	5.7	20.5	7.9	0.0	41.0	100.0
1970/74	26.8	2.8	17.5	9.4	0.1	43.4	100.0
1975/79	22.1	2.7	12.5	10.4	0.6	51.7	100.0
1980/84	7.6	0.4	12.6	12.2	1.3	66.0	100.0
1985/89	6.8	1.5	11.7	11.9	0.2	67.9	100.0
1990/94	5.9	0.2	12.1	12.1	2.1	67.5	100.0
1995/99	7.1	1.0	15.7	17.6	0.7	57.8	100.0
2000/02	8.6	0.0	14.7	12.3	0.0	64.4	100.0

Proporción en muertes 0 a 4 años

Período	I y P	DyE	RESP	VCC	PE	Resto	Total
1890/94	15.0	6.4	25.3	0.7	6.1	46.7	100.0
1895/99	13.5	10.1	27.6	0.4	6.2	42.2	100.0
1900/04	15.5	24.1	24.9	0.6	6.3	28.6	100.0
1905/09	12.5	26.8	28.3	0.7	7.1	24.6	100.0
1910/14	13.0	33.3	26.9	0.8	8.3	17.7	100.0
1915/19	14.2	28.6	27.6	0.9	8.7	20.1	100.0
1920/24	13.0	26.4	29.9	0.7	9.2	20.8	100.0
1925/29	15.5	23.0	29.3	2.2	8.3	21.6	100.0
1930/34	16.1	18.4	29.0	2.7	13.1	20.5	100.0
1935/39	14.7	18.4	27.4	2.9	19.2	17.3	100.0
1940/44	12.3	17.4	25.1	6.5	27.1	11.6	100.0
1945/49	8.7	12.7	19.9	8.8	34.2	15.7	100.0
1950/54	6.8	3.6	23.4	5.8	33.3	27.1	100.0
1955/59	7.2	2.8	19.2	6.5	38.0	26.3	100.0
1960/64	7.3	8.3	20.3	9.8	43.2	11.2	100.0
1965/69	11.8	6.0	13.5	10.9	46.3	11.4	100.0
1970/74	15.3	4.4	16.9	10.8	39.3	13.4	100.0
1975/79	12.0	3.0	12.7	13.6	43.3	15.4	100.0
1980/84	3.0	0.8	9.8	19.0	51.3	16.1	100.0
1985/89	3.7	1.3	6.4	20.0	50.3	18.4	100.0
1990/94	2.8	0.5	5.6	20.5	49.5	21.2	100.0
1995/99	3.1	0.3	10.0	23.7	41.4	21.5	100.0
2000/02	2.5	0.2	12.8	26.4	42.3	15.8	100.0

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 5.1

Tasas de actividad por sexo. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.

Período	Total	Varón	Mujer
1990	45.6	58.0	35.3
1991	45.6	58.2	35.1
1992	46.7	59.0	36.3
1993	47.7	58.2	38.8
1994	46.4	57.8	37.0
1995	48.2	58.4	39.6
1996	48.9	58.9	39.7
1997	49.6	59.0	41.7
1998	49.8	59.3	41.8
1999	50.7	60.2	43.2
2000	51.0	60.7	43.1
2001	50.2	58.9	43.1
2002	52.0	60.5	44.7

Fuente: elaboración sobre la base de CBA (2003 a y b).

Cuadro 5.2
Tasas de empleo por sexo. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.

Período	Total	Varón	Mujer
1990	43,6	55,6	33,7
1991	43,6	56,3	33,3
1992	44,5	56,7	34,1
1993	44,2	55,0	34,9
1994	42,3	53,0	33,6
1995	41,8	52,2	32,9
1996	42,7	54,1	33,1
1997	44,0	54,0	35,8
1998	45,5	55,5	37,2
1999	45,5	54,6	38,3
2000	45,7	55,0	38,2
2001	43,0	50,3	37,1
2002	45,0	53,3	37,8

Fuente: elaboración sobre la base de CBA (2003 a y b).

Cuadro 5.3
Tasas de subocupación horaria, ocupados demandantes y desocupación.
Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.

Período	Subocupa- ción horaria	Ocupados demandantes	Desocupa- ción
1990	7,8	13,2	4,3
1991	6,0	8,8	4,4
1992	7,3	12,8	4,8
1993	7,5	12,8	7,5
1994	8,6	16,3	8,7
1995	8,9	17,0	13,3
1996	9,1	18,6	12,8
1997	9,0	17,7	11,1
1998	9,8	19,5	8,6
1999	11,6	18,9	10,3
2000	11,0	19,6	10,4
2001	11,8	21,1	14,3
2002	14,2	21,6	13,5

Fuente: elaboración sobre la base de CBA (2003 a y b).

Cuadro 5.4
Participación de los jefes de hogar en el total de desocupados.
Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.

Período	Proporción
1990	33,4
1991	25,0
1992	30,0
1993	23,9
1994	44,4
1995	30,4
1996	29,0
1997	36,4
1998	39,8
1999	38,0
2000	39,1
2001	36,6
2002	39,8

Fuente: elaboración sobre la base de CBA (2003 a y b).

Cuadro 5.5
Evolución del ingreso medio total individual de la población según quintil de población.
Valores constantes de octubre de 2002. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.

Período	Total	Quintiles					Brecha de ingresos
		1	2	3	4	5	
1990	904	232	396	606	967	2502	10,8
1991	1025	252	412	657	1102	2721	10,8
1992	1187	236	465	762	1326	3252	13,8
1993	1230	238	518	832	1373	3309	13,9
1994	1280	245	501	839	1378	3455	14,1
1995	1237	243	489	799	1295	3379	13,9
1996	1248	249	511	815	1308	3379	13,6
1997	1251	243	551	862	1303	3263	13,5
1998	1354	277	572	899	1462	3702	13,4
1999	1272	251	507	820	1365	3387	13,5
2000	1303	253	512	828	1410	3497	13,8
2001	1259	255	520	821	1345	3325	13,0
2002	904	180	367	586	957	2429	13,5

Fuente: elaboración sobre la base de CBA (2003 a y b).

Cuadro 5.6

Evolución del ingreso medio per cápita familiar de la población según quintil de población.
Valores constantes de octubre de 2002. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.

Período	Total	Quintiles					Brecha de ingresos
		1	2	3	4	5	
1990	555	154	272	384	579	1379	9,0
1991	634	167	298	453	730	1539	9,2
1992	742	204	372	560	839	1747	8,6
1993	766	202	377	572	857	1816	9,0
1994	780	199	357	568	874	1946	9,8
1995	755	170	322	512	830	1922	11,3
1996	760	188	357	532	823	1910	10,2
1997	788	192	370	583	872	1923	10,0
1998	865	202	388	610	943	2165	10,7
1999	804	185	368	576	916	1979	10,7
2000	804	162	350	580	909	2011	12,4
2001	761	157	338	542	862	1916	12,2
2002	558	120	241	392	628	1415	11,8

Fuente: elaboración sobre la base de CBA (2003 a y b).

Cuadro 5.7

Evolución del ingreso medio per cápita familiar de la población según quintil de población.
Número Índice según quintil, 1990=100. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.

Período	Total	Quintiles				
		1	2	3	4	5
1990	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1991	114,2	108,4	109,6	118,0	126,1	111,6
1992	133,7	132,5	136,8	145,8	144,9	126,7
1993	138,0	131,2	138,6	149,0	148,0	131,7
1994	140,5	129,2	131,3	147,9	150,9	141,1
1995	136,0	110,4	118,4	133,3	143,4	139,4
1996	136,9	122,1	131,3	138,5	142,1	138,5
1997	142,0	124,7	136,0	151,8	150,6	139,4
1998	155,9	131,2	142,6	158,9	162,9	157,0
1999	144,9	120,1	135,3	150,0	158,2	143,5
2000	144,9	105,2	128,7	151,0	157,0	145,8
2001	137,1	101,9	124,3	141,1	148,9	138,9
2002	100,5	77,9	88,6	102,1	108,5	102,6

Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 5.6.

Cuadro 5.8

Evolución del ingreso medio per cápita familiar de la población según quintil de población.
Concentración del ingreso. Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.

Período	Quintiles				
	1	2	3	4	5
1990	5,6	9,8	13,9	20,9	49,8
1991	5,2	9,4	14,2	22,9	48,3
1992	5,5	10,0	15,0	22,5	46,9
1993	5,3	9,9	15,0	22,4	47,5
1994	5,0	9,1	14,4	22,2	49,3
1995	4,5	8,6	13,6	22,1	51,2
1996	4,9	9,4	14,0	21,6	50,1
1997	4,9	9,4	14,8	22,1	48,8
1998	4,7	9,0	14,2	21,9	50,3
1999	4,6	9,1	14,3	22,8	49,2
2000	4,0	8,7	14,5	22,7	50,1
2001	4,1	8,9	14,2	22,6	50,2
2002	4,3	8,6	14,0	22,5	50,6

Fuente: elaboración sobre la base del Cuadro 5.6.

Cuadro 5.9

Producto Bruto Geográfico a precios de productor (en millones de pesos).
Precios constantes de 1993. Número Índice 1993=100.
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.

Año	PBG	Índice
1993	52465	100,0
1994	55446	105,7
1995	54270	103,4
1996	58135	110,8
1997	61488	117,2
1998	65536	124,9
1999	66108	126,0
2000	65893	125,6
2001	61516	117,3
2002	52745	100,5

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (2004).

Cuadro 5.10
Proporción de hogares y personas por debajo de la línea de pobreza y de indigencia.
Ciudad de Buenos Aires, Octubre 1990-Octubre 2002.

Período	Hogares		Personas	
	Pobreza	Indigencia	Pobreza	Indigencia
1990	8,9	1,9	13,1	2,1
1991	6,8	0,9	8,1	0,8
1992	4,9	1,2	5,6	0,9
1993	5,2	1,6	6,2	1,8
1994	5,4	1,6	6,7	1,5
1995	5,8	1,3	8,0	1,6
1996	5,8	1,5	7,5	1,3
1997	5,3	1,4	7,5	1,9
1998	4,4	0,8	5,9	1,1
1999	5,5	1,3	8,3	1,4
2000	6,1	1,4	9,5	1,8
2001	6,3	1,6	9,8	2,1
2002	14,6	3,7	21,2	5,7

Fuente: elaboración sobre la base de CBA (2003 c).

Cuadro 5.11
Población en hogares particulares por condición de NBI y tipo de cobertura en salud.
Población total y primera infancia. Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.

Condición NBI	1991		2001	
	Absoluto	%	Absoluto	%
NO NBI				
Población total (1)	2619669	100,0	2512999	100,0
Tiene sólo obra social (2)	1378415	52,6	1188092	47,3
Tiene sólo plan médico o mutual	343512	13,1	510984	20,3
Tiene obra social y plan médico o mutual	455380	17,4	238127	9,5
No tiene obra social ni plan médico o mutual	442362	16,9	575796	22,9
Población de 0 a 4 años (1)	147412	100,0	131515	100,0
Tiene sólo obra social (2)	69808	47,4	57715	43,9
Tiene sólo plan médico o mutual	23083	15,7	28398	21,6
Tiene obra social y plan médico o mutual	27492	18,6	12193	9,3
No tiene obra social ni plan médico o mutual	27029	18,3	33209	25,2
NBI				
Población total (1)	228452	100,0	212489	100,0
Tiene sólo obra social (2)	99737	43,7	65558	30,8
Tiene sólo plan médico o mutual	6365	2,8	5886	2,8
Tiene obra social y plan médico o mutual	17227	7,5	3538	1,7
No tiene obra social ni plan médico o mutual	105123	46,0	137507	64,7
Población de 0 a 4 años (1)	26824	100,0	24319	100,0
Tiene sólo obra social (2)	9993	37,2	6034	24,8
Tiene sólo plan médico o mutual	607	2,3	402	1,7
Tiene obra social y plan médico o mutual	1299	4,8	220	0,9
No tiene obra social ni plan médico o mutual	14925	55,7	17663	72,6

(1) Para 1991 se descontaron los ignorados de tipo de cobertura.

(2) Para 1991 se sumó los que tenían obra social e ignoraban plan médico o mutual.

Fuente: elaboración sobre la base de censos de población.

Cuadro 6.1

Indicadores de desigualdad social según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 1991.

CE	% total población NBI	% población NBI por hacinamiento	% población NBI por vivienda	% población NBI por condiciones sanitarias	% población NBI por asistencia escolar	% niños 0-4 NBI	% niños 0-4 NBI en total NBI	% que asisten a estab. privado	% jóvenes de 15 a 19 no escolarizados	% jóvenes de 20 a 24 no escolarizados
Total	7,6	3,8	4,2	1,2	0,5	15,0	12,4	41,3	24,5	56,5
1	4,5	2,2	1,7	1,0	0,5	7,7	10,4	39,3	24,6	61,8
2	20,0	10,0	13,7	2,7	1,0	35,2	15,6	25,4	39,0	74,1
3	13,5	5,7	9,8	1,2	0,7	21,5	11,2	35,0	29,5	64,6
4	31,8	8,9	28,2	3,0	1,1	47,7	11,7	29,5	36,4	70,2
5	4,3	1,9	1,9	1,1	0,3	7,7	10,8	47,6	19,3	53,9
6	4,9	2,5	2,0	0,8	0,4	8,3	10,1	40,8	18,8	51,5
7	5,6	3,1	2,3	0,9	0,5	9,6	10,4	39,8	20,7	50,7
8	11,0	5,2	7,2	1,2	0,5	20,5	12,5	33,5	27,8	64,2
9	11,1	5,5	6,6	2,0	0,6	19,2	12,0	34,4	28,3	60,6
10	10,9	5,5	7,4	0,6	0,9	19,5	11,4	33,4	27,9	59,7
11	7,0	3,9	2,9	1,2	0,4	12,9	10,3	39,0	23,5	49,1
12	14,6	6,6	10,7	0,6	0,9	24,9	11,4	29,9	31,4	65,8
13	16,6	7,7	12,1	0,8	0,7	28,2	11,6	31,1	35,9	66,6
14	12,3	6,0	6,4	2,2	0,4	21,3	9,7	36,2	32,3	57,0
15	5,5	2,9	2,3	0,6	0,4	9,0	10,4	37,2	23,8	58,4
16	3,4	1,9	1,0	0,6	0,3	5,2	9,4	48,1	16,9	47,2
17	4,8	2,6	2,0	0,9	0,3	8,2	10,3	52,1	19,5	48,4
18	5,6	3,1	2,1	1,2	0,4	9,6	10,3	46,9	20,2	49,3
19	4,8	2,8	1,6	0,9	0,3	9,1	10,2	52,7	17,0	39,4
20	9,5	4,7	6,8	4,1	0,5	26,9	14,9	61,0	19,7	45,9
21	3,4	2,1	0,9	0,4	0,4	6,3	10,6	41,0	27,8	64,9
22	20,0	10,9	13,1	2,5	1,3	39,0	17,2	25,6	41,7	76,2
23	11,2	6,3	6,6	1,4	0,9	23,3	15,1	31,1	34,3	70,3
24	3,3	1,7	0,7	0,8	0,3	6,3	11,0	38,7	23,8	61,6
25	2,7	1,4	0,4	0,7	0,3	4,4	9,4	43,4	19,4	53,3

26	3,6	2,0	1,1	0,6	0,4	6,8	12,0	36,4	22,8	58,4
27	3,2	1,5	0,7	1,0	0,4	5,2	9,2	42,5	22,0	58,6
28	4,4	2,6	1,2	0,9	0,4	7,4	10,4	46,5	19,4	52,0
Valor máximo	31,8	10,9	28,2	4,1	1,3	47,7	17,2	61,0	41,7	76,2
Valor mínimo	2,7	1,4	0,4	0,4	0,3	4,4	9,2	25,4	16,9	39,4
Riesgo relativo	11,8	7,8	70,5	10,3	4,3	11,0	1,9	2,4	2,5	1,9

Fuente: elaboración sobre la base de censos de población.

Cuadro 6.2

Indicadores de desigualdad social según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 2001.

CE	% total población NBI	% población NBI por hacinamiento	% población NBI por vivienda	% población NBI por condiciones sanitarias	% población NBI por asistencia escolar	% población NBI por capacidad de subsistencia	% niños 0-4 NBI	% niños 0-4 NBI en total NBI
Total	7,8	3,2	4,8	0,3	0,4	1,3	15,6	11,4
1	5,5	2,0	3,1	0,0	0,5	1,1	10,1	10,8
2	19,2	6,9	13,0	1,2	1,1	2,9	32,7	13,4
3	16,1	7,2	13,2	0,6	0,6	1,4	30,0	12,0
4	24,2	9,7	20,1	0,9	0,6	1,8	39,0	12,0
5	4,9	1,7	3,4	0,2	0,1	0,7	9,3	10,0
6	4,6	1,8	2,7	0,1	0,2	0,8	8,2	9,1
7	4,6	1,8	2,8	0,1	0,2	0,7	8,0	8,5
8	12,4	4,8	9,5	0,1	0,3	1,2	21,5	10,3
9	13,7	5,7	10,4	0,3	0,4	1,1	22,7	9,8
10	13,2	4,8	9,9	0,3	0,3	1,2	23,0	9,0
11	9,8	4,1	6,6	0,2	0,4	1,0	16,9	9,0
12	19,3	7,5	16,3	0,6	0,7	1,6	35,0	10,9
13	24,6	9,0	21,6	0,6	0,4	1,6	41,2	9,4
14	14,7	5,0	11,5	0,3	0,4	0,9	23,5	7,3
15	5,0	2,0	2,4	0,3	0,2	0,9	9,7	10,9
16	2,4	0,9	0,9	0,1	0,2	0,6	2,9	6,5
17	3,7	1,5	2,1	0,0	0,1	0,6	5,8	8,3

18	4,4	1,8	2,6	0,2	0,2	0,7	8,3	9,3
19	2,6	1,2	1,1	0,1	0,1	0,4	4,9	7,7
20	10,7	4,9	6,0	0,7	0,6	1,8	29,2	14,8
21	3,4	1,2	1,0	0,1	0,3	1,3	6,0	9,2
22	17,3	7,9	7,5	1,0	1,1	3,8	29,8	15,2
23	16,1	7,3	8,2	0,8	1,0	3,5	30,2	15,2
24	2,8	0,9	0,7	0,1	0,2	1,1	4,8	8,9
25	1,8	0,6	0,3	0,1	0,2	0,8	2,8	7,6
26	4,2	1,7	1,9	0,1	0,3	1,0	7,9	10,5
27	2,5	0,8	0,8	0,1	0,2	0,9	3,5	7,1
28	2,9	1,2	1,3	0,1	0,2	0,7	4,6	8,5
Valor máximo	24,6	9,7	21,6	1,2	1,1	3,8	41,2	15,2
Valor mínimo	1,8	0,6	0,3	0,0	0,1	0,4	2,8	6,5
Riesgo relativo	13,7	15,4	71,3	35,0	11,6	8,7	14,8	2,3

Cuadro 6.2 (Continuación)

CE	% que asisten a estab. privado	% jóvenes de 15 a 19 no escolarizados	% jóvenes de 20 a 24 no escolarizados	Tasa de empleo del jefe del hogar	Tasa de desocupación del jefe del hogar	% no cobertura de salud en la pob. Total	% no cobertura de salud en los niños 0-4	% hogares con mala calidad de materiales
Total	41,4	16,3	48,0	60,9	12,5	26,2	32,6	7,7
1	40,5	16,1	53,1	57,6	14,5	29,4	35,4	5,3
2	24,0	29,0	68,6	59,3	17,3	42,9	55,0	24,6
3	35,1	19,7	56,7	60,2	14,1	31,5	40,9	8,4
4	29,0	25,7	66,9	59,2	15,8	38,6	48,1	18,4
5	48,4	11,5	44,4	60,9	11,5	20,8	23,5	3,4
6	44,8	12,7	43,0	62,0	10,3	18,3	19,5	3,7
7	42,1	11,6	41,2	63,3	10,3	19,0	19,0	4,0
8	35,1	18,3	55,7	61,6	12,7	28,4	34,8	6,2
9	35,7	20,5	53,2	63,1	12,7	29,7	32,9	5,7
10	35,0	19,0	53,4	60,7	12,3	27,4	31,0	5,0
11	39,0	15,2	42,2	62,1	11,7	27,6	32,6	3,9
12	33,3	21,6	55,4	58,8	14,1	32,8	41,4	7,3

13	34,0	25,3	58,3	62,5	13,1	33,0	42,2	7,3
14	40,1	19,3	46,2	65,3	10,4	26,5	30,1	5,4
15	39,0	15,5	48,8	61,8	12,8	25,9	27,3	5,7
16	52,7	9,0	37,0	64,3	9,2	14,1	11,6	3,1
17	53,1	9,9	36,8	65,0	9,3	15,6	14,6	3,4
18	46,6	11,4	35,4	65,6	9,2	17,4	16,4	3,8
19	51,2	7,9	25,1	62,6	8,8	12,5	10,3	3,3
20	53,3	14,8	41,1	62,3	9,2	23,2	41,0	14,2
21	42,8	17,1	55,6	54,0	16,3	30,4	34,0	7,6
22	24,4	30,4	74,0	54,9	22,4	51,3	64,0	33,6
23	28,4	26,0	68,9	56,3	19,4	46,8	61,0	24,1
24	40,0	15,1	49,3	56,7	14,3	28,2	28,5	6,2
25	46,2	10,8	42,2	58,3	12,7	21,2	20,5	4,6
26	37,0	15,3	50,0	59,2	13,7	25,8	27,9	4,7
27	44,7	12,5	44,8	58,7	12,6	22,7	20,7	5,0
28	47,4	11,1	42,4	61,9	11,3	20,6	20,1	4,5
Valor máximo	53,3	30,4	74,0	65,6	22,4	51,3	64,0	33,6
Valor mínimo	24,0	7,9	25,1	54,0	8,8	12,5	10,3	3,1
Riesgo relativo	2,2	3,8	2,9	1,2	2,6	4,1	6,2	10,8

Fuente: elaboración sobre la base de censos de población.

Cuadro 6.3
Conglomerado de pertenencia según Circunscripción Electoral.
Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.

CE	1991	2001	2001=1991
1	1	3	3
2	3	2	2
3	2	3	2
4	3	2	2
5	1	1	1
6	1	1	1
7	1	1	1
8	2	3	3
9	2	3	3
10	2	3	3
11	1	3	3
12	2	3	2
13	2	3	2
14	2	3	3
15	1	3	3
16	1	1	1
17	1	1	1
18	1	1	1
19	1	1	1
20	1	3	3
21	1	3	3
22	3	2	2
23	2	2	2
24	1	3	1
25	1	1	1
26	1	3	3
27	1	1	1
28	1	1	1

Fuente: elaboración sobre la base de la aplicación del método de los conglomerados de k medias.

Cuadro 6.4 - Variaciones relativas porcentuales entre los indicadores seleccionados. Ciudad de Buenos Aires, 1991 y 2001.

CE	% total población NBI	% población NBI por hacinamiento	% población NBI por vivienda	% población NBI por condiciones sanitarias	% población NBI por asistencia escolar	% niños 0-4 NBI	% niños 0-4 NBI en total NBI	% que asisten a estab. privado	% jóvenes de 15 a 19 no escolarizados	% jóvenes de 20 a 24 no escolarizados
Total	2,6	-15,8	14,3	-75,0	-20,0	4,0	-8,1	0,2	-33,5	-15,0
1	22,2	-9,9	81,7	-96,7	-0,5	30,2	3,8	3,0	-34,7	-14,1
2	-4,0	-31,3	-4,9	-56,6	6,4	-7,0	-14,1	-5,3	-25,7	-7,5
3	19,3	26,0	35,0	-51,8	-8,0	39,4	7,0	0,2	-33,2	-12,3
4	-23,9	8,4	-28,8	-70,0	-48,8	-18,2	2,6	-1,8	-29,4	-4,7
5	14,0	-9,5	78,4	-84,5	-63,9	21,5	-7,0	1,7	-40,5	-17,5
6	-6,1	-26,5	33,1	-82,8	-62,0	-1,4	-9,8	9,7	-32,5	-16,6
7	-17,9	-42,6	22,9	-87,8	-62,5	-16,8	-17,9	5,9	-44,2	-18,8
8	12,7	-7,9	31,8	-88,6	-47,2	5,2	-17,6	4,7	-34,2	-13,3
9	23,4	3,7	57,7	-84,6	-37,2	18,2	-18,0	3,8	-27,7	-12,2
10	21,1	-12,1	34,3	-54,0	-64,8	17,9	-21,0	4,7	-31,8	-10,5
11	40,0	4,9	128,6	-84,6	-6,6	30,8	-12,3	0,0	-35,5	-14,1
12	32,2	13,0	52,3	-8,2	-20,0	40,5	-4,8	11,2	-31,1	-15,8
13	48,2	16,9	78,4	-26,7	-39,0	45,8	-18,8	9,4	-29,4	-12,5
14	19,5	-16,1	80,3	-85,6	12,5	10,5	-25,3	10,8	-40,2	-19,0
15	-9,1	-32,2	6,3	-54,1	-45,4	7,6	5,3	4,9	-34,8	-16,4
16	-29,4	-55,3	-7,8	-90,2	-46,3	-44,4	-30,9	9,6	-46,5	-21,5
17	-22,9	-42,5	5,4	-94,5	-69,5	-29,0	-19,4	1,9	-49,0	-23,9
18	-21,4	-41,0	23,8	-85,0	-49,7	-13,2	-10,0	-0,7	-43,8	-28,2
19	-45,8	-58,0	-33,1	-84,4	-64,3	-46,2	-24,4	-2,9	-53,3	-36,3
20	12,6	3,9	-11,7	-84,0	13,9	8,7	-0,6	-12,5	-25,1	-10,4
21	0,0	-41,7	15,6	-75,5	-27,9	-5,0	-13,9	4,5	-38,6	-14,3
22	-13,5	-27,1	-42,8	-58,8	-19,2	-23,6	-11,6	-4,9	-27,0	-2,9
23	43,8	15,9	24,2	-42,7	13,7	30,0	0,6	-8,5	-24,2	-2,0
24	-15,2	-44,9	-0,1	-83,8	-25,1	-23,9	-19,6	3,4	-36,4	-20,0
25	-33,3	-55,4	-24,3	-92,5	-29,0	-36,2	-19,8	6,6	-44,5	-20,8
26	16,7	-14,6	76,2	-79,2	-31,2	16,7	-12,2	1,7	-32,8	-14,4
27	-21,9	-48,7	19,7	-93,6	-54,1	-32,1	-22,9	5,2	-43,3	-23,5
28	-34,1	-55,0	9,4	-91,1	-60,9	-36,9	-18,6	1,9	-42,8	-18,4

Fuente: elaboración sobre la base de censos de población.

Cuadro 7.1
Egresos hospitalarios de menores de 5 años según capítulo de diagnóstico y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 1995.

Capítulo de diagnóstico	Neonatal precoz	Neonatal tardía	Postneo-natal	Ignorado	Total menores de 1 año	1	2	3	4	Total	% en el total
Cap. 1	3	1	36	19	59	35	11	9	7	121	8,0
Cap. 2	0	0	1	1	2	7	2	1	2	14	0,9
Cap. 3	0	1	14	4	19	6	10	5	5	45	3,0
Cap. 4	0	0	5	0	5	4	0	2	0	11	0,7
Cap. 6	0	1	12	0	13	11	11	8	1	44	2,9
Cap. 7	0	0	2	0	2	0	1	1	1	5	0,3
Cap. 8	2	6	110	24	142	43	20	18	8	231	15,2
Cap. 9	0	0	8	1	9	5	6	7	5	32	2,1
Cap. 10	0	1	10	2	13	1	3	1	1	19	1,2
Cap. 12	0	1	6	2	9	7	3	2	3	24	1,6
Cap. 13	0	0	1	0	1	1	4	0	0	6	0,4
Cap. 14	11	4	16	22	53	5	6	3	4	71	4,7
Cap. 15	174	18	2	493	687	0	0	0	0	687	45,2
Cap. 16	1	0	30	3	34	6	7	5	3	55	3,6
Cap. 17	0	1	14	9	24	39	30	30	18	141	9,3
Otros factores	2	0	4	5	11	2	2	0	0	15	1,0
Total	193	34	271	585	1083	172	116	92	58	1521	100,0

Referencias:

- Cap.1 Enf. infecciosas y parasitarias.
- Cap.2 Tumores
- Cap. 3 Enf. glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad.
- Cap. 4 Enf. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.
- Cap. 6 Enf. del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.
- Cap. 7 Enf. del aparato circulatorio.
- Cap. 8 Enf. del aparato respiratorio.
- Cap. 9 Enf. del aparato digestivo.
- Cap. 10 Enf. del aparato genitourinario.
- Cap. 12 Enf. de la piel y del tejido celular subcutáneo.
- Cap. 13 Enf. del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.

Cap. 14 Anomalías congénitas.
 Cap. 15 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.
 Cap. 16 Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.
 Cap. 17 Traumatismos y envenenamientos.
 Otros factores Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud.
 Fuente: elaboración sobre la base de egresos hospitalarios.

Cuadro 7.2
 Egresos hospitalarios de menores de 5 años según capítulo de diagnóstico y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 2000.

Capítulo de diagnóstico	Neonatal precoz	Neonatal tardía	Postneo-natal	Ignorado	Total menores de 1 año	1	2	3	4	Total	% en el total
Cap. 1	106	11	306	1	424	213	88	54	33	812	8,3
Cap. 2	5	0	18	0	23	7	12	17	19	78	0,8
Cap. 3	2	0	27	0	29	22	21	14	19	105	1,1
Cap. 4	0	1	45	0	46	44	16	7	7	120	1,2
Cap. 5	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0,0
Cap. 6	4	8	30	1	43	13	9	7	8	80	0,8
Cap. 7	0	3	9	0	12	26	11	12	8	69	0,7
Cap. 8	0	3	33	0	36	15	6	4	3	64	0,7
Cap. 9	3	1	15	0	19	5	3	4	1	32	0,3
Cap. 10	14	66	1255	0	1335	401	200	141	111	2188	22,3
Cap. 11	5	5	83	1	94	49	40	64	52	299	3,0
Cap. 12	2	5	42	0	49	22	23	26	15	135	1,4
Cap. 13	1	3	10	0	14	9	16	9	7	55	0,6
Cap. 14	2	4	119	0	125	22	22	22	18	209	2,1
Cap. 16	3085	257	46	5	3393	0	0	0	0	3393	34,6
Cap. 17	157	21	114	1	293	47	46	30	29	445	4,5
Cap. 18	4	9	304	0	317	83	58	53	36	547	5,6
Cap. 19	11	9	205	2	227	220	140	109	118	814	8,3
Cap. 21	269	18	25	0	312	7	16	15	15	365	3,7
Total	3670	424	2686	11	6791	1208	727	588	499	9813	100,0

Referencias:

Cap. 1 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.
 Cap. 2 Tumores.

- Cap. 3 Enf. de la sangre y de org. hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad.
- Cap. 4 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
- Cap. 5 Trastornos mentales y del comportamiento.
- Cap. 6 Enfermedades del sistema nervioso.
- Cap. 7 Enfermedades del ojo y sus anexos.
- Cap. 8 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.
- Cap. 9 Enfermedades del sistema circulatorio.
- Cap. 10 Enfermedades del aparato respiratorio.
- Cap. 11 Enfermedades del aparato digestivo.
- Cap. 12 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.
- Cap. 13 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.
- Cap. 14 Enfermedades del sistema genitourinario.
- Cap. 16 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.
- Cap. 17 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
- Cap. 18 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.
- Cap. 19 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas.
- Cap. 21 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

Fuente: elaboración sobre la base de egresos hospitalarios.

Cuadro 7.3
Egresos hospitalarios de mujeres en edades reproductivas según capítulo de diagnóstico y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 1995.

Cap. Diagnóstico	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total	% en total
Cap.1	9	19	23	12	13	11	14	101	1,5
Cap.2	9	12	25	40	69	105	107	367	5,5
Cap.3	5	46	86	57	23	15	15	247	3,7
Cap.4	2		2	3		1		8	0,1
Cap.5	20	42	74	93	89	100	97	515	7,7
Cap.6	7	10	14	16	13	17	17	94	1,4
Cap.7	5	5	7	3	10	19	18	67	1,0
Cap.8	12	9	11	13	12	14	22	93	1,4
Cap.9	26	35	49	29	47	52	72	310	4,6
Cap.10	16	28	47	45	26	37	42	241	3,6
Cap.11	622	1417	1085	685	394	131	12	4346	64,6
Cap.12	8	6	9	2	4	10	7	46	0,7

Cap.13	3	5	5	5	1	6	8	33	0,5
Cap.14	6	3	2		1	3	2	17	0,3
Cap.16	11	8	7	8	11	5	8	58	0,9
Cap.17	22	15	22	14	19	22	9	123	1,8
Clas.suplementaria	7	21	10	14	2	5	3	62	0,9
Total	790	1681	1478	1039	734	553	453	6728	100,0

Referencias:

Cap. 1	Enf. infecciosas y parasitarias.
Cap. 2	Tumores
Cap. 3	Enf. glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad.
Cap. 4	Enf. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.
Cap. 5	Trastornos mentales.
Cap. 6	Enf. del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.
Cap. 7	Enf. del aparato circulatorio.
Cap. 8	Enf. del aparato respiratorio.
Cap. 9	Enf. del aparato digestivo.
Cap. 10	Enf. del aparato genitourinario.
Cap. 11	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
Cap. 12	Enf. de la piel y del tejido celular subcutáneo.
Cap. 13	Enf. del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.
Cap. 14	Anomalías congénitas.
Cap. 15	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.
Cap. 16	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.
Cap. 17	Traumatismos y envenenamientos.
Otros factores	Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud.

Fuente: elaboración sobre la base de egresos hospitalarios.

Cuadro 7.4
Egresos hospitalarios de mujeres en edades reproductivas según capítulo de diagnóstico y grupo de edad.
Ciudad de Buenos Aires, 2000.

Cap.diagnóstico	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total	% en total
Cap.1	28	90	144	111	77	60	36	546	1,9
Cap.2	41	93	106	146	203	316	414	1319	4,5
Cap.3	3	8	10	13	10	9	7	60	0,2
Cap.4	25	19	29	41	48	48	44	254	0,9
Cap.5	69	73	89	116	121	123	124	715	2,4
Cap.6	11	21	15	13	11	17	14	102	0,3
Cap.7	14	22	12	12	12	17	31	120	0,4
Cap.8	3	8	11	3	5	3	5	38	0,1
Cap.9	9	17	22	37	56	85	123	349	1,2
Cap.10	50	71	60	61	43	43	78	406	1,4
Cap.11	153	296	317	277	314	305	370	2032	6,9
Cap. 12	11	21	21	12	16	12	22	115	0,4
Cap.13	31	32	23	31	43	36	63	259	0,9
Cap.14	76	161	159	173	198	172	240	1179	4,0
Cap.15	2553	5840	5606	3489	1880	680	50	20098	68,7
Cap.17	17	14	10	5	6	7	8	67	0,2
Cap.18	26	44	44	42	33	31	49	269	0,9
Cap.19	107	136	138	102	88	72	92	735	2,5
Cap.21	78	154	136	110	59	37	36	610	2,1
Total	3305	7120	6952	4794	3223	2073	1806	29273	100,0

Referencias:

- Cap. 1 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Cap. 2 Tumores.
- Cap. 3 Enf. de la sangre y de org. hematopoyéticos y ciertos trast. que afectan al mecanismo de la inmunidad.
- Cap. 4 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
- Cap. 5 Trastornos mentales y del comportamiento.
- Cap. 6 Enfermedades del sistema nervioso.
- Cap. 7 Enfermedades del ojo y sus anexos.
- Cap. 8 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.
- Cap. 9 Enfermedades del sistema circulatorio.
- Cap. 10 Enfermedades del aparato respiratorio.
- Cap. 11 Enfermedades del aparato digestivo.
- Cap. 12 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.
- Cap. 13 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.
- Cap. 14 Enfermedades del sistema genitourinario.
- Cap. 15 Embarazo, parto y puerperio.
- Cap. 16 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.
- Cap. 17 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
- Cap. 18 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.
- Cap. 19 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas.
- Cap. 21 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

Fuente: elaboración sobre la base de egresos hospitalarios.

Cuadro 7.5 Indicadores de riesgos al nacimiento según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.

Circunscripción Electoral	Tasa bruta de natalidad	% madres baja instruc.	% madres solas	% madres adolescentes	% nacimientos pretérmino	% nacimientos bajo peso	% nacimientos múltiparas	% nacimientos aten. médico
Total	13,2	2,5	6,9	6,4	5,6	6,7	4,3	41,1
1	12,5	1,6	5,2	5,7	5,2	6,0	4,3	40,5
2	22,8	4,5	7,8	8,6	6,1	7,3	6,6	25,0
3	12,8	4,2	8,6	8,3	5,8	7,1	5,6	31,1
4	15,6	6,7	9,4	12,9	6,8	6,2	7,0	25,0
5	12,1	1,4	6,1	4,6	5,2	6,9	2,8	46,5
6	12,1	1,3	4,9	4,9	5,6	6,4	2,4	44,5
7	12,8	1,5	5,4	4,1	5,5	7,0	2,8	44,9
8	14,8	2,3	7,9	7,3	4,9	5,7	3,8	27,4
9	16,5	2,5	8,3	6,9	6,2	6,7	4,0	34,6
10	15,2	2,8	9,0	7,5	6,1	7,4	2,8	32,1
11	15,4	2,3	7,2	6,5	5,2	7,2	5,3	42,4
12	16,3	4,3	10,8	9,2	5,1	7,1	5,6	27,1
13	18,3	3,6	10,1	10,6	5,3	6,8	4,4	28,6
14	17,6	2,1	9,4	7,9	5,7	8,5	3,7	35,2
15	13,0	1,7	5,9	4,5	4,7	6,0	3,8	43,2
16	11,9	1,6	5,2	4,1	4,5	5,8	2,4	56,7
17	12,7	1,4	5,0	3,9	4,7	6,2	2,8	54,2
18	12,3	1,4	5,5	4,2	6,2	7,0	2,8	52,0
19	11,8	1,1	5,1	3,2	5,4	6,1	3,4	62,0
20	12,5	4,6	6,8	6,9	6,1	7,2	8,0	56,0
21	12,5	1,5	7,1	5,9	4,9	7,0	3,5	35,2
22	15,1	4,4	10,9	11,3	5,1	6,4	8,1	22,5
23	15,8	3,6	8,2	9,5	6,3	6,7	7,3	26,5
24	10,7	1,3	3,5	3,6	5,0	5,1	3,3	43,8
25	10,4	1,3	3,3	3,1	5,5	6,0	2,7	49,4
26	12,4	1,6	4,7	4,9	4,3	5,9	3,1	42,6
27	9,5	1,3	3,5	3,7	4,7	5,4	3,2	48,0
28	11,4	1,7	5,2	4,8	5,8	6,3	3,4	50,4
Valor máximo	22,8	6,7	10,9	12,9	6,8	8,5	8,1	62,0
Valor mínimo	9,5	1,1	3,3	3,1	4,3	5,1	2,4	22,5
Riesgo relativo	2,4	5,9	3,3	4,1	1,6	1,7	3,4	2,8

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 7.6 Indicadores de riesgos al nacimiento según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.

Circunscripción Electoral	Tasa bruta de natalidad	% madres baja instruc.	% madres solas	% madres adolescentes	% nacimientos pretérmino	% nacimientos bajo peso	% nacimientos múltiparas	% nacimientos aten. médico
Total	13,6	2,3	7,0	6,5	6,6	7,4	3,4	36,9
1	15,1	1,9	5,3	6,1	5,7	7,0	3,2	29,0
2	17,0	3,7	10,0	11,8	7,0	8,6	6,2	16,3
3	18,4	3,3	10,7	8,4	6,0	8,0	7,3	29,0
4	18,5	4,3	11,5	11,1	6,7	7,9	6,5	25,1
5	12,1	1,2	4,5	4,7	6,6	7,3	2,2	38,2
6	12,1	1,1	5,2	4,2	6,9	7,9	1,4	44,9
7	11,3	1,7	4,6	4,2	6,5	7,6	1,3	43,7
8	13,2	1,2	7,1	7,9	6,7	6,6	3,3	27,6
9	15,3	1,6	8,5	7,2	7,1	7,9	4,8	33,7
10	14,7	1,7	7,3	6,7	7,5	7,3	3,2	32,5
11	15,1	1,2	8,1	4,8	6,0	6,6	4,8	38,7
12	17,1	3,2	10,7	10,2	6,9	8,4	6,1	28,3
13	21,9	2,5	10,7	9,8	6,2	6,8	5,5	29,3
14	16,1	1,2	8,4	4,6	7,9	8,8	3,3	39,8
15	12,7	1,4	5,5	5,6	8,0	8,3	2,3	42,3
16	11,9	0,7	4,2	2,6	7,0	6,9	1,0	52,6
17	11,9	1,0	5,1	3,5	6,8	7,0	1,6	52,9
18	11,6	0,8	5,1	4,0	6,7	6,7	1,7	51,9
19	11,1	0,4	4,5	1,8	7,4	6,7	1,9	57,3
20	15,4	3,9	7,9	5,8	7,1	6,8	4,7	44,2
21	17,5	1,4	10,4	6,6	6,1	7,2	2,9	32,2
22	16,5	8,2	11,3	13,4	6,1	8,8	7,3	13,4
23	20,8	4,6	10,0	10,9	6,0	7,4	5,6	16,4
24	12,1	0,6	6,9	5,7	5,0	5,9	1,6	39,1
25	10,7	0,6	4,0	3,5	6,2	6,0	1,7	48,6
26	12,8	1,3	5,0	5,6	7,2	7,7	2,4	40,4
27	10,6	1,1	5,0	4,9	5,8	6,4	1,0	51,0
28	10,1	1,7	4,2	4,2	7,8	7,8	1,8	50,8
Valor máximo	21,9	8,2	11,5	13,4	8,0	8,8	7,3	57,3
Valor mínimo	10,1	0,4	4,0	1,8	5,0	5,9	1,0	13,4
Riesgo relativo	2,2	20,6	2,9	7,6	1,6	1,5	7,4	4,3

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 7.7

Variaciones relativas porcentuales de los indicadores de riesgo al nacimiento según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 1991-92 y 2001-02.

Circunscripción Electoral	Tasa bruta de natalidad	% madres baja instruc.	% madres solas	% madres adolescentes	% nacimientos pretérmino	% nacimientos bajo peso	% nacimientos múltiparas	% nacimientos aten. médico
Total	2,6	-7,9	2,1	1,9	16,2	10,6	-21,9	-10,2
1	21,0	19,7	2,0	7,1	9,3	16,8	-24,3	-28,3
2	-25,5	-18,2	28,5	37,3	12,8	16,5	-5,8	-34,8
3	43,7	-21,7	25,0	0,2	3,0	12,6	28,5	-6,7
4	18,4	-35,6	22,1	-13,7	-0,9	27,2	-7,0	0,3
5	-0,1	-14,3	-26,7	2,7	21,5	5,4	-21,2	-17,8
6	-0,2	-15,8	5,5	-16,0	19,6	24,3	-42,8	0,9
7	-12,0	20,0	-14,7	1,7	15,5	9,5	-52,7	-2,6
8	-10,8	-46,6	-9,7	9,3	26,3	16,5	-13,6	0,7
9	-7,1	-36,5	2,2	3,2	12,7	17,5	20,7	-2,6
10	-3,4	-40,3	-19,5	-10,0	19,1	-0,7	15,9	1,3
11	-2,5	-46,2	13,2	-25,9	12,6	-8,5	-8,9	-8,7
12	5,3	-25,1	-1,2	10,8	25,6	19,1	8,4	4,3
13	19,7	-30,6	6,6	-7,4	13,4	0,8	25,3	2,5
14	-8,5	-40,0	-10,3	-41,6	28,2	4,3	-11,9	13,2
15	-2,3	-20,5	-6,5	25,2	42,0	39,7	-40,4	-2,1
16	-0,1	-55,2	-19,9	-35,9	36,4	19,5	-56,5	-7,2
17	-6,3	-30,4	2,3	-11,0	31,2	12,4	-40,9	-2,5
18	-5,8	-45,3	-6,3	-6,7	7,4	-3,0	-40,9	-0,3
19	-6,3	-64,5	-11,2	-45,0	27,7	10,7	-43,0	-7,6
20	23,8	-14,1	16,0	-15,5	14,3	-5,3	-40,5	-21,1
21	39,4	-7,0	45,4	11,4	19,1	3,1	-15,4	-8,4
22	9,6	85,3	3,6	18,2	15,5	36,9	-10,2	-40,5
23	31,4	27,6	22,2	15,0	-3,8	11,3	-22,7	-38,1
24	13,1	-52,1	96,8	60,6	-0,2	15,1	-53,2	-10,6
25	2,6	-54,8	19,2	12,9	11,5	0,0	-35,1	-1,6
26	2,5	-21,9	5,9	14,7	40,1	30,1	-24,2	-5,2
27	11,4	-15,2	44,9	33,5	18,7	18,1	-69,6	6,2
28	-11,5	-3,2	-19,3	-12,1	25,6	24,2	-48,9	0,8

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 7.8 Indicadores de mortalidad de la primera infancia según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.

Circunscripción Electoral	Tasa mort. fetal	Tasa mort. neonatal	Tasa mort. postneonatal	Tasa mort. infantil	TMI reducible	Tasa mort. perinatal	Tasa mort. menores 5 años
Total	6,5	9,3	4,6	13,9	4,8	13,1	16,2
1	6,8	8,0	5,2	13,2	5,2	12,7	16,7
2	9,5	9,5	4,7	14,2	6,1	16,2	17,1
3	10,9	12,0	6,3	18,3	8,6	18,2	21,1
4	18,0	15,6	12,0	27,6	8,4	25,5	29,4
5	7,2	10,0	4,4	14,5	2,8	14,4	16,6
6	2,6	7,1	4,2	11,2	4,2	8,7	12,2
7	4,7	10,2	4,7	14,8	4,9	13,1	16,5
8	2,9	13,2	5,7	18,9	5,7	15,4	18,9
9	7,2	7,6	4,3	11,8	4,9	9,8	14,1
10	12,7	12,7	3,5	16,2	7,7	21,6	19,7
11	4,6	9,3	4,6	13,9	4,6	11,2	14,6
12	9,3	16,7	7,4	24,1	6,8	22,6	25,3
13	12,5	16,6	5,3	21,9	8,3	24,1	24,9
14	2,5	10,0	5,8	15,8	4,2	11,6	16,6
15	5,7	7,9	3,5	11,4	6,0	11,4	14,9
16	3,1	7,1	2,5	9,6	3,7	8,3	10,8
17	5,2	8,5	3,8	12,3	3,4	10,7	14,5
18	5,3	7,4	4,4	11,8	3,2	10,5	14,1
19	4,8	9,2	2,5	11,7	2,5	13,0	14,7
20	5,0	3,3	3,3	6,7	1,1	6,7	12,8
21	6,8	7,5	3,9	11,4	2,1	11,7	12,5
22	9,4	9,4	8,2	17,5	5,0	14,6	19,5
23	9,5	11,6	6,2	17,9	3,8	18,0	22,2
24	2,3	6,9	2,8	9,7	1,9	7,4	12,5
25	2,2	10,4	2,2	12,5	4,8	9,5	14,3
26	4,7	7,7	3,4	11,1	4,0	10,4	12,5
27	10,1	8,4	5,1	13,5	6,2	16,7	15,2
28	4,0	8,7	3,7	12,4	4,4	10,2	13,1
Valor máximo	18,0	16,7	12,0	27,6	8,6	25,5	29,4
Valor mínimo	2,2	3,3	2,2	6,7	1,1	6,7	10,8
Riesgo relativo	8,3	5,0	5,5	4,1	7,7	3,8	2,7

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 7.9 Indicadores de la mortalidad de la primera infancia según Circunscripción Electoral. Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.

Circunscripción Electoral	Tasa mort. fetal	Tasa mort. neonatal	Tasa mort. postneonatal	Tasa mort. infantil	TMI reducible	Tasa mort. perinatal	Tasa mort. menores 5 años
Total	4,1	6,3	3,3	9,5	5,5	7,8	10,9
1	5,9	5,9	3,6	9,5	6,9	8,2	11,2
2	6,1	8,1	4,5	12,6	8,1	10,6	15,2
3	6,9	7,3	4,1	11,5	5,0	9,1	12,8
4	4,1	9,8	4,6	14,4	9,3	9,2	16,5
5	3,7	5,2	1,7	6,9	4,3	7,1	8,4
6	3,2	3,8	2,9	6,7	1,9	4,8	7,7
7	5,9	5,9	1,8	7,7	4,1	8,6	8,3
8	6,9	3,7	1,9	5,6	3,1	8,7	8,1
9	2,1	7,6	4,1	11,7	6,2	6,9	12,8
10	3,7	5,2	1,5	6,7	4,5	7,4	8,9
11	4,3	6,4	2,8	9,2	4,3	5,7	10,7
12	3,9	3,2	5,8	9,1	5,8	5,8	10,4
13	6,9	10,7	5,0	15,8	8,2	13,2	18,3
14	1,0	8,0	2,0	10,1	7,0	8,0	12,1
15	1,0	6,2	1,9	8,1	6,5	5,5	10,7
16	3,4	2,6	0,9	3,4	2,0	5,1	4,3
17	3,1	6,9	2,3	9,2	5,4	7,1	10,0
18	3,6	4,9	3,2	8,1	3,8	6,8	9,4
19	3,1	4,4	0,8	5,2	2,3	5,6	5,9
20	6,0	5,5	5,0	10,6	4,5	9,0	11,1
21	1,7	5,5	3,2	8,6	4,9	5,7	9,5
22	5,7	8,0	5,5	13,5	9,0	10,1	15,8
23	7,5	11,8	6,7	18,5	11,6	14,3	20,0
24	4,1	7,8	3,7	11,6	5,0	9,5	12,8
25	2,5	3,8	2,1	5,9	3,4	5,1	6,3
26	3,9	3,9	3,2	7,1	3,9	6,1	7,4
27	1,4	5,3	2,4	7,7	2,9	6,3	8,7
28	1,9	5,3	2,2	7,5	4,7	5,0	7,8
Valor máximo	7,5	11,8	6,7	18,5	11,6	14,3	20,0
Valor mínimo	1,0	2,6	0,8	3,4	1,9	4,8	4,3
Riesgo relativo	7,7	4,6	8,6	5,4	6,0	3,0	4,7

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 7.10
Variaciones relativas porcentuales de los indicadores de mortalidad de la primera infancia según Circunscripción Electoral.
Ciudad de Buenos Aires, 1991-92 y 2001-02.

Circunscripción Electoral	Tasa mort. fetal	Tasa mort. neonatal	Tasa mort. postneonatal	Tasa mort. infantil	TMI reducible	Tasa mort. perinatal	Tasa mort. menores 5 años
Total	-36,5	-32,8	-29,5	-31,7	13,7	-40,9	-32,8
1	-12,7	-25,8	-30,3	-27,6	33,1	-35,6	-33,3
2	-35,3	-14,8	-4,6	-11,4	33,3	-34,5	-11,3
3	-36,6	-38,8	-34,3	-37,3	-41,1	-49,7	-39,3
4	-77,1	-37,2	-61,4	-47,7	10,4	-63,7	-43,9
5	-49,5	-48,6	-61,2	-52,5	53,5	-50,8	-49,4
6	24,5	-45,7	-31,0	-40,2	-54,0	-44,7	-37,1
7	26,8	-41,7	-62,0	-48,1	-16,2	-34,9	-49,7
8	139,5	-71,6	-67,3	-70,3	-45,6	-43,7	-57,1
9	-71,3	0,6	-2,9	-0,6	26,3	-29,6	-9,5
10	-70,7	-59,0	-57,9	-58,8	-42,5	-65,8	-54,9
11	-8,1	-31,1	-38,7	-33,6	-8,1	-49,4	-26,9
12	-57,9	-80,5	-21,0	-62,2	-13,8	-74,3	-58,9
13	-44,3	-35,4	-5,4	-28,1	-1,2	-45,3	-26,6
14	-59,7	-19,4	-65,5	-36,4	69,3	-30,7	-27,5
15	-83,0	-22,3	-44,3	-29,0	7,6	-51,5	-28,2
16	10,5	-64,0	-65,5	-64,4	-46,3	-38,6	-60,5
17	-39,4	-19,4	-39,2	-25,5	60,6	-33,9	-31,0
18	-31,4	-33,7	-27,9	-31,5	21,1	-35,3	-33,7
19	-35,8	-52,2	-69,3	-55,9	-8,0	-56,6	-59,6
20	20,6	65,9	50,8	58,3	307,1	35,7	-13,5
21	-74,6	-27,2	-19,5	-24,5	128,1	-51,0	-24,1
22	-39,5	-15,0	-32,5	-23,2	81,4	-31,2	-19,2
23	-21,2	1,3	7,4	3,4	206,0	-20,8	-9,7
24	78,4	13,0	33,8	18,9	167,6	28,0	2,4
25	17,4	-63,3	-2,2	-52,8	-28,8	-46,7	-55,5
26	-18,0	-50,1	-4,3	-36,2	-4,3	-41,3	-40,5
27	-85,7	-37,0	-52,3	-42,7	-53,2	-62,5	-42,7
28	-53,5	-38,8	-41,2	-39,5	8,0	-51,1	-40,0

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 7.11
Tasas de mortalidad neonatal según causas de muerte (por diez mil).
Ciudad de Buenos Aires, 1990/2002.

Año	Bajo peso al nacer	Perinatales (excluido bajo peso al nacer).	Anomalías congénitas	Resto bien definidas	Desconocidas y mal definidas	Total
1990	18,1	57,6	23,0	5,3	3,9	107,9
1991	12,4	46,8	17,1	4,1	4,7	85,1
1992	24,8	43,1	19,6	5,8	8,3	101,5
1993	26,0	40,8	27,3	6,7	3,1	103,9
1994	28,8	40,0	20,4	3,9	3,1	96,2
1995	25,8	30,8	18,4	3,4	4,5	83,0
1996	28,8	34,0	26,5	4,7	2,5	96,5
1997	24,0	31,5	19,2	4,4	2,0	81,1
1998	28,3	30,3	21,8	5,0	1,3	86,7
1999	26,8	21,5	19,0	3,6	0,5	71,4
2000	24,3	14,7	14,5	5,2	0,5	59,2
2001	24,7	14,7	19,2	2,8	0,7	62,1
2002	23,3	14,5	19,6	2,4	3,2	63,0

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 7.12
Tasas de mortalidad post-neonatal según causas de muerte (por diez mil).
Ciudad de Buenos Aires, 1990/2002.

Año	Enfermedades del aparato respiratorio	Septicemia-Meningitis	Anomalías congénitas	Resto bien definidas	Desconocidas y mal definidas	Total
1990	7,0	4,4	9,4	22,5	9,2	52,5
1991	5,2	3,5	7,7	21,0	13,1	50,5
1992	4,4	3,1	8,8	17,3	8,5	42,1
1993	9,1	2,6	14,8	17,2	6,8	50,4
1994	4,8	2,0	12,0	18,5	6,1	43,4
1995	8,2	2,7	6,5	17,4	7,5	42,2
1996	9,0	3,3	12,8	16,7	5,0	46,8
1997	7,7	2,6	9,5	14,7	2,3	36,8
1998	12,6	2,3	11,4	12,1	1,3	39,7
1999	11,2	1,5	7,5	10,2	1,5	31,9
2000	11,0	1,6	7,3	10,0	1,1	31,0
2001	8,1	0,5	8,8	10,6	1,4	29,4
2002	12,0	1,7	10,3	9,6	2,4	36,0

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 7.13
Tasas de mortalidad de 1 a 4 años según causas de muerte (por diez mil).
Ciudad de Buenos Aires, 1990/2002.

Año	Malf.congénita del corazón	Causas externas	Infec. y parasitarias	Neumonía e influenza	Mecanismo de la inmunidad	Resto de causas	Total
1990	2,2	4,8	2,4	1,9	1,2	16,2	28,8
1991	1,2	2,5	2,7	1,7	1,0	13,1	22,2
1992	1,5	4,4	0,5	1,8	1,0	12,9	22,2
1993	2,3	4,4	0,3	1,8	1,8	12,2	22,9
1994	0,8	2,0	0,5	0,5	1,0	4,8	9,7
1995	2,5	2,2	1,2	3,0	2,5	16,2	27,6
1996	2,8	2,5	1,5	0,3	2,0	12,5	21,5
1997	1,3	5,4	1,3	1,8	1,8	8,4	19,9
1998	0,8	1,5	0,8	1,5	2,0	10,1	16,7
1999	2,0	4,1	0,2	0,7	1,7	7,6	16,3
2000	2,1	3,0	0,7	0,5	0,2	5,5	11,9
2001	0,7	3,1	0,9	0,2	0,0	7,8	12,8
2002	0,2	2,7	1,2	0,5	0,7	8,6	14,0

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 7.14
Muertes maternas según causas de muerte. Valores absolutos y tasas (por diez mil nacimientos).
Ciudad de Buenos Aires, 1990/2002.

Año	Causas de muerte			Tasa
	Total	Aborto	Otras	
1990	16	8	8	3,9
1991	4	2	2	1,0
1992	4		4	1,0
1993	7	2	5	1,8
1994	3	2	1	0,8
1995	4	2	2	1,0
1996	3	2	1	0,8
1997	-	-	-	-
1998	1	1	-	0,3
1999	1	1	-	0,2
2000	6	4	2	1,9
2001	4	-	4	0,9
2002	6	2	4	1,5

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 7.15
Estructura de los nacimientos por tramo de bajo peso. Ciudad de Buenos Aires, 1990/2002.

Año	-1000	1000-1499	1500-1999	2000-2499	Total bajo peso
1990	0,52	0,63	1,29	4,66	7,10
1991	0,50	0,60	1,22	4,52	6,84
1992	0,39	0,58	1,34	4,47	6,78
1993	0,26	0,63	1,35	5,09	7,33
1994	0,28	0,61	1,20	4,27	6,36
1995	0,28	0,52	1,31	4,81	6,93
1996	0,28	0,61	1,35	6,28	8,52
1997	0,34	0,66	1,43	5,53	7,96
1998	0,42	0,68	1,49	4,94	7,53
1999	0,44	0,65	1,42	4,81	7,33
2000	0,33	0,70	1,43	5,41	7,87
2001	0,44	0,66	1,54	5,06	7,71
2002	0,44	0,77	1,61	4,61	7,43

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Cuadro 7.16
Evaluación de la atención de la salud en la primera infancia. Ciudad de Buenos Aires, 1990/2002.

Año	TMI	% Bajo peso al nacer	Índice	TM 1-4 no evitables	TM 1-4 evitables	Índice
1990	16,0	7,1	2,3	42	39	1,1
1991	13,5	6,8	2,0	34	31	1,1
1992	14,4	6,8	2,1	33	32	1,0
1993	15,4	7,3	2,1	33	32	1,0
1994	14,0	6,4	2,2	10	15	0,7
1995	12,5	6,9	1,8	38	34	1,1
1996	14,3	8,5	1,7	36	25	1,4
1997	11,8	8,0	1,5	23	42	0,5
1998	12,6	7,5	1,7	24	29	0,8
1999	10,3	7,3	1,4	21	30	0,7
2000	9,0	7,9	1,1	17	25	0,7
2001	9,2	7,7	1,2	15	28	0,5
2002	9,9	7,4	1,3	19	22	0,9

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

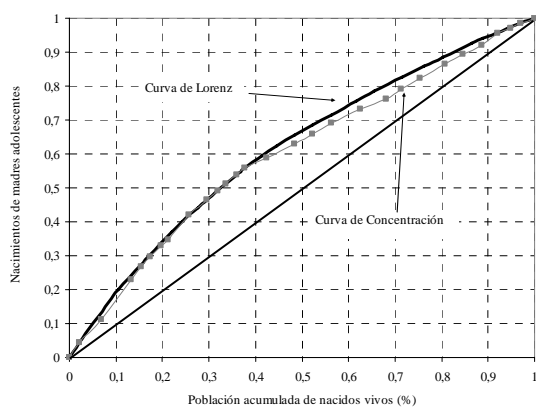
Cuadro 7.17
Participación del bajo peso al nacer según orden de nacimiento. Ciudad de Buenos Aires, 1990/2002.

Año	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°y+	Total
1990	7,3	6,7	7,5	7,7	9,3	9,7	11,6	8,9	7,2
1991	6,9	6,2	6,7	7,8	7,3	8,5	5,6	8,2	6,8
1992	6,9	5,6	7,1	8,2	7,8	9,2	8,8	7,8	6,7
1993	7,2	6,5	7,5	8,8	6,4	7,9	7,0	11,0	7,1
1994	6,5	5,5	6,0	7,1	6,3	10,5	11,5	10,7	6,3
1995	6,5	6,3	8,0	8,1	8,4	10,1	7,9	9,8	6,7
1996	7,5	9,3	8,0	9,1	9,9	10,2	9,7	12,6	8,3
1997	7,6	8,0	7,6	8,9	9,1	8,2	7,3	8,1	7,8
1998	7,1	6,9	8,6	9,7	10,6	9,3	5,7	7,8	7,4
1999	6,9	6,7	8,5	9,3	7,8	8,8	8,8	8,3	7,2

2000	7,2	7,7	8,4	9,4	9,4	6,8	9,1	9,1	7,3
2001	7,3	7,0	8,7	7,8	12,3	10,2	6,7	13,1	7,5
2002	6,9	7,1	8,1	9,3	8,4	9,9	11,7	10,6	7,3

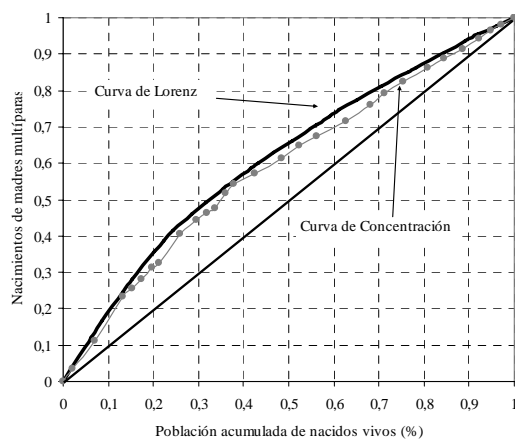
Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Gráfico 7.1
Distribución de los nacimientos de madres adolescentes.
Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.



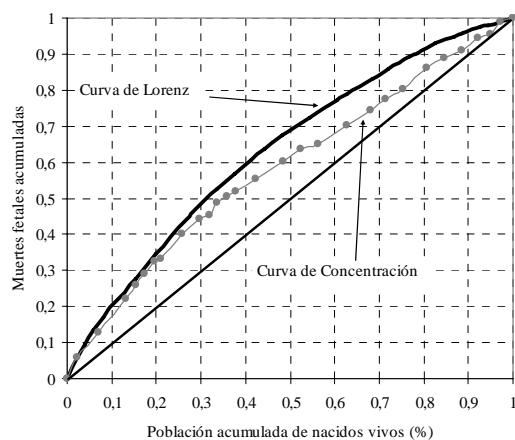
Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Gráfico 7.2
Distribución de los nacimientos de madres multíparas.
Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.



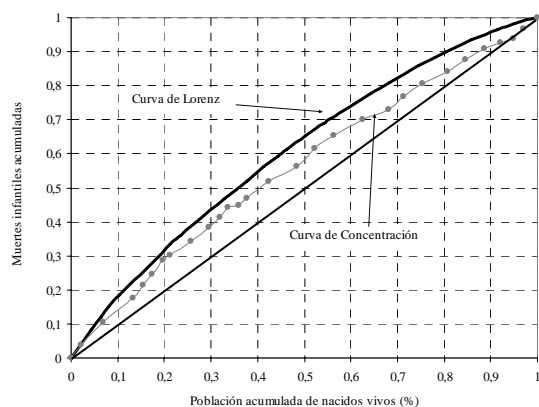
Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Gráfico 7.3
Distribución de la mortalidad fetal. Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.



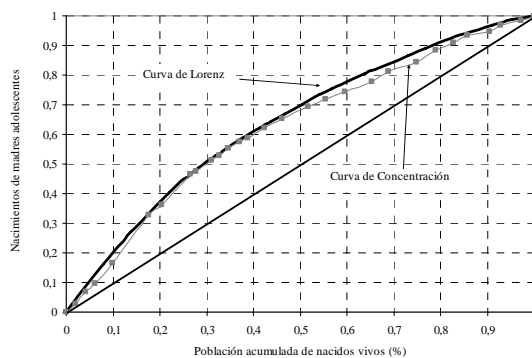
Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Gráfico 7.4
Distribución de la mortalidad infantil por causas reducibles.
Ciudad de Buenos Aires, 1991-1992.



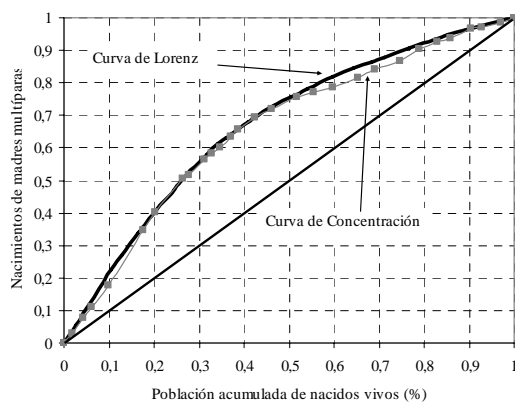
Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Gráfico 7.5
Distribución de los nacimientos de madres adolescentes.
Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.



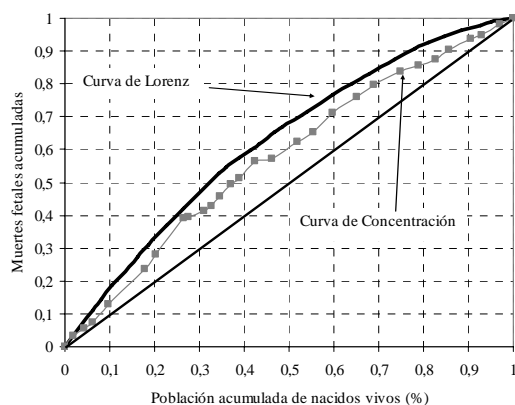
Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Gráfico 7.6
Distribución de los nacimientos de madres multíparas.
Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.



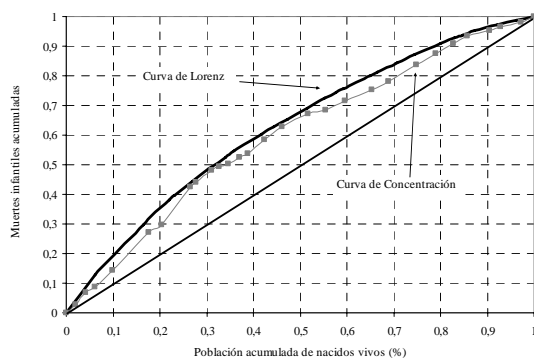
Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Gráfico 7.7
Distribución de la mortalidad fetal. Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Gráfico 7.8
Distribución de la mortalidad infantil por causas reducibles.
Ciudad de Buenos Aires, 2001-2002.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y censales.

Cuadro 8.1
Indicadores de riesgo seleccionados según jurisdicción. Argentina, 1991-1992.

Jurisdicción	% nacimientos bajo peso 1991-92	% nacimientos mad. adolesc. 1991-92	% nacimientos mad. baja ins. 1991-92	% nacimientos pretérmino 1991-92	Tasa mort. 0-4 1991-92
Total país	5,9 *	14,7	16,6	8,1	28,2
Ciudad de Buenos Aires	6,6	6,3	2,9	5,7	18,6
Buenos Aires	6,9	13,5	7,8	12,7	27,0
Catamarca	5,1	18,2	15,0	10,2	34,9
Córdoba	6,4	13,9	12,9	8,9	24,0
Corrientes	5,5	17,6	37,0	5,1	33,8
Chaco	6,4	20,3	39,8	7,6	40,7
Chubut	6,5	19,2	15,5	5,9	23,2
Entre Ríos	7,5	16,8	21,0	6,3	25,4
Formosa **	5,5	17,1	0,1	0,0	36,3
Jujuy	6,9	16,9	22,0	6,1	39,6
La Pampa	6,5	17,4	14,6	5,8	22,7
La Rioja	6,9	16,8	12,1	21,5	30,3
Mendoza	6,8	12,9	18,7	5,6	26,6
Misiones	6,0	18,8	45,8	4,3	35,6
Neuquén	6,8	18,6	20,0	5,1	19,0
Río Negro	6,0	18,7	19,9	6,1	26,8
Salta	6,0	16,8	29,1	8,4	42,4
San Juan	7,1	15,2	13,0	5,6	27,4
San Luis	7,1	17,3	15,3	6,1	29,2
Santa Cruz	6,7	15,5	9,8	7,2	21,8
Santa Fe **	0,1	17,0	16,2	0,0	23,8
Santiago del Estero **	0,1	15,5	48,2	0,1	32,8
Tucumán	5,4	13,3	26,6	10,3	32,2
Tierra del Fuego	2,6	5,3	3,1	2,5	17,4

Notas: * el valor sería 6,6 % si se excluyen las jurisdicciones con datos no confiables.

** dato no confiable en la proporción de nacimientos de bajo peso y pretérmino en las tres jurisdicciones y en bajo nivel de instrucción de la madre en Formosa.

Fuente: elaboración sobre la base de Ministerio de Salud (2001 y 2002).

Cuadro 8.2
Indicadores de riesgo seleccionados según jurisdicción. Argentina, 2001-2002.

Jurisdicción	% nacimientos bajo peso 2001-02	% nacimientos mad. adolesc. 2001-02	% nacimientos mad. baja ins. 2001-02	% nacimientos pretérmino 2001-02	Tasa mort. 0-4 2001-02
Total país	7,4	14,6	10,1	7,2	19,2
Ciudad de Buenos Aires	7,4	5,8	2,3	5,6	11,2
Buenos Aires	7,9	12,0	4,5	6,8	17,5
Partidos del Gran Bs. As.	8,1	11,5	4,7	7,0	18,3
Catamarca	6,9	19,6	9,5	8,0	20,4
Córdoba	7,3	14,0	6,5	8,4	18,1
Corrientes	7,8	17,5	24,0	6,7	27,3
Chaco	7,5	24,2	33,5	6,6	31,1
Chubut	7,0	18,7	9,0	7,6	17,5
Entre Ríos	7,4	18,1	12,8	6,3	17,7
Formosa	7,7	20,3	22,9	7,4	34,3
Jujuy	6,4	17,8	13,4	6,5	23,8
La Pampa	6,4	18,1	8,4	6,9	14,3
La Rioja	7,9	17,2	6,1	8,1	25,2
Mendoza	7,0	14,6	10,3	6,7	15,1
Misiones	6,9	20,2	33,2	5,8	24,0
Neuquén	7,2	17,7	9,6	8,0	14,4
Río Negro	7,1	18,4	10,8	8,0	16,7
Salta	6,8	15,8	15,9	8,8	23,7
San Juan	7,7	13,7	7,2	7,2	22,4
San Luis	7,2	16,3	9,6	7,7	18,9
Santa Cruz	6,8	16,6	5,7	9,2	17,9
Santa Fe	7,3	18,1	11,3	9,1	16,4
Santiago del Estero	6,8	18,4	20,8	9,2	17,1
Tucumán	7,0	15,6	9,5	6,8	27,0
Tierra del Fuego	5,6	13,1	2,8	5,5	10,8

Fuente: elaboración sobre la base de Ministerio de Salud (2001 y 2002).

Cuadro 8.3
Desigualdad en la salud-enfermedad.
Conglomerado de pertenencia según Circunscripción Electoral.
Ciudad de Buenos Aires, 1991-92 y 2001-02.

C.E.	1991-92	2001-02
1	1	3
2	2	2
3	2	3
4	3	2
5	1	1
6	1	1
7	1	1
8	2	1
9	1	3
10	2	1
11	1	3
12	2	3
13	2	2
14	1	3
15	1	1
16	1	1
17	1	1
18	1	1
19	1	1
20	1	3
21	1	3
22	2	2
23	2	2
24	1	3
25	1	1
26	1	1
27	1	1
28	1	1

Notas: 1991-92: bajo (1), medio (2) y alto (3); 2001-02: bajo (1), medio (3) y alto (2).

Fuente: elaboración sobre la base de la aplicación del método de los conglomerados de k medias.

Cuadro 9.1
Coordenadas de las CE en el espacio factorial. Ciudad de Buenos Aires, década 1990.

C.E.	Factor 1	Factor 2
1	-0,428	-0,572
2	1,339	1,195
3	0,911	-0,771
4	2,872	-0,775
5	-0,616	0,109
6	-0,754	0,119
7	-0,481	-0,117
8	0,068	-0,672
9	0,251	0,761
10	0,545	-0,966
11	-0,174	0,521
12	1,102	-1,160
13	1,107	-1,537
14	0,312	1,425
15	-0,603	-0,876
16	-1,089	-0,315
17	-0,816	-0,230
18	-0,522	0,727
19	-0,849	0,316
20	0,418	3,435
21	-0,678	0,174
22	1,727	0,426
23	0,869	0,456
24	-1,146	0,149
25	-1,072	-0,129
26	-0,906	-0,567
27	-0,737	-1,362
28	-0,651	0,236

Fuente: elaboración sobre la base de la aplicación del método de los componentes principales.

Cuadro 9.2
Coordenadas de las CE en el espacio factorial. Ciudad de Buenos Aires, década 2000.

C.E.	Factor 1	Factor 2
1	-0,198	-1,413
2	1,606	0,631
3	1,066	-0,398
4	1,717	0,637
5	-0,713	0,020
6	-0,781	0,492
7	-0,676	-0,245
8	-0,110	-0,463
9	0,373	0,844
10	-0,071	1,000
11	-0,092	-0,816
12	1,198	0,846
13	1,465	-0,739
14	0,143	2,303
15	-0,509	1,805
16	-1,221	0,285
17	-0,817	-0,100
18	-0,706	-0,363
19	-1,198	0,518
20	0,501	-0,286
21	-0,423	-0,445
22	1,921	-0,253
23	1,680	-1,389
24	-0,600	-2,314
25	-1,119	-0,861
26	-0,614	0,378
27	-0,976	-0,903
28	-0,846	1,227

Fuente: elaboración sobre la base de la aplicación del método de los componentes principales.

Cuadro 9.3
Clasificación de las CE según conglomerado de pertenencia. Ciudad de Buenos Aires, décadas 1990 y 2000.

C.E.	1990	2000	C.E.	1990	2000
1	1	1	15	1	1
2	3	2	16	1	1
3	3	3	17	1	1
4	2	2	18	1	1
5	1	1	19	1	1
6	1	1	20	3	3
7	1	1	21	1	1
8	3	3	22	3	3
9	3	3	23	3	3
10	3	3	24	1	1
11	1	3	25	1	1
12	3	2	26	1	1
13	3	2	27	1	1
14	3	3	28	1	1

Fuente: elaboración sobre la base de la aplicación del método de los conglomerados de k medias.

Cuadro 11.1

Inscriptos en el Plan Médicos de Cabecera según grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires, 1997-2002.

Año	Inscriptos			
	Total	0-4 años	5-19 años	20 años y +
1997	22.132	1.313	5.687	15.132
1998	56.706	3.795	13.830	39.081
1999	83.725	4.950	19.787	58.988
2000	114.175	7.315	27.089	79.771
2001*	153.364	9.508	37.383	106.473
2002*	178.494	11.067	43.552	123.875

Nota: * la apertura por edad fue estimada aplicando estructura del período 1997-2000.

Fuente: elaboración sobre la base de datos del Plan Médicos de Cabecera.

Cuadro 11.2
Gasto público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires según finalidad y función, 1993-2002.

FINALIDAD / FUNCION	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2002*
GASTO TOTAL	3.219,11	2.842,54	2.919,65	3.134,30	3.144,39	3.003,30	3.280,28	3.293,36	3.374,26	3.177,44	2.090,44
I. FUNCIONAMIENTO DEL ESTADO	405,23	385,11	412,49	401,00	421,65	461,60	507,04	516,95	529,00	446,94	294,04
I.1. Administración general	391,86	369,51	397,67	386,96	406,98	447,80	455,32	452,95	437,70	385,24	253,45
I.2. Justicia	13,37	15,59	14,82	14,05	14,67	13,80	51,72	64,00	91,30	61,69	40,59
I.3. Defensa y seguridad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
II. GASTO PUBLICO SOCIAL	2.713,03	2.306,16	2.361,63	2.522,67	2.418,44	2.352,76	2.558,82	2.576,11	2.618,39	2.555,94	1.681,56
II.1. Educación, cultura y ciencia y técnica	740,72	757,28	842,27	870,91	886,67	875,19	946,44	1.024,32	1.009,06	985,52	648,37
II.1.1. Educación básica	544,07	559,69	602,23	616,31	635,30	643,72	676,98	771,74	764,82	771,47	507,55
II.1.2. Educación superior y universitaria	61,23	62,99	67,78	69,36	71,50	72,45	92,15	64,49	64,60	69,51	45,73
II.1.3. Ciencia y técnica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,27	1,93	1,27
II.1.4. Cultura	66,04	67,56	100,12	111,40	103,77	112,07	126,77	135,55	133,62	120,10	79,01
II.1.5. Educación y cultura sin discriminar	69,38	67,05	72,15	73,83	76,11	46,95	50,54	52,54	43,76	22,51	14,81
II.2. Salud	929,25	916,35	948,46	968,17	986,51	936,47	970,23	985,79	996,44	1.042,41	685,80
II.2.1. Atención pública de la salud	773,50	762,94	793,81	817,58	837,67	818,65	847,05	860,00	823,50	879,44	578,58
II.2.2. Obras sociales - Atención de la Salud	155,75	153,42	154,65	150,60	148,84	117,82	123,18	125,79	172,94	162,97	107,22
II.2.3. INSSJyP - Atención de la Salud											
II.3. Agua potable y alcantarillado	7,37	9,08	8,73	22,48	40,45	32,11	20,55	16,55	29,35	13,43	8,83
II.4. Vivienda y urbanismo	83,98	72,17	68,93	91,54	41,96	43,81	51,59	50,51	55,74	33,74	22,19
II.5. Promoción y asistencia social	166,04	136,78	136,47	145,19	134,07	169,18	208,43	166,73	197,41	193,45	127,27
II.5.1. Promoción y asistencia social pública	155,83	126,72	126,33	135,00	124,49	151,65	190,11	158,37	179,07	182,25	119,90
II.5.2. Obras sociales - Prestaciones Sociales	10,21	10,06	10,14	10,19	9,58	17,53	18,32	8,37	18,34	11,20	7,37

II.5.3. INSSJyP - Prestaciones Sociales											
II.6. Previsión social	399,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
II.7. Trabajo	6,39	8,69	0,00	2,04	0,89	0,95	5,70	6,67	5,69	6,09	4,01
II.7.1. Programas de empleo y seguro de desempleo	6,39	8,69	0,00	2,04	0,89	0,95	5,70	6,67	5,69	6,09	4,01
II.7.2. Asignaciones familiares											
II.8. Otros servicios urbanos	379,84	405,80	356,77	422,33	327,88	295,05	355,87	325,54	324,71	281,31	185,07
III. GASTO PUBLICO EN SERVICIOS ECONOMICOS	81,28	52,19	67,57	71,12	177,92	87,52	100,29	111,56	157,70	123,81	81,45
III.1. Producción primaria	10,11	5,18	4,80	5,65	5,01	9,24	13,15	19,57	18,89	10,33	6,79
III.2. Energía, combustible y minería	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
III.3. Industria	0,85	1,35	2,26	2,13	2,38	1,37	0,59	0,00	0,00	0,00	0,00
III.4. Servicios	44,57	43,10	59,11	61,95	67,29	72,82	75,89	77,51	113,39	94,96	62,47
III.4.1. Transporte	42,63	41,02	56,60	59,38	64,58	68,72	72,65	74,09	109,70	91,78	60,38
III.4.2. Comunicaciones	1,94	2,08	2,51	2,57	2,70	4,10	3,24	3,42	3,69	3,18	2,09
III.5. Otros gastos en servicios económicos	25,74	2,57	1,39	1,39	103,24	4,09	10,66	14,48	25,43	18,52	12,19
IV. SERVICIOS DE LA DEUDA PUBLICA	19,57	99,08	77,97	139,51	126,38	101,43	114,14	88,74	69,17	50,75	33,39

* en millones de pesos del 2001. Se corrigieron los valores corrientes del 2002 con el Índice de Precios 1995-2003 elaborado por la Dirección de Gastos Consolidados (Ministerio de Economía y UNICEF, 2004).

Fuente: elaboración en base a Dirección de Gastos Sociales Consolidados - Secretaría de Política Económica – Ministerio de Economía (actualización abril 2005).

Cuadro 11.3
Gasto anual per cápita en población sin cobertura (en pesos).
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.

Año	Gasto
1993	1326,00
1994	1268,90
1995	1282,02
1996	1283,26
1997	1278,81
1998	1216,49
1999	1226,04
2000	1213,30
2001	1133,16
2002	1181,00
2002*	776,97

* millones de pesos del 2001.

Fuente: elaboración en base a datos de Ministerio de Economía (2005) y CBA (2003d).

Cuadro 11.4
Gasto en atención de la salud como porcentaje del PBI.
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.

Año	Porcentaje
1993	1,5
1994	1,4
1995	1,5
1996	1,4
1997	1,4
1998	1,2
1999	1,3
2000	1,3
2001	1,3
2002	1,7
2002*	1,1

* millones de pesos del 2001.

Fuente: elaboración en base a datos de Ministerio de Economía (2005) y CBA (2003a).

Cuadro 11.5
Gasto Social y Gasto Social Focalizado (millones de pesos).
Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.

Año	Gasto Social	Gasto Social Focalizado	% GSF en el gasto total	% GSF en el gasto social
1993	2.713,03	256,4	8,0	9,5
1994	2.306,16	217,6	7,7	9,4
1995	2.361,63	205,4	7,0	8,7
1996	2.522,67	238,8	7,6	9,5
1997	2.418,44	176,9	5,6	7,3
1998	2.352,76	213,9	7,1	9,1
1999	2.558,82	265,7	8,1	10,4
2000	2.576,11	223,9	6,8	8,7
2001	2.618,39	258,8	7,7	9,9
2002	2.555,94	233,3	7,3	9,1
2002*	1.681,56	153,5	7,3	9,1

* millones de pesos del 2001.

Fuente: elaboración en base a datos de Ministerio de Economía (2005).

Cuadro 11.6
Variación interanual del Gasto Social Focalizado y evolución de la pobreza e indigencia
(por hogares y personas). Ciudad de Buenos Aires, 1994-2002.

Período	Var. Relat. interanual del GSF	Año	Porcentaje de			
			Personas pobres	Personas indigentes	Hogares pobres	Hogares indigentes
1993-1994	-15,1	1994	6,7	1,5	5,4	1,6
1994-1995	-5,6	1995	8,0	1,6	5,8	1,3
1995-1996	16,3	1996	7,5	1,3	5,8	1,5
1996-1997	-25,9	1997	7,5	1,9	5,3	1,4
1997-1998	20,9	1998	5,9	1,1	4,4	0,8
1998-1999	24,2	1999	8,3	1,4	5,5	1,3
1999-2000	-15,7	2000	9,5	1,8	6,1	1,4
2000-2001	15,6	2001	9,8	2,1	6,3	1,6
2001-2002	-2,4	2002	21,2	5,7	14,6	3,7
2001-2002*	-35,8	2002	21,2	5,7	14,6	3,7

* millones de pesos del 2001.

Fuente: elaboración en base a datos de Ministerio de Economía (2005) y CBA (2003c).

Cuadro 11.7
Asignación de gasto por hogar pobre (en pesos). Ciudad de Buenos Aires, 1993-2002.

Año	Gasto por hogar pobre
1993	4816,8
1994	3936,8
1995	3458,7
1996	4020,3
1997	3259,7
1998	4747,3
1999	4716,6
2000	3583,1
2001	4010,1
2002	1559,4
2002*	1026,1

* millones de pesos del 2001.

Fuente: elaboración en base a datos de Ministerio de Economía (2005) y CBA (2003c).

Cuadro 11.8
Nivel de ejecución presupuestaria según tipo de bienes. Secretaría de Salud. Ciudad de
Buenos Aires, 1992-2002.

Año	% Ejecutado		
	Total	Corrientes	Capital
1992	93,5	101,6	56,2
1993	97,1	98,3	88,1
1994	91,1	91,9	82,0
1995	97,6	98,3	82,0
1996	96,3	-	-
1997	96,3	-	-
1998	92,3	-	-
1999	94,4	-	-
2000	96,5	99,4	32,6
2001	97,6	99,3	24,4
2002	98,3	98,8	23,3

Fuente: elaboración en base a datos de GCBA-DGC-Serie Cuentas de Inversión.

Cuadro 11.9
Gastos en personal en el presupuesto de la Secretaría de Salud.
Ciudad de Buenos Aires, 1992-2002.

Año	% en total vigente	% en total ejecutado
1992	62,6	71,5
1993	70,1	72,2
1994	67,2	73,7
1995	71,0	72,6
1996	-	70,7
1997	-	74,7
1998	68,7	74,5
1999	-	72,1
2000	69,4	72,0
2001	74,1	75,9
2002	70,1	71,3

Fuente: elaboración en base a datos de GCBA-DGC-Serie Cuentas de Inversión.

Cuadro 11.10
Ejecución presupuestaria de la Secretaría de Salud según programa.
Ciudad de Buenos Aires, 1994-2002.

Año	Materno-infanto-juvenil	Actividades centrales	Atención clínico-quirúrgica	Atención ambulatoria desconcentrada	Resto	Total
1994	16,2	5,1	23,8	3,1	51,7	100,0
1995	8,4	6,1	61,3	1,4	22,9	100,0
1996	6,1	9,0	47,8	4,1	33,0	100,0
1997	10,8	13,4	50,7	4,1	21,0	100,0
1998	6,4	4,1	74,7	0,5	14,3	100,0
1999	12,1	2,8	58,3	2,0	24,7	100,0
2000	11,0	3,5	62,3	2,4	20,8	100,0
2001*	15,1	3,3	72,8	2,9	5,9	100,0
2002	17,0	8,6	64,2	1,9	8,2	100,0

* sancionado.

Fuente: elaboración en base a datos de GCBA-DGC-Serie Cuentas de Inversión.

Cuadro 11.11
Composición de la ejecución presupuestaria de la Secretaría de Salud según programa.
Ciudad de Buenos Aires, 1994-1996-1998-2000-2002.

Programa	1994	1996	1998	2000	2002
Actividades centrales	5,1	9,0	4,1	3,5	8,6
Actividades comunes	37,6	23,5	12,2	17,0	6,7
Prevención patologías prevalentes	-	-	-	-	0,6
Atención primaria de la salud	3,1	4,1	2,3	5,1	1,9
Atención médica de urgencia	13,8	9,3	-	0,8	0,7
Programa materno infantil	16,2	6,1	6,4	11,0	17,0
Atención clínico quirúrgica	23,8	47,8	74,7	62,3	64,2
Control zoonosis	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Legados, subsidios y donaciones	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración en base a datos de GCBA-DGC-Serie Cuentas de Inversión.

ANEXO C – Definición de fórmulas y conceptos utilizados

a) Referidas a la salud y enfermedad:

Egreso hospitalario: es la salida del establecimiento de un paciente internado. Implica siempre la conclusión del período de internación y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o por defunción.

Lactancia materna como alimentación exclusiva: el lactante sólo recibe leche materna de su madre o nodriza, o leche materna extraída y ningún otro líquido o sólido a excepción de gotas o jarabes consistentes en vitaminas, suplementos minerales o medicinas.

Lactancia materna como alimentación predominante: la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna. Sin embargo, también puede haber recibido agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta, soluciones de sales de rehidratación oral, vitaminas, minerales y medicinas en forma de gotas y jarabe y líquidos ceremoniales.

Mortalidad infantil según “criterios de reducibilidad”: esta clasificación se construyó agrupando las causas de muerte en función de la patología, el conocimiento científico disponible y las características del sistema de salud a fin de conocer en qué medida es posible reducir esas defunciones a través de acciones en el ámbito de la atención de la Salud Materno-infantil. Fueron definidas tomando como base la clasificación de la Dra. Erika Taucher.

Los criterios aplicados hasta 1996 se denominaban de “evitabilidad” y el agrupamiento era: a) evitables (por diagnóstico o tratamiento oportuno del embarazo, del parto y del recién nacido y por prevención y tratamiento); b) difícilmente evitables; c) desconocidas y mal definidas y d) otras causas.

Los criterios aplicados a partir de 1997 son los siguientes: a) causas reducibles:

son las que podrían reducirse con acciones en el sistema de salud sencillas y de bajo costo, a través de la prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno en el embarazo, en el parto y en el nacido vivo; b) causas difícilmente reducibles: generalmente están asociadas a las anomalías congénitas, malformaciones genéticas, etc; c) otras causas y d) desconocidas y mal definidas.

Muertes maternas: defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentes.

Nacimientos atendidos por médicos: nacimientos cuyos partos fueron atendidos por médicos.

Nacimientos con bajo peso al nacer: nacimientos de menos de 2500 grs.

Nacimientos de madres adolescentes: madres menores de 20 años.

Nacimientos de madres con baja instrucción: madres analfabetas o con primario incompleto.

Nacimientos de madres multíparas: nacimientos de mujeres que tienen 5 y más hijos.

Nacimientos de madres primíparas: nacimientos de mujeres que tienen el primer hijo.

Nacimientos de madres solas: no conviven en pareja (casada o unida).

Nacimientos de pretérmino: nacimientos con menos de 37 semanas completas

de gestación.

Proporción de muertes de menores de cinco años: relación entre las defunciones de menores de cinco años ocurridas en un año dado y el total de defunciones del mismo año.

Proporción de muertes de menores de un año: relación entre las defunciones de menores de un año ocurridas en un año dado y el total de defunciones del mismo año.

Proporción de muertes de menores de uno a cuatro años: relación entre las defunciones de menores de uno a cuatro años ocurridas en un año dado y el total de defunciones del mismo año.

Proporción de muertes por causa: relación entre las defunciones de una determinada causa ocurridas en un año dado y el total de defunciones del mismo año.

Tasa bruta de mortalidad o de mortalidad general: relación entre las defunciones ocurridas en un año dado y la población total del mismo año.

Tasa bruta de natalidad: relación entre los nacidos vivos ocurridos en un año dado y la población total del mismo año.

Tasa de morbilidad de enfermedades transmisibles: relación entre las denuncias de enfermedades transmisibles recibidas en un año dado y la población total del mismo año.

Tasa de mortalidad fetal: relación entre las defunciones intrauterinas en un año dado y los nacidos vivos del año.

Tasa de mortalidad infantil: relación entre las defunciones de niños menores de un año ocurridas en un año dado y los nacidos vivos del mismo año.

Tasa de mortalidad infantil neonatal: relación entre las defunciones de niños menores de 28 días ocurridas en un año dado y los nacidos vivos del mismo año. Para el período 1857-1961 corresponde a menores de un mes.

Tasa de mortalidad infantil postneonatal: relación entre las defunciones de niños con edades comprendidas entre 28 días y menos de un año ocurridas en un año dado y los nacidos vivos del mismo año. Para el período 1857-1961 corresponde a edades comprendidas entre un mes y menos de un año.

Tasa de mortalidad infantil por causa: relación entre las defunciones de niños menores de un año de una causa determinada ocurridas en un año dado y los nacidos vivos del mismo año.

Tasa de mortalidad materna: relación entre las muertes maternas ocurridas en un año dado y los nacidos vivos del mismo año.

Tasa de mortalidad perinatal: relación entre las defunciones fetales tardías más las defunciones neonatales precoces en un año dado y las defunciones fetales tardías más los nacidos vivos del año.

Tasa de mortalidad primera infancia: relación entre las defunciones de niños menores de un año hasta 4 años cumplidos ocurridas en un año dado y los nacidos vivos del mismo año.

Tasa de mortalidad primera infancia por causa: relación entre las defunciones de niños menores de cinco años de una causa determinada ocurridas en un año dado y los nacidos vivos del mismo año.

b) Referidas a la desigualdad:

Línea de indigencia: es el valor monetario de una Canasta Básica de Alimentos, de costo mínimo, capaz de satisfacer un umbral elemental de necesidades energéticas y proteicas. Se considera indigentes a los hogares cuyos ingresos no alcanzan dicha línea o valor, y a la población incluida en ellos.

Línea de pobreza: es el valor monetario de una Canasta Básica Total de bienes y servicios capaz de satisfacer un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias (vestimenta, transporte, educación, salud, etc) consideradas esenciales. Se denomina pobres a los hogares cuyos ingresos no alcanzan dicha línea o valor, y a la población incluida en ellos.

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): se considera a los hogares y la población en ellos, que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación.

1. Hacinamiento (crítico): hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto.
2. Vivienda: hogares en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).
3. Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.
4. Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela.
5. Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe no haya completado tercer grado de escolaridad primaria.

Proporción de hogares bajo la línea de indigencia: porcentaje de hogares viviendo bajo la línea de indigencia.

Proporción de hogares bajo la línea de pobreza: porcentaje de hogares viviendo bajo la línea de pobreza.

Proporción de hogares que viven en viviendas con mala calidad de los materiales: relación entre los hogares que viven en viviendas que no responden a la categoría CALMAT I (materiales resistentes y sólidos en todos los paramentos y que incorporan todos los elementos de aislamiento y terminación) y el total de hogares.

Proporción de jóvenes de 15 a 19 años no escolarizados: relación entre los jóvenes de 15 a 19 años que no asisten a la escuela sobre el total de ese grupo de edad.

Proporción de jóvenes de 20 a 24 años que no asisten a la enseñanza: relación entre los jóvenes de 20 a 24 años que no asisten a la enseñanza sobre el total de ese grupo de edad.

Proporción de población bajo la línea de indigencia: porcentaje de población viviendo bajo la línea de indigencia.

Proporción de población bajo la línea de pobreza: porcentaje de población viviendo bajo la línea de pobreza.

Proporción población NBI: relación entre la población con necesidades básicas insatisfechas y la población total.

Proporción de NBI 0-4 años: relación entre los niños menores de 5 años con necesidades básicas insatisfechas y la población total de ese grupo de edad.

Proporción de NBI 0-4 años en total NBI: relación entre los niños menores de 5 años con necesidades básicas insatisfechas y la población total con esas necesidades.

Proporción de población que asiste a establecimiento privado: relación entre los que asisten a establecimientos privados y la población total que asiste.

Proporción de población sin cobertura de salud: relación entre la población que no tiene obra social ni plan médico prepago (es decir los que tienen la cobertura del sector público) y la población total.

Riesgo atribuible poblacional (RAP): relación entre la tasa o proporción de cada área con la del área que registra mayor nivel socioeconómico, en este caso la de menor nivel de necesidades básicas insatisfechas. Permite estimar la proporción reducible que se conseguiría si tuviesen el nivel del área con mayor nivel socioeconómico. Cuanto más se desvía de 0, mayor es la desigualdad y mayor su margen de reducción potencial.

Riesgo relativo: relación entre la tasa o proporción de mayor nivel y la de menor nivel.

c) Referidas a la actividad económica y a la distribución de ingresos:

Brecha de ingresos: es el cociente entre los ingresos del 20 por ciento de la población con mayores ingresos y el 20 por ciento de la población con ingresos más bajos.

Ingreso per cápita familiar: es el cociente de la división del ingreso total familiar por la cantidad de integrantes del hogar.

Ingreso total individual: ingresos monetarios mensuales percibidos por las personas encuestadas tanto en concepto de retribución por la o las ocupaciones que desempeñan, como los provenientes de otras fuentes tales como jubilaciones y pensiones; alquileres, rentas o intereses; utilidades, beneficios o dividendos; seguro de desempleo; indemnización por despido; beca de estudio; cuota de alimento; aportes de personas que no viven en el hogar y otros - subsidios estatales, retiro voluntario, venta de pertenencias personales, premios de juegos de azar, herencias, limosnas, etc.

Población económicamente activa: la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada.

Población ocupada: conjunto de personas que tiene por lo menos una ocupación, es decir que en la semana de referencia ha trabajado como mínimo una hora en forma remunerada, ó 15 horas sin remuneración (en una actividad económica). El criterio de una hora trabajada, además de preservar la comparabilidad con otros países, permite captar las múltiples ocupaciones informales y/o de baja intensidad que realiza la población.

Población ocupada demandante: se refiere a la población ocupada que busca activamente otra ocupación.

Población desocupada: se refiere a personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo. Corresponde a Desocupación Abierta. Este concepto no incluye otras formas de precariedad laboral (también relevadas por la EPH) tales como personas que realizan trabajos transitorios mientras buscan activamente una ocupación, aquellas que trabajan jornadas involuntariamente por debajo de lo normal, a los desocupados que han suspendido la búsqueda por

falta de oportunidades visibles de empleo, a los ocupados en puestos por debajo de la remuneración vital mínima o en puestos por debajo de la calificación, etcétera.

Población subocupada: se refiere a los ocupados que trabajan menos de 35 horas semanales por causas involuntarias y desean trabajar más horas.

Quintil de ingreso: cada quintil de ingreso esta conformado por un 20% de la población perceptora. La población es ordenada por su nivel de ingresos de menor a mayor, de modo tal que el primer quintil de ingresos comprende a la población de menores ingresos.

Tasa de actividad: calculada como porcentaje entre la población económicamente activa y la población total.

Tasa de desocupación: calculada como porcentaje entre la población desocupada y la población económicamente activa.

Tasa de empleo: calculada como porcentaje de la población ocupada sobre la población total.

Tasa de ocupados demandantes: calculada como porcentaje de la población de ocupados demandantes sobre la población económicamente activa.

Tasa de subocupación: calculada como porcentaje entre la población de subocupados y la población económicamente activa.

ANEXO D – Fuentes de información de las estadísticas vitales según período

Período 1860-1872

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1860, Buenos Aires, Imprenta Argentina de El Nacional, 1861

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1861, Buenos Aires, Imprenta Argentina de El Nacional, 1862

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1862, Buenos Aires, Imprenta y Litografía a Vapor de Bernheim y Boneo, 1864

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1863, Imprenta de la Sociedad Tipográfica Bonaerense, 1865

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1864, Buenos Aires, Imprenta del Porvenir, 1866

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1865, Buenos Aires, Imprenta de El Nacional, 1867

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1866, Buenos Aires, Imprenta del Porvenir, 1869

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1867, Buenos Aires, Imprenta de la Nación, 1872

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1868, Buenos Aires, Imprenta de la Nación, 1872

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1869, Buenos Aires, Imprenta de la Nación, 1874

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1870, Buenos Aires, Imprenta del Porvenir, 1873

ARGENTINA, Registro Estadístico de Buenos Aires, 1871, Buenos Aires, Imprenta de Jorge E. Cook, 1873

ARGENTINA, Registro Estadístico de la Provincia de Buenos Aires, 1872, Buenos Aires, Imprenta P.E. Coni, 1874

ARGENTINA, Registro Estadístico de la República Argentina, 1867, Tomo Cuarto, Buenos Aires, Imprenta Argentina de El Nacional, 1869

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1891, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1892

CONI, Emilio R., La mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Imprenta de Pablo E. Coni, 1879

CONI, Emilio R., Movimiento de la población desde su fundación hasta la fecha, Buenos Aires, Imprenta Pablo E. Coni, 1879

MARTINEZ, Alberto E., Estudio Topográfico e Historia Demográfica de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1889

Período 1873-1884

ARGENTINA, Registro Estadístico de la Provincia de Buenos Aires, 1873, Buenos Aires, Imprenta Pablo E. Coni, 1875

ARGENTINA, Registro Estadístico de la Provincia de Buenos Aires, 1874, Buenos Aires, Imprenta Pablo E. Coni, 1876

ARGENTINA, Registro Estadístico de la Provincia de Buenos Aires, 1875, Buenos Aires, Imprenta "La República", 1882

ARGENTINA, Registro Estadístico de la Provincia de Buenos Aires, 1876, Buenos Aires, Imprenta "La República", 1882

ARGENTINA, Registro Estadístico de la Provincia de Buenos Aires, 1877, Buenos Aires, Imprenta "La República", 1882

ARGENTINA, Registro Estadístico de la Provincia de Buenos Aires, 1878, Buenos Aires, Imprenta "La República", 1882

CONI, Emilio R., La mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Imprenta de Pablo E. Coni, 1879

CONI, Emilio R., Causes de la Morbidité et de la mortalité de la Première Enfance a Buenos Aires, Imprenta de Paul-Emile Coni, 1886

CONI, Emilio R., Movimiento de la Población desde su fundación hasta la fecha, Buenos Aires, Imprenta de Pablo E. Coni, 1879

- CONI, Emilio R., Apuntes sobre la estadística mortuoria de la Ciudad de Buenos Aires desde el año 1869 hasta 1877 inclusive, Buenos Aires, Imprenta de Pablo E. Coni, 1878
- CONI, Emilio R., Movimiento de la población de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 1879, Buenos Aires, Imprenta Pablo E. Coni, 1880
- CONI, Emilio R., Movimiento de la población de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 1880, Buenos Aires, Imprenta Pablo E. Coni, 1881
- CONI, Emilio R., Movimiento de la población de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 1881, Buenos Aires, Imprenta Pablo E. Coni, 1882
- CONI, Emilio R., Resumen de estadísticas generales de la Ciudad de Buenos Aires, 1º Semestre de 1882, Buenos Aires, Imprenta Pablo E. Coni, 1882
- MARTINEZ, Alberto B., Estudio Topográfico e Historia Demográfica de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1889
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industria de la Ciudad de Buenos Aires, Tomo II, 1909, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1910

Período 1885-1886

- ARGENTINA, Revista Médico-Quirúrgica, Buenos Aires, julio 23 de 1885
- ARGENTINA, Revista Médico-Quirúrgica, Buenos Aires, julio 8 de 1886
- ARGENTINA, Revista Médico-Quirúrgica Nº 12, Buenos Aires, Septiembre 23 de 1886
- ARGENTINA, Revista Médico-Quirúrgica Nº 14, Buenos Aires, Octubre 23 de 1886
- ARGENTINA, Revista Médico-Quirúrgica Nº 16, Buenos Aires, Noviembre 23 de 1886
- ARGENTINA, Procedimientos del Departamento Nacional de Estadística durante el año 1886, Buenos Aires, Imprenta Stiller y Laas, 1887
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industria de la Ciudad de Buenos Aires, Tomo II, 1909, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1910
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín Mensual de la Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1887 (junio a noviembre), Buenos Aires, Imprenta Europea, 1887

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1940, Buenos Aires, 1941

MARTINEZ, Alberto B., Estudio Topográfico e Historia Demográfica de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Cía Sud-Americana de Billetes de Banco, 1889

Período 1887-2001

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín Mensual de la Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1887, Buenos Aires, Imprenta Europea, 1887

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de Buenos Aires, Boletín Mensual de la Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1888, Buenos Aires, Imprenta "La Universidad", 1889

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín Mensual de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1889, Buenos Aires, 1890

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín Trimestral de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1890, Buenos Aires, 1891

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1891, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1892

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1892, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1893

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1893, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1894

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1894, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1895

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1895, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1896

- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1896, Buenos Aires, Imprenta Kraft, 1897
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1897, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1898
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1898, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1899
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1899, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1900
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1900, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1901
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1901, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1902
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1902, Buenos Aires, Imprenta "La Buenos Aires", 1903
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1903, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1904
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1904, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1905
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1905, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1906
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1906, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1907

- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1907, Buenos Aires, Imprenta La Bonaerense, 1908
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1908, Buenos Aires, Imprenta La Bonaerense, 1909
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industria de la Ciudad de Buenos Aires, Tomo II, Año 1909, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco 1910
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1910-1911, Buenos Aires, Imprenta El Centenario, 1913
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1912, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1913
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1913, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1914
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1914, Buenos Aires, Cía. Sud-Americana de Billetes de Banco, 1915
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1915-23, Buenos Aires, Imprenta Briozzo-Hnos., 1925
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín Mensual de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1924
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín Mensual de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1925
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín Mensual de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1926
- CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín Mensual de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1927

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1928

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1929

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1930

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1931

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1932

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1933

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1934

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1935

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1936

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1937

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1938

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal, Año 1939

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1940

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1941

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1942

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1943

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1944

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1945

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1946

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Año 1947

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, 1º semestre de 1948

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Síntesis estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, 1943-48

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística de la Ciudad de Buenos Aires N° 1, Buenos Aires, Peuser, 1959

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística de la Ciudad de Buenos Aires N° 2, Buenos Aires, Peuser, 1959

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística de la Ciudad de Buenos Aires N° 3, Buenos Aires, Peuser, 1960

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística de la Ciudad de Buenos Aires N° 4, Buenos Aires, Peuser, 1960

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística de la Ciudad de Buenos Aires N° 5, Buenos Aires, Peuser, 1961

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística de la Ciudad de Buenos Aires N° 6, Buenos Aires, Peuser, 1961

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística de la Ciudad de Buenos Aires N° 7, Buenos Aires, Peuser, 1962

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Revista de Estadística de la Ciudad de Buenos Aires N° 8, Buenos Aires, Peuser, 1962

ARGENTINA, Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública, Dirección de Estadísticas de Salud, Boletín Estadísticas Vitales y de Salud "Mortalidad Infantil - Región Pampeana y Area Metropolitana Años 1960-66", Serie 5, N°6

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 1, 1961

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 9, 1962

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 11, 1963

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad N° 17, 1964

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 18, 1964

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 23, 1965

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 26, 1966

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Mortalidad en la Capital Federal 1963-67

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 49, 1968

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 66, 1969

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 74, 1970

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 82, 1971

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad Infantil N° 88, 1971

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad Infantil N° 97, 1971

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 108, 1972

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad Infantil N° 107, 1973

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 118, 1973

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Demografía N° 120, 1974

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Estadísticas Vitales N° 125, 1974

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad Infantil N° 129, 1975

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Estadísticas Vitales N° 127, 1975

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad Infantil N° 130, 1976

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Estadísticas Vitales N° 128, 1976

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad Infantil N° 132, 1977

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Estadísticas Vitales N° 131, 1977

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad Infantil N° 138, 1978

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Estadísticas Vitales N° 136, 1978

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad Infantil N° 140, 1979

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Estadísticas Vitales N° 139, 1979

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad Infantil N° 143, 1980

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Estadísticas Vitales N° 142, 1980

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad Infantil N° 147, 1981

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Estadísticas Vitales N° 146, 1981

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Mortalidad Infantil N° 149, 1982

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Boletín Estadísticas Vitales N° 150, 1982

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Tabulados inéditos 1983 a 1990.

CIUDAD DE BUENOS AIRES, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadística y Censos, Bases de nacimientos y de defunciones 1990 a 2002.

ANEXO E - Detalle de las causas de muerte utilizadas en las categorías analizadas. Período 1890-2002

1890-1904

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
cólera infantil coqueluche crup difteria erisipela escarlatina fiebre tifoidea influenza sarampión tétanos tuberculosis viruela	diarrea enteritis	bronconeumonía bronquitis neumonía otras enfermedades del aparato respiratorio	espina bífida hidrocefalia vicio de conformación vicio orgánico al corazón	asfixia debilidad congénita eclamsia infantil esclerema falta de cuidados hemorragia umbilical icteria inanición otras enfermedades de la primera infancia

1905-1929

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
cólera infantil coqueluche crup difteria erisipela escarlatina fiebre tifoidea influenza sarampión tétanos tuberculosis viruela	diarrea enteritis	bronconeumonía bronquitis neumonía otras enfermedades del aparato respira- torio	espina bífida hidrocefalia vicio de conformación vicio orgánico al corazón	asfixia debilidad congénita eclamsia infantil esclerema falta de cuidados hemorragia umbilical icteria inanición otras enfermedades de la primera infancia

1930-1949

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
cólera infantil coqueluche crup difteria erisipela escarlatina fiebre tifoidea influenza sarampión tétanos tuberculosis viruela	diarrea enteritis	bronconeumonía bronquitis neumonía otras enfermedades del aparato respira- torio	espina bífida y menin- gocele fisura del paladar hidrocefalia congénita imperforación del ano malformación congé- nita del corazón otras malf. congénitas 1948-49: Causa 157 - 5° Revisión - 1938	atelectasia consecuencias del parto debilidad congénita eclamsia infantil esclerema icteria inanición otras enfermedades de la primera infancia 1948-49: Capítulo XV Enfermedades propias del primer año de vida 5° revisión - 1938

1950-1969

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
1950-61: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - 6° Revisión - 1948	1950-61: Causa 571 6° Revisión - 1948	1950-61: Causas A87-A97 Nomenclatura intermedia 6° Revisión - 1948	1950-61: Malformaciones congénitas. Causas 750-759 - 6° Revisión - 1948	1950-61: Ciertas enfermedades propias de la I° Infancia Causas 760-776 - 6° Revisión - 1948
1962-68: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - 7° Revisión - 1955	1962-68: Causa B36 Nomenclatura intermedia 7° Revisión - 1955	1962-68: Causas 472-527, excepto 480 7 ° Revisión - 1955	1962-68: Malformaciones congénitas. Causas 750-759 - 7° Revisión - 1955	1962-68: Enfermedades propias de la I° Infancia Causas 760-776 - 7° Revisión - 1955
1969: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - Causas 000-136 excepto 009, más 470-74 (influenza) 8° Revisión - 1965	1969: Causa 009 - 8° Revisión - 1965	1969: Causas 462 - 519, excepto 470-74 8° Revisión - 1965	1969: Anomalías congénitas. Causas 740-759 - 8° Revisión - 1965	1969: Ciertas causas de la morbilidad y la mortalidad perinatales Causas 760-779 - 8° Revisión - 1965

1970-1989

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
1970-78: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - Causas 000-136 excepto 009, más 470-74 (influenza) 8° Revisión - 1965	1970-78: Enfermedad diarreica Causa 009 8° Revisión - 1965	1970-78: Causas 462 - 519, excepto 470-74 8° Revisión - 1965	1970-78: Anomalías congénitas. Causas 740-759 - 8° Revisión - 1965	1970-78: Ciertas causas de la morbilidad y mortalidad perinatales Causas 760-779 - 8° Revisión - 1965
1979-89: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - Causas 001-139 excepto 009, más 487 (influenza) 9° Revisión - 1975	1979-89: Infección intestinal mal definida Causa 009 - 9° Revisión - 1975	1979-89: Causas 460 - 519, excepto 487 - 9° Revisión - 1975	1979-89: Anomalías congénitas. Causas 740-759 - 9° Revisión - 1975	1979-89: Ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Causas 760-779 - 9° Revisión - 1975

1990-2002

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
1990-96: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - Causas 001-139 excepto 009, más 487 (influenza) 9° Revisión - 1975	1990-96: Infección intestinal mal definida Causa 009 - 9° Revisión - 1975	1990-96: Causas 460 - 519, excepto 487 - 9° Revisión - 1975	1990-96: Anomalías congénitas. Causas 740-759 - 9° Revisión - 1975	1990-96: Ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Causas 760-779 - 9° Revisión - 1975
1997-02: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias Causas A00-B99 excepto A09 y A33 - más J10-J11 (influenza) 10° Revisión - 1995	1997-02: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso Causa A09 - 10° Revisión - 1995	1997-02: Enfermedades del sistema respiratorio - Causas J00-J99 excepto J10-J11 (influenza) 10° Revisión - 1995	1997-02: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Causas Q00-Q99 más N07 10° Revisión - 1995	1997-02: Ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Causas P00-P96 más A33 y O43 10° Revisión - 1995

ANEXO E - Detalle de las causas de muerte utilizadas en las categorías analizadas. Período 1890-2002

1890-1904

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
cólera infantil coqueluche crup difteria erisipela escarlatina fiebre tifoidea influenza sarampión tétanos tuberculosis viruela	diarrea enteritis	bronconeumonía bronquitis neumonía otras enfermedades del aparato respira- torio	espina bífida hidrocefalia vicio de conformación vicio orgánico al corazón	asfixia debilidad congénita eclamsia infantil esclerema falta de cuidados hemorragia umbilical icteria inanición otras enfermedades de la primera infancia

1905-1929

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
cólera infantil coqueluche crup difteria erisipela escarlatina fiebre tifoidea influenza sarampión tétanos tuberculosis viruela	diarrea enteritis	bronconeumonía bronquitis neumonía otras enfermedades del aparato respira- torio	espina bífida hidrocefalia vicio de conformación vicio orgánico al corazón	asfixia debilidad congénita eclamsia infantil esclerema falta de cuidados hemorragia umbilical icteria inanición otras enfermedades de la primera infancia

1930-1949

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
cólera infantil coqueluche crup difteria erisipela escarlatina fiebre tifoidea influenza sarampión tétanos tuberculosis viruela	diarrea enteritis	bronconeumonía bronquitis neumonía otras enfermedades del aparato respiratorio	espina bífida y meningocela fisura del paladar hidrocefalia congénita imperforación del ano malformación congénita del corazón otras malf. congénitas 1948-49: Causa 157 - 5° Revisión - 1938	atelectasia consecuencias del parto debilidad congénita eclamsia infantil esclerema icteria inanición otras enfermedades de la primera infancia 1948-49: Capítulo XV Enfermedades propias del primer año de vida 5° revisión - 1938

1950-1969

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
1950-61: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - 6° Revisión - 1948	1950-61: Causa 571 6° Revisión - 1948	1950-61: Causas A87-A97 Nomenclatura intermedia 6° Revisión - 1948	1950-61: Malformaciones congénitas. Causas 750-759 - 6° Revisión - 1948	1950-61: Ciertas enfermedades propias de la I° Infancia Causas 760-776 - 6° Revisión - 1948
1962-68: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - 7° Revisión - 1955	1962-68: Causa B36 Nomenclatura intermedia 7° Revisión - 1955	1962-68: Causas 472-527, excepto 480 7 ° Revisión - 1955	1962-68: Malformaciones congénitas. Causas 750-759 - 7° Revisión - 1955	1962-68: Enfermedades propias de la I° Infancia Causas 760-776 - 7° Revisión - 1955
1969: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - Causas 000-136 excepto 009, más 470-74 (influenza) 8° Revisión - 1965	1969: Causa 009 - 8° Revisión - 1965	1969: Causas 462 - 519, excepto 470-74 8° Revisión - 1965	1969: Anomalías congénitas. Causas 740-759 - 8° Revisión - 1965	1969: Ciertas causas de la morbilidad y la mortalidad perinatales Causas 760-779 - 8° Revisión - 1965

1970-1989

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
1970-78: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - Causas 000-136 excepto 009, más 470-74 (influenza) 8° Revisión - 1965	1970-78: Enfermedad diarreica Causa 009 8° Revisión - 1965	1970-78: Causas 462 - 519, excepto 470-74 8° Revisión - 1965	1970-78: Anomalías congénitas. Causas 740-759 - 8° Revisión - 1965	1970-78: Ciertas causas de la morbilidad y mortalidad perinatales Causas 760-779 - 8° Revisión - 1965
1979-89: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - Causas 001-139 excepto 009, más 487 (influenza) 9° Revisión - 1975	1979-89: Infección intestinal mal definida Causa 009 - 9° Revisión - 1975	1979-89: Causas 460 - 519, excepto 487 - 9° Revisión - 1975	1979-89: Anomalías congénitas. Causas 740-759 - 9° Revisión - 1975	1979-89: Ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Causas 760-779 - 9° Revisión - 1975

1990-2002

Infecciosas y parasitarias	Diarrea y enteritis	Respiratorias	Malformaciones congénitas	Primera edad (perinatales)
1990-96: Cap. I - Enfermedades infecciosas y parasitarias - Causas 001-139 excepto 009, más 487 (influenza) 9° Revisión - 1975	1990-96: Infección intestinal mal definida Causa 009 - 9° Revisión - 1975	1990-96: Causas 460 - 519, excepto 487 - 9° Revisión - 1975	1990-96: Anomalías congénitas. Causas 740-759 - 9° Revisión - 1975	1990-96: Ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Causas 760-779 - 9° Revisión - 1975
1997-02: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias Causas A00-B99 excepto A09 y A33 - más J10-J11 (influenza) 10° Revisión - 1995	1997-02: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso Causa A09 - 10° Revisión - 1995	1997-02: Enfermedades del sistema respiratorio - Causas J00-J99 excepto J10-J11 (influenza) 10° Revisión - 1995	1997-02: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Causas Q00-Q99 más N07 10° Revisión - 1995	1997-02: Ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Causas P00-P96 más A33 y O43 10° Revisión - 1995

ANEXO F – ANALISIS FACTORIAL Y DE CONGLOMERADOS

- **El análisis factorial.**

Es una técnica de reducción de datos que sirve para encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto numeroso de variables. Su propósito último consiste en buscar el número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos. No existe variable dependiente, todas las variables son independientes en el sentido de que no existe a priori una dependencia conceptual de unas variables sobre otras (Pardo y Ruiz, 2002).

El método de extracción utilizado fue el de los componentes principales. Dicho método asume que es posible explicar el 100 por ciento de la varianza observada y, por ello, todas las comunalidades (que explican la proporción de la varianza de una variable que puede ser explicada por el modelo factorial obtenido) iniciales son iguales a la unidad (que es justamente la varianza de una variable en puntuaciones típicas).

- **El procedimiento Conglomerados de K medias.**

Esta técnica de agrupación de casos es similar al análisis discriminante pero, a diferencia de éste, permite detectar el número óptimo de grupos y su composición únicamente a partir de la similitud existente entre los casos en una o más variables, sin otros criterios externos. Se comienza seleccionando los casos más distantes entre sí y luego se asignan el resto de los casos al centro más próximo, actualizando el valor de los centros a medida que se van incorporando nuevos casos. Una vez que todos los casos han sido asignados a uno de los k conglomerados, se inicia un proceso iterativo para calcular los centroides finales de esos k conglomerados (Pardo y Ruiz, 2002).

Es decir, es un procedimiento de tipo aglomerativo, que partiendo de los casos individualmente considerados, intenta ir formando unidades cada vez más amplias hasta llegar a conglomerados homogéneos entre sí. Siempre utiliza la distancia euclídea para medir la distancia entre dos casos.

1. Su aplicación en la desigualdad social espacial.

1.1 Análisis de conglomerados en la década de 1990¹.

1.1.1 Centros iniciales de los conglomerados.

Variables	Conglomerado		
	1	2	3
% Población NBI total	4,80	11,20	31,80
% Hacinamiento	2,80	6,30	8,90
% Vivienda inconveniente	1,60	6,60	28,20
% Condiciones sanitarias	0,90	1,40	3,00
% Niños no escolarizados	0,30	0,90	1,10
% Población NBI 0-4	9,11	23,25	47,74
% Asistencia a est. privado	52,70	31,10	29,50
No escolarizados 15-19	17,00	34,30	36,40
% NBI 0-4 en total NBI	10,23	15,10	11,66
% No escolarizados 20-24	39,40	70,30	70,20

1.1.2 Historial de iteraciones(a).

Iteración	Cambio en los centros de los conglomerados		
	1	2	3
1	13,435	8,439	0,000
2	3,334	3,197	15,682
3	0,000	0,000	0,000

(a) Se ha logrado la convergencia debido a que los centros de los conglomerados no presentan ningún cambio o éste es pequeño. El cambio máximo de coordenadas absolutas para cualquier centro es de 0,000. La iteración actual es 3. La distancia mínima entre los centros iniciales es de 38,968.

1.1.3 Centros de los conglomerados finales.

Variables	Conglomerado		
	1	2	3
Población NBI total	4,74	12,65	23,93
Hacinamiento	2,52	6,06	9,93
Vivienda inconveniente	1,86	8,35	18,33
Condiciones sanitarias	1,04	1,25	2,73
Niños no escolarizados	0,38	0,70	1,13
Población NBI 0-4	8,86	22,30	40,62
Asistencia a est. privado	44,29	33,08	26,83
No escolarizados 15-19	21,13	30,93	39,03
NBI 0-4 en total NBI	10,59	11,86	14,82
No escolarizados 20-24	53,20	63,60	73,50

1.1.4 Número de casos en cada conglomerado.

Conglomerado	1	17
	2	8
	3	3
Total casos		28

¹ Utilizando datos del censo 1991.

1.2. Análisis de conglomerados en la década del 2000².

1.2.1 Centros iniciales de los conglomerados.

Variables	Conglomerado		
	1	2	3
Población NBI total	2,60	17,30	10,70
Hacinamiento	1,17	7,95	4,88
Vivienda inconveniente	1,07	7,49	6,01
Condiciones sanitarias	0,14	1,03	0,66
Niños no escolarizados	0,11	1,05	0,57
Capacidad de subsistencia	0,44	3,85	1,81
Población NBI 0-4	4,90	29,78	29,20
NBI 0-4 en total NBI	7,74	15,24	14,79
Asistencia a establecimiento privado	51,17	24,36	53,35
No escolarizados 15-19	7,94	30,42	14,76
No escolarizados 20-24	25,12	74,01	41,11
Tasa empleo jefe del hogar	62,60	54,90	62,30
Tasa desocupación jefe del hogar	8,75	22,36	9,18
Sin cobertura salud población total	12,53	51,35	23,25
Sin cobertura salud niños 0-4	10,33	63,99	40,99
Mala calidad materiales de la vivienda	3,33	33,58	14,18

1.2.2 Historial de iteraciones(a).

Iteración	Cambio en los centros de los conglomerados		
	1	2	3
1	17,641	15,798	24,322
2	0,000	0,000	0,000

(a) Se ha logrado la convergencia debido a que los centros de los conglomerados no presentan ningún cambio o éste es pequeño. El cambio máximo de coordenadas absolutas para cualquier centro es de 0,000. La iteración actual es 2. La distancia mínima entre los centros iniciales es de 47,180.

1.2.3 Centros de los conglomerados finales.

Variables	Conglomerado		
	1	2	3
Población NBI total	3,44	19,20	11,10
Hacinamiento	1,32	7,94	4,34
Vivienda inconveniente	1,80	12,20	8,17
Condiciones sanitarias	0,10	0,98	0,30
Niños no escolarizados	0,16	0,93	0,40
Capacidad de subsistencia	0,69	3,02	1,23
Población NBI 0-4	5,85	32,93	20,11
NBI 0-4 en total NBI	8,26	13,94	10,19
Asistencia a establecimiento privado	47,71	26,45	38,57
No escolarizados 15-19	10,84	27,78	18,06
No escolarizados 20-24	39,24	69,60	51,35
Tasa empleo jefe del hogar	62,26	57,43	60,42
Tasa desocupación jefe del hogar	10,51	18,72	12,97
Sin cobertura salud población total	18,21	44,90	28,56
Sin cobertura salud niños 0-4	17,62	57,00	34,28
Mala calidad materiales de la vivienda	3,89	25,18	6,63

² Utilizando datos del censo 2001.

1.2.4 Número de casos en cada conglomerado.

Conglomerado	1	10
	2	4
	3	14
Total casos		28

1.3. Análisis de conglomerados en la década del 2000³ con variables comparables a las utilizadas en la década de 1990.

1.3.1 Centros iniciales de los conglomerados.

Variables	Conglomerado		
	1	2	3
Población NBI total	2,60	24,20	3,40
Hacinamiento	1,17	9,65	1,22
Vivienda inconveniente	1,07	20,07	1,04
Condiciones sanitarias	0,14	0,90	0,10
Niños no escolarizados	0,11	0,56	0,29
Población NBI 0-4	4,90	39,03	6,02
NBI 0-4 en total NBI	7,74	11,96	9,17
Asistencia a establecimiento privado	51,17	28,96	42,85
No escolarizados 15-19	7,94	25,70	17,06
No escolarizados 20-24	25,12	66,93	55,59

1.3.2 Historial de iteraciones(a).

Iteración	Cambio en los centros de los conglomerados		
	1	2	3
1	8,710	9,635	11,757
2	3,324	0,000	1,805
3	3,588	0,000	3,819
4	1,226	0,000	1,400
5	0,000	0,000	0,000

(a) Se ha logrado la convergencia debido a que los centros de los conglomerados no presentan ningún cambio o éste es pequeño. El cambio máximo de coordenadas absolutas para cualquier centro es de 0,000. La iteración actual es 5. La distancia mínima entre los centros iniciales es de 32,943.

1.3.3 Centros de los conglomerados finales.

Variables	Conglomerado		
	1	2	3
Población NBI total	3,38	19,54	9,26
Hacinamiento	1,29	7,92	3,62
Vivienda inconveniente	1,70	14,27	6,25
Condiciones sanitarias	0,11	0,80	0,24
Niños no escolarizados	0,16	0,78	0,36
Población NBI 0-4	5,75	34,00	17,06
NBI 0-4 en total NBI	8,32	12,57	10,16
Asistencia a establecimiento privado	47,01	29,74	39,76
No escolarizados 15-19	11,23	25,40	17,10
No escolarizados 20-24	40,15	64,10	49,92

³ Utilizando datos del censo 2001.

1.3.4 Número de casos en cada conglomerado

Conglomerado	1	11
	2	7
	3	10
Total casos		28

2. Su aplicación en la desigualdad espacial de la salud-enfermedad.

2.1 Análisis de conglomerados en la década de 1990⁴.

2.1.1 Centros iniciales de los conglomerados.

Variables	Conglomerado		
	1	2	3
Tasa de natalidad	12,47	15,22	15,62
% madres con baja instrucción	4,57	2,82	6,66
% madres solas	6,80	9,01	9,42
% madres adolescentes	6,91	7,46	12,90
% nacimientos pretérmino	6,13	6,06	6,78
% nacimientos bajo peso	7,19	7,39	6,24
Tasa mortalidad infantil	6,69	16,20	27,59
Tasa mortalidad menor 5 años	12,81	19,72	29,39
Tasa mortalidad fetal	5,01	12,68	18,00
Tasa de mortalidad neonatal	3,34	12,68	15,60
Tasa de mortalidad postneonatal	3,34	3,52	12,00
TMI por causas reducibles	1,11	7,75	8,40
Tasa de mortalidad perinatal	6,65	21,62	25,46

2.1.2 Historial de iteraciones(a).

Iteración	Cambio en los centros de los conglomerados		
	1	2	3
1	8,958	6,376	0,000
2	1,095	3,359	0,000
3	0,000	0,000	0,000

(a) Se ha logrado la convergencia debido a que los centros de los conglomerados no presentan ningún cambio o éste es pequeño. El cambio máximo de coordenadas absolutas para cualquier centro es de 0,000. La iteración actual es 3. La distancia mínima entre los centros iniciales es de 19,845.

⁴ Utilizando datos de las estadísticas vitales del bienio 1991-92.

2.1.3 Centros de los conglomerados finales.

Variables	Conglomerado		
	1	2	3
Tasa de natalidad	12,66	16,40	15,62
% madres con baja instrucción	1,75	3,71	6,66
% madres solas	5,65	9,16	9,42
% madres adolescentes	4,92	9,03	12,90
% nacimientos pretérmino	5,28	5,60	6,78
% nacimientos bajo peso	6,45	6,80	6,24
Tasa mortalidad infantil	12,08	18,62	27,59
Tasa mortalidad menor 5 años	14,16	21,10	29,39
Tasa mortalidad fetal	4,99	9,55	18,00
Tasa de mortalidad neonatal	8,17	12,70	15,60
Tasa de mortalidad postneonatal	3,91	5,93	12,00
TMI por causas reducibles	3,90	6,49	8,40
Tasa de mortalidad perinatal	10,94	18,84	25,46

2.1.4 Número de casos en cada conglomerado

Conglomerado	1	19
	2	8
	3	1
Total casos		28

2.2 Análisis de conglomerados en la década del 2000⁵.

2.2.1 Centros iniciales de los conglomerados.

Variables	Conglomerado		
	1	2	3
Tasa de natalidad	11,91	20,81	17,13
% nacimientos bajo peso	6,94	7,41	8,45
% madres adolescentes	2,61	10,89	10,19
% nacimientos pretérmino	7,04	6,03	6,88
% madres con baja instrucción	0,71	4,56	3,24
% madres solas	4,16	10,02	10,67
Tasa mortalidad infantil	3,41	18,47	9,10
Tasa mortalidad menor 5 años	4,27	20,05	10,40
Tasa mortalidad fetal	3,41	7,47	3,90
Tasa de mortalidad neonatal	2,56	11,79	3,25
Tasa de mortalidad postneonatal	,85	6,68	5,85
TMI por causas reducibles	1,99	11,60	5,85
Tasa de mortalidad perinatal	5,10	14,26	5,83

⁵ Utilizando datos de las estadísticas vitales del bienio 2001-02.

2.2.2 Historial de iteraciones(a).

Iteración	Cambio en los centros de los conglomerados		
	1	2	3
1	6,001	5,896	6,400
2	0,692	1,141	0,754
3	0,000	0,000	0,000

(a) Se ha logrado la convergencia debido a que los centros de los conglomerados no presentan ningún cambio o éste es pequeño. El cambio máximo de coordenadas absolutas para cualquier centro es de 0,000. La iteración actual es 3. La distancia mínima entre los centros iniciales es de 15,701.

2.2.3 Centros de los conglomerados finales.

Variables	Conglomerado		
	1	2	3
Tasa de natalidad	11,92	18,96	15,79
% nacimientos bajo peso	7,17	7,89	7,41
% madres adolescentes	4,52	11,41	6,60
% nacimientos pretérmino	6,94	6,40	6,42
% madres con baja instrucción	1,13	4,64	2,05
% madres solas	5,09	10,72	8,55
Tasa mortalidad infantil	6,84	14,95	10,21
Tasa mortalidad menor 5 años	7,99	17,16	11,48
Tasa mortalidad fetal	3,38	6,07	3,99
Tasa de mortalidad neonatal	4,79	9,67	6,38
Tasa de mortalidad postneonatal	2,05	5,28	3,83
TMI por causas reducibles	3,77	9,24	5,52
Tasa de mortalidad perinatal	6,36	11,47	7,55

2.2.4 Número de casos en cada conglomerado.

Conglomerado	1	14
	2	5
	3	9
Total casos		28

3. Su aplicación en las relaciones espaciales entre la situación de la salud-enfermedad y la desigualdad social en la década de 1990.

3.1 Aplicación del método de los componentes principales.

3.1.1 Matriz de correlaciones (a).

Correlación	Baja instrucción de la madre	Madres solas	Madres adoles centes	Nacimiento pretérmino	Nacimiento bajo peso	Nacimiento múltiparas	Tasa de mortalidad fetal	Tasa de mortalidad postneonatal	Tasa de mortalidad primera infancia	Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	Proporción de niños NBI en el grupo 0-4	Proporción de población NBI	NBI Hac	NBIviv	NBISan	NBIAsis
Baja instrucción de la madre	1,000	0,750	0,897	0,554	0,316	0,857	0,730	0,751	0,751	0,501	0,943	0,919	0,855	0,927	0,677	0,845
Madres solas	0,750	1,000	0,901	0,368	0,586	0,614	0,592	0,665	0,732	0,507	0,815	0,792	0,860	0,744	0,380	0,777
Madres adolescentes	0,897	0,901	1,000	0,471	0,388	0,765	0,724	0,820	0,821	0,564	0,931	0,922	0,910	0,899	0,520	0,875
Nacimiento pretérmino	0,554	0,368	0,471	1,000	0,476	0,437	0,426	0,379	0,400	0,206	0,561	0,554	0,489	0,552	0,579	0,469
Nacimiento bajo peso	0,316	0,586	0,388	0,476	1,000	0,254	0,172	0,173	0,221	0,101	0,359	0,315	0,420	0,256	0,337	0,268
Nacimientos múltiparas	0,857	0,614	0,765	0,437	0,254	1,000	0,493	0,604	0,521	0,181	0,814	0,710	0,761	0,682	0,741	0,744
Tasa de mortalidad fetal	0,730	0,592	0,724	0,426	0,172	0,493	1,000	0,693	0,801	0,690	0,679	0,739	0,620	0,771	0,261	0,751
Tasa de mortalidad postneonatal	0,751	0,665	0,820	0,379	0,173	0,604	0,693	1,000	0,823	0,553	0,772	0,835	0,694	0,842	0,423	0,733
Tasa de mortalidad primera infancia	0,751	0,732	0,821	0,400	0,221	0,521	0,801	0,823	1,000	0,727	0,750	0,809	0,703	0,825	0,211	0,743
TMI por causas reducibles	0,501	0,507	0,564	0,206	0,101	0,181	0,690	0,553	0,727	1,000	0,484	0,599	0,511	0,609	-0,047	0,566
Proporción de niños NBI en el grupo 0-4	0,943	0,815	0,931	0,561	0,359	0,814	0,679	0,772	0,750	0,484	1,000	0,973	0,955	0,949	0,716	0,877
Proporción de población NBI	0,919	0,792	0,922	0,554	0,315	0,710	0,739	0,835	0,809	0,599	0,973	1,000	0,923	0,989	0,613	0,858
NBIHacinamiento	0,855	0,860	0,910	0,489	0,420	0,761	0,620	0,694	0,703	0,511	0,955	0,923	1,000	0,864	0,599	0,905
NBIvivienda	0,927	0,744	0,899	0,552	0,256	0,682	0,771	0,842	0,825	0,609	0,949	0,989	0,864	1,000	0,594	0,824
NBISanitarias	0,677	0,380	0,520	0,579	0,337	0,741	0,261	0,423	0,211	-0,047	0,716	0,613	0,599	0,594	1,000	0,455
NBIAsist Escolar	0,845	0,777	0,875	0,469	0,268	0,744	0,751	0,733	0,743	0,566	0,877	0,858	0,905	0,824	0,455	1,000

Sig. (Unilateral)	Baja instrucción de la madre	Madres solas	Madres adoles- centes	Nacimiento pretérmino	Nacimiento bajo peso	Nacimien- tos múltiparas	Tasa de mortalidad fetal	Tasa de mortalidad postneonatal	Tasa de mortalidad primera infancia	Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	Proporción de niños NBI en el grupo 0-4	Proporción de población NBI	NBI Hac	NBIvivi- enda	NBISan- itarias	NBIAsis- tencia
Baja instrucción de la madre		0,000	0,000	0,001	0,051	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Madres solas	0,000		0,000	0,027	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000	0,023	0,000
Madres adolescentes	0,000	0,000		0,006	0,021	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000
Nacimiento pretérmino	0,001	0,027	0,006		0,005	0,010	0,012	0,023	0,017	0,147	0,001	0,001	0,004	0,001	0,001	0,006
Nacimiento bajo peso	0,051	0,001	0,021	0,005		0,096	0,191	0,190	0,129	0,304	0,030	0,051	0,013	0,095	0,040	0,084
Nacimientos múltiparas	0,000	0,000	0,000	0,010	0,096		0,004	0,000	0,002	0,179	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Tasa de mortalidad fetal	0,000	0,000	0,000	0,012	0,191	0,004		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,090	0,000
Tasa de mortalidad postneonatal	0,000	0,000	0,000	0,023	0,190	0,000	0,000		0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,012	0,000
Tasa de mortalidad primera infancia	0,000	0,000	0,000	0,017	0,129	0,002	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,140	0,000
Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	0,003	0,003	0,001	0,147	0,304	0,179	0,000	0,001	0,000		0,005	0,000	0,003	0,000	0,406	0,001
Proporción de niños NBI en el grupo 0-4	0,000	0,000	0,000	0,001	0,030	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Proporción de población NBI	0,000	0,000	0,000	0,001	0,051	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000
NBIHacinamiento	0,000	0,000	0,000	0,004	0,013	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
NBIvivienda	0,000	0,000	0,000	0,001	0,095	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
NBISanitarias	0,000	0,023	0,002	0,001	0,040	0,000	0,090	0,012	0,140	0,406	0,000	0,000	0,000	0,000		0,008
NBIAsistencia Escolar	0,000	0,000	0,000	0,006	0,084	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,008	

(a) Determinante = 2,851E-16

3.1.2 Comunalidades.

Indicador	Inicial	Extracción
Baja instrucción de la madre	1,000	0,912
Madres solas	1,000	0,726
Madres adolescentes	1,000	0,927
Nacimiento pretérmino	1,000	0,492
Nacimiento bajo peso	1,000	0,327
Nacimientos múltiples	1,000	0,747
Tasa de mortalidad fetal	1,000	0,752
Tasa de mortalidad postneonatal	1,000	0,748
Tasa de mortalidad primera infancia	1,000	0,873
Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	1,000	0,782
Proporción de niños NBI en el grupo 0-4	1,000	0,966
Proporción de población NBI	1,000	0,947
NBIHacinamiento	1,000	0,881
NBIVivienda	1,000	0,921
NBISanitarias	1,000	0,837
NBIAsist Escolar	1,000	0,834

3.1.3 Varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	10,94	68,40	68,40
2	1,73	10,79	79,19
3	1,04	6,51	85,71
4	0,74	4,60	90,31
5	0,37	2,30	92,61
6	0,34	2,10	94,72
7	0,26	1,60	96,32
8	0,19	1,19	97,51
9	0,16	1,01	98,51
10	0,09	0,54	99,05
11	0,07	0,47	99,52
12	0,04	0,26	99,78
13	0,03	0,17	99,94
14	0,01	0,04	99,99
15	0,00	0,01	100,00
16	0,00	0,00	100,00

3.1.4 Matriz de componentes.

Indicador	Componente		
	1	2	3
Baja instrucción de la madre	0,950	0,100	-0,144
Madres solas	0,852	-0,017	0,331
Madres adolescentes	0,962	-0,037	0,034
Nacimiento pretérmino	0,582	0,391	0,220
Nacimiento bajo peso	0,394	0,415	0,788
Nacimientos múltiples	0,789	0,353	-0,299
Tasa de mortalidad fetal	0,785	-0,367	-0,001
Tasa de mortalidad postneonatal	0,839	-0,209	-0,139
Tasa de mortalidad primera infancia	0,843	-0,403	0,069
Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	0,601	-0,649	0,182
Proporción de niños NBI en el grupo 0-4	0,974	0,135	-0,092
Proporción de población NBI	0,973	-0,021	-0,064
NBIHacinam	0,934	0,096	0,036
NBIVivienda	0,957	-0,068	-0,111
NBISan	0,610	0,682	-0,255
NBIAsist	0,909	-0,080	-0,055

3.2 Aplicación del método de conglomerados k medias.

3.2.1. Centros iniciales de los conglomerados.

Indicador	Conglomerado		
	1	2	3
Baja instrucción de la madre	1,3	6,7	3,6
Madres solas	3,3	9,4	10,1
Madres adolescentes	3,1	12,9	10,6
Nacimiento pretérmino	5,5	6,8	5,3
Nacimiento bajo peso	6,0	6,2	6,8
Nacimientos múltiplos	2,7	7,0	4,4
Tasa de mortalidad fetal	2,2	18,0	12,5
Tasa de mortalidad postneonatal	2,2	12,0	5,3
Tasa de mortalidad primera infancia	14,3	29,4	24,9
Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	4,8	8,4	8,3
Proporción de niños NBI en el grupo 0-4	4,4	47,7	28,2
Proporción de población NBI	2,7	31,8	16,6
NBIHacinam	1,4	8,9	7,7
NBIVivienda	0,4	28,2	12,1
NBISan	0,7	3,0	0,8
NBIAsist	0,3	1,1	0,7

3.2.2 Historial de iteraciones (a).

Iteración	Cambio en los centros de los conglomerados		
	1	2	3
1	5,776	0,000	9,485
2	0,000	0,000	0,000

(a) Se ha logrado la convergencia debido a que los centros de los conglomerados no presentan ningún cambio o éste es pequeño. El cambio máximo de coordenadas absolutas para cualquier centro es de 0,000. La iteración actual es 2. La distancia mínima entre los centros iniciales es de 31,568.

3.2.3 Centros de los conglomerados finales.

Indicador	Conglomerado		
	1	2	3
Baja instrucción de la madre	1,5	6,7	3,5
Madres solas	5,2	9,4	8,9
Madres adolescentes	4,5	12,9	8,5
Nacimiento pretérmino	5,1	6,8	5,7
Nacimiento bajo peso	6,3	6,2	7,0
Nacimientos múltiplos	3,3	7,0	5,4
Tasa de mortalidad fetal	5,0	18,0	8,3
Tasa de mortalidad postneonatal	3,8	12,0	5,5
Tasa de mortalidad primera infancia	14,1	29,4	19,3
Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	4,0	8,4	5,7
Proporción de niños NBI en el grupo 0-4	7,7	47,7	25,4
Proporción de población NBI	4,4	31,8	13,7
NBIHacinam	2,4	8,9	6,7
NBIVivienda	1,6	28,2	9,1
NBISan	0,9	3,0	1,8
NBIAsist	0,4	1,1	0,8

3.2.4 Número de casos en cada conglomerado.

Conglomerado	1	16
	2	1
	3	11
Total casos		28

4. Su aplicación en las relaciones espaciales entre la situación de la salud-enfermedad y la desigualdad social en la década del 2000.

4.1 Aplicación del método de los componentes principales.

4.1.1 Matriz de correlaciones (a).

Indicador	Madres baja instrucción	Madres solas	Madres adolescentes	Nacimien tos pretérmino	Nacimientos bajo peso	Nacimien tos múltiparas	Tasa de mortalidad primera infancia	Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	Tasa de mortalidad fetal	Tasa de mortalidad postneona tal	Proporción de NBI en población total	Proporción de NBI en población 0-4	Proporción NBI por hacinamiento	Proporción NBI por tipo de vivienda	Proporción NBI por condiciones sanitarias	Proporción NBI por asistencia escolar
Madres baja instrucción	1,000	0,706	0,838	-0,153	0,516	0,803	0,682	0,706	0,515	0,746	0,668	0,705	0,740	0,489	0,849	0,877
Madres solas	0,706	1,000	0,861	-0,223	0,428	0,902	0,788	0,698	0,403	0,759	0,865	0,862	0,879	0,791	0,778	0,759
Madres adolescentes	0,838	0,861	1,000	-0,237	0,470	0,867	0,805	0,781	0,542	0,804	0,842	0,833	0,861	0,724	0,852	0,869
Nacimientos pretérmino	-0,153	-0,223	-0,237	1,000	0,495	-0,147	-0,305	-0,131	-0,420	-0,366	-0,006	0,002	-0,036	0,035	-0,008	-0,170
Nacimientos bajo peso	0,516	0,428	0,470	0,495	1,000	0,484	0,308	0,458	-0,046	0,276	0,479	0,455	0,481	0,415	0,519	0,509
Nacimientos múltiparas	0,803	0,902	0,867	-0,147	0,484	1,000	0,755	0,699	0,545	0,770	0,887	0,907	0,927	0,798	0,853	0,849
Tasa de mortalidad primera infancia	0,682	0,788	0,805	-0,305	0,308	0,755	1,000	0,919	0,490	0,810	0,774	0,768	0,792	0,671	0,754	0,729
Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	0,706	0,698	0,781	-0,131	0,458	0,699	0,919	1,000	0,364	0,728	0,707	0,687	0,722	0,586	0,722	0,745
Tasa de mortalidad fetal	0,515	0,403	0,542	-0,420	-0,046	0,545	0,490	0,364	1,000	0,525	0,496	0,552	0,537	0,422	0,483	0,560
Tasa de mortalidad postneonatal	0,746	0,759	0,804	-0,366	0,276	0,770	0,810	0,728	0,525	1,000	0,668	0,719	0,718	0,554	0,734	0,803

Indicador	Madres baja instrucción	Madres solteras	Madres adolescentes	Nacimien tos pretérmino	Nacimientos bajo peso	Nacimien tos multíparas	Tasa de mortalidad primera infancia	Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	Tasa de mortalidad fetal	Tasa de mortalidad postneona tal	Proporción de NBI en población total	Proporción de NBI en población 0-4	Proporción NBI por hacinamiento	Proporción NBI por tipo de vivienda	Proporción NBI por condiciones sanitarias	Proporción NBI por asistencia escolar
Proporción de NBI en población total	0,668	0,865	0,842	-0,006	0,479	0,887	0,774	0,707	0,496	0,668	1,000	0,983	0,988	0,967	0,817	0,719
Proporción de NBI en población 0-4	0,705	0,862	0,833	0,002	0,455	0,907	0,768	0,687	0,552	0,719	0,983	1,000	0,984	0,938	0,844	0,749
Proporción NBI por hacinamiento	0,740	0,879	0,861	-0,036	0,481	0,927	0,792	0,722	0,537	0,718	0,988	0,984	1,000	0,933	0,844	0,762
Proporción NBI por tipo de vivienda	0,489	0,791	0,724	0,035	0,415	0,798	0,671	0,586	0,422	0,554	0,967	0,938	0,933	1,000	0,689	0,546
Proporción NBI por condiciones sanitarias	0,849	0,778	0,852	-0,008	0,519	0,853	0,754	0,722	0,483	0,734	0,817	0,844	0,844	0,689	1,000	0,889
Proporción NBI por asistencia escolar	0,877	0,759	0,869	-0,170	0,509	0,849	0,729	0,745	0,560	0,803	0,719	0,749	0,762	0,546	0,889	1,000
Sig. (Unilateral)																
Madres baja instrucción		0,000	0,000	0,219	0,002	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000
Madres solas	0,000		0,000	0,127	0,012	0,000	0,000	0,000	0,017	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Madres adolescentes	0,000	0,000		0,113	0,006	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Nacimientos pretérmino	0,219	0,127	0,113		0,004	0,228	0,057	0,253	0,013	0,028	0,489	0,497	0,427	0,429	0,484	0,194
Nacimientos bajo peso	0,002	0,012	0,006	0,004		0,005	0,055	0,007	0,408	0,078	0,005	0,008	0,005	0,014	0,002	0,003

Indicador	Madres baja instrucción	Madres solas	Madres adolescentes	Nacimien tos pretérmino	Nacimientos bajo peso	Nacimien tos multíparas	Tasa de mortalidad primera infancia	Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	Tasa de mortalidad fetal	Tasa de mortalidad postneona tal	Proporción de NBI en población total	Proporción de NBI en población 0-4	Proporción NBI por hacinamiento	Proporción NBI por tipo de vivienda	Proporción NBI por condiciones sanitarias	Proporción NBI por asistencia escolar
Nacimientos multíparas	0,000	0,000	0,000	0,228	0,005		0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Tasa de mortalidad primera infancia	0,000	0,000	0,000	0,057	0,055	0,000		0,000	0,004	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	0,000	0,000	0,000	0,253	0,007	0,000	0,000		0,028	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
Tasa de mortalidad fetal	0,003	0,017	0,001	0,013	0,408	0,001	0,004	0,028		0,002	0,004	0,001	0,002	0,013	0,005	0,001
Tasa de mortalidad postneonatal	0,000	0,000	0,000	0,028	0,078	0,000	0,000	0,000	0,002		0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
Proporción de NBI en población total	0,000	0,000	0,000	0,489	0,005	0,000	0,000	0,000	0,004	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Proporción de NBI en población 0-4	0,000	0,000	0,000	0,497	0,008	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000
Proporción NBI por hacinamiento	0,000	0,000	0,000	0,427	0,005	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
Proporción NBI por tipo de vivienda	0,004	0,000	0,000	0,429	0,014	0,000	0,000	0,001	0,013	0,001	0,000	0,000	0,000		0,000	0,001

Indicador	Madres baja instrucción	Madres solas	Madres adolescentes	Nacimien tos pretérmino	Nacimientos bajo peso	Nacimien tos multíparas	Tasa de mortalidad primera infancia	Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	Tasa de mortalidad fetal	Tasa de mortalidad postneona tal	Proporción de NBI en población total	Proporción de NBI en población 0-4	Proporción NBI por hacinamiento	Proporción NBI por tipo de vivienda	Proporción NBI por condiciones sanitarias	Proporción NBI por asistencia escolar
Proporción NBI por condiciones sanitarias	0,000	0,000	0,000	0,484	0,002	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000
Proporción NBI por asistencia escolar	0,000	0,000	0,000	0,194	0,003	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	

(a) Determinante = 1,729E-15

4.1.2 Comunidades.

Indicador	Inicial	Extracción
Madres baja instrucción	1,000	0,720
Madres solas	1,000	0,826
Madres adolescentes	1,000	0,889
Nacimientos pretérmino	1,000	0,869
Nacimientos bajo peso	1,000	0,752
Nacimientos multíparas	1,000	0,899
Tasa de mortalidad fetal	1,000	0,583
Tasa de mortalidad postneonatal	1,000	0,784
Tasa de mortalidad primera infancia	1,000	0,797
Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	1,000	0,681
Proporción de NBI en población 0-4	1,000	0,903
Proporción de NBI en población total	1,000	0,895
Proporción NBI por hacinamiento	1,000	0,929
Proporción NBI por tipo de vivienda	1,000	0,729
Proporción NBI por condiciones sanitarias	1,000	0,841
Proporción NBI por asistencia escolar	1,000	0,795

4.1.3 Varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	11,07	69,17	69,17
2	1,82	11,39	80,56
3	1,02	6,35	86,91
4	0,68	4,24	91,16
5	0,43	2,69	93,84
6	0,27	1,66	95,50
7	0,21	1,29	96,79
8	0,13	0,81	97,60
9	0,12	0,77	98,37
10	0,10	0,60	98,96
11	0,08	0,50	99,47
12	0,04	0,28	99,74
13	0,03	0,16	99,91
14	0,01	0,06	99,96
15	0,00	0,03	99,99
16	0,00	0,01	100,00

4.1.4 Matriz de componentes.

Indicador	Componente		
	1	2	3
Madres baja instrucción	0,847	-0,037	0,380
Madres solas	0,909	-0,015	-0,097
Madres adolescentes	0,940	-0,073	0,101
Nacimientos pretérmino	-0,152	0,920	-0,014
Nacimientos bajo peso	0,507	0,703	0,338
Nacimientos múltiples	0,948	0,018	-0,055
Tasa de mortalidad primera infancia	0,872	-0,189	0,060
Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	0,825	-0,015	0,248
Tasa de mortalidad fetal	0,578	-0,498	-0,165
Tasa de mortalidad postneonatal	0,839	-0,285	0,189
Proporción de NBI en población total	0,933	0,157	-0,309
Proporción de NBI en población 0-4	0,942	0,125	-0,281
Proporción NBI por hacinamiento	0,957	0,116	-0,240
Proporción NBI por tipo de vivienda	0,829	0,204	-0,497
Proporción NBI por condiciones sanitarias	0,911	0,102	0,144
Proporción NBI por asistencia escolar	0,889	-0,060	0,327

4.2 Aplicación del método de conglomerados k medias.

4.2.1 Centros iniciales de los conglomerados.

Indicador	Conglomerado		
	1	2	3
Madres baja instrucción	0,7	2,5	3,9
Madres solas	4,2	10,7	7,9
Madres adolescentes	2,6	9,8	5,8
Nacimientos pretérmino	7,0	6,2	7,1
Nacimientos bajo peso	6,9	6,8	6,8
Nacimientos múltiples	1,0	5,5	4,7
Tasa de mortalidad primera infancia	4,3	18,3	11,1
Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	2,0	8,2	4,5
Tasa de mortalidad fetal	3,4	6,9	6,0
Tasa de mortalidad postneonatal	0,9	5,0	5,0
Proporción de NBI en población total	2,4	24,6	10,7
Proporción de NBI en población 0-4	2,9	41,2	29,2
Proporción NBI por hacinamiento	0,9	9,0	4,9
Proporción NBI por tipo de vivienda	0,9	21,6	6,0
Proporción NBI por condiciones sanitarias	0,1	0,6	0,7
Proporción NBI por asistencia escolar	0,2	0,4	0,6

4.2.2 Historial de iteraciones (a).

Iteración	Cambio en los centros de los conglomerados		
	1	2	3
1	6,812	7,588	7,066
2	0,000	0,000	0,000

(a) Se ha logrado la convergencia debido a que los centros de los conglomerados no presentan ningún cambio o éste es pequeño. El cambio máximo de coordenadas absolutas para cualquier centro es de 0,000. La iteración actual es 2. La distancia mínima entre los centros iniciales es de 26,289.

4.2.3 Centros de conglomerados finales.

Indicador	Conglomerado		
	1	2	3
Madres baja instrucción	1,1	3,4	3,0
Madres solas	5,3	10,7	8,8
Madres adolescentes	4,5	10,7	7,7
Nacimientos pretérmino	6,7	6,7	6,7
Nacimientos bajo peso	7,1	7,9	7,6
Nacimientos múltiparas	1,9	6,1	4,9
Tasa de mortalidad primera infancia	8,6	15,1	12,5
Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles	4,1	7,8	6,1
Tasa de mortalidad fetal	3,2	5,3	4,9
Tasa de mortalidad postneonatal	2,4	5,0	3,7
Proporción de NBI en población total	3,7	21,8	13,8
Proporción de NBI en población 0-4	6,5	37,0	25,2
Proporción NBI por hacinamiento	1,4	8,3	5,7
Proporción NBI por tipo de vivienda	1,8	17,8	9,2
Proporción NBI por condiciones sanitarias	0,1	0,8	0,5
Proporción NBI por asistencia escolar	0,2	0,7	0,6

4.2.4 Número de casos en cada conglomerado.

Conglomerado	1	15
	2	4
	3	9
Total casos		28

ANEXO G – LAS POLITICAS Y PROGRAMAS DE SALUD ANTES DE 1990 SEGÚN ETAPAS

El análisis de la transición epidemiológica permitió orientar la búsqueda hacia aquellas modificaciones experimentadas por la realidad política, en especial las políticas y programas de salud, que demostraron tener mayor incidencia en las variaciones registradas en el nivel de mortalidad de la primera infancia. En el período transcurrido entre 1860 y 1989 se identificaron seis etapas.

1. Antes de 1880. Etapa pre-organizativa de la protección a la primera infancia.

Se afirmó que la disminución de la mortalidad, en sus comienzos, fue principalmente el resultado de causas vinculadas con el mejoramiento general del nivel de vida, pero que a partir de la segunda mitad del Siglo XIX las reformas sanitarias y los movimientos en favor de la salud pública adquirieron relevancia (Naciones Unidas, 1978). El movimiento de reforma sanitaria se inició en Inglaterra en el Siglo XIX como reacción contra los males que originó la Revolución Industrial, siendo Edwin Chadwick uno de los primeros líderes de ese movimiento. Publicó su *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain* en 1842 donde mostró la relación existente entre la suciedad del ambiente y las enfermedades. En Argentina, después de Caseros, nacieron en forma casi simultánea algunos organismos provinciales que se ocuparon de este tema y una institución nacional: el Consejo Nacional de Higiene, que más tarde en 1880 se transformó en el Departamento Nacional de Higiene dependiente del Ministerio del Interior.

El Parlamento dictó el 16 de octubre de 1854 la Ley Orgánica de Municipalidades en la cual definió las funciones de las Comisiones de Higiene y de Obras Públicas. La primera debía ocuparse de la desinfección del aire, de las aguas y todo aquello que fuera materia de la higiene general; la otra se ocupó del arreglo de las calles, los desagües y los trabajos que aseguraran el estado de las vías públicas. Esta ley fue el primer antecedente de

las medidas que en concepto de saneamiento ambiental, se llevaron a cabo en la Ciudad.

Durante el período 1856-1874, la Municipalidad de Buenos Aires dictó varias medidas de higiene: Prohibición de excavar pozos para inodoros y sumideros de aguas servidas a menos de 80 m. de pozos para sacar agua (30-07-1861), Prohibición de guardar cerdo en pie en el municipio (06-04-1867), Normas sobre funcionamiento y salubridad de establecimientos industriales (27-09-1867), Prohibición de bañar caballos y carruajes en la costa del río (27-04-1868), Prohibición de lavar lana en la costa del río (08-10-1868), Reglamentación del modo de extraer agua del río (05-07-1870), Orden de separar las basuras animales de las minerales en los desechos domiciliarios (09-03-1871), Normas sobre construcción de letrinas (23-03-1871), Inspección e higienización de los hoteles y casas de vecindad (14-06-1871) y de los conventillos, inquilinatos y bodegones (16-06-1871), Prohibición de arrojar agua a la calle (20-03-1872), Denuncia obligatoria de enfermedades contagiosas por los dueños o inquilinos de casas (07-04-1872), Delimitación de la zona del río en que se podía lavar ropa (25-07-1872), Salubridad y conservación de edificios (26-12-1872), Ordenanza Municipal prohibiendo rigurosamente la entrada a la Ciudad de toda persona procedente de países infectados por las epidemias reinantes en la época (marzo de 1873), Inspección de alimentos en la vía pública (5-1-1875), Creación de comisiones de higiene en cada parroquia estableciendo visitas quinquenales domiciliarias a las casas de la vecindad (15-9-1875) y Registro general de inquilinatos y conventillos (30-10-1875) (Besio Moreno, 1939).

La provisión de agua corriente y la construcción de cloacas constituyeron dos de los más serios problemas que debió afrontar el gobierno municipal en el período. En Buenos Aires no existía servicio de provisión de agua, la población se abastecía usando los pozos (primera napa), recogiendo en aljibes o en cisternas el agua de las lluvias o comprando la que vendían los aguateros. En el primer caso, el agua estaba contaminada por las filtraciones de los pozos para letrinas que se excavaban cerca de los de agua.

El primer proyecto integral de agua corriente y cloacas fue realizado en 1859 por el Ing. Coghlan; posteriormente en 1869 el Ing. Bateman presentó un proyecto completo de agua corriente, cloacas y desagües que

complementó al anterior. El plan de salubridad destinado a dar una solución integral (en cuanto a fuente, tratamiento y red de distribución) al problema de la provisión de agua potable estaba basado en estos dos proyectos y fue puesto en marcha en 1871. Unos años más tarde, en 1874, comenzaron las obras cloacales, pero la revolución política y la crisis económica de ese año, trajeron como consecuencia su paralización; las obras se continuaron luego de 1880.

Con respecto a la atención médica, los cuidados de la salud previos a la década de 1880 dentro del ámbito público, fueron tomados a su cargo por el Consejo Nacional de Higiene, por la Comisión Municipal de Higiene y por la Sociedad de Beneficencia (creada por Rivadavia en 1823). El Consejo Nacional de Higiene se ocupó principalmente de controlar la higiene del puerto mientras que los servicios hospitalarios quedaron a cargo del gobierno municipal o de la Sociedad de Beneficencia.

Los principales hospitales públicos eran: Hospital General de Hombres (siglo XVIII), Hospital de Mujeres (1774), Hospital de Alienados (1854), Hospital de las Mercedes (1859), San Roque (1871), Hospital de Niños San Luis Gonzaga (1875) después Hospital R. Gutiérrez y Santa Lucía (1879). En el ámbito privado, pertenecientes a las colectividades extranjeras estaban: el Hospital Francés (1842), el Británico (1844), el Italiano (1872), el Español (1877) y el Alemán (1878). A fines de este período, en el año 1873, se crea la Cruz Roja Argentina.

El vínculo del hospital con la pobreza era fuerte; el concepto de hospital surge con claridad de la definición de Rawson (1876:230): "Los hospitales son establecimientos o casas en donde se presta auxilio a los pobres". Este concepto se proyectará hasta el presente entre los sectores medios y altos de la ciudad.

En los servicios municipales y de beneficencia, la atención médica era totalmente gratuita sólo para aquellos que una Ordenanza Municipal de 1902 caracterizaba como pobres de solemnidad. Así se denominaba a los pobres de todo recurso, mientras se registraba como pobres a quienes poseían algún recurso propio o recibían algún tipo de ayuda, ya fuera de sus familiares, de sociedades pías o de particulares. Los primeros no abonaban su asistencia mientras que los segundos lo hacían según un cuadro tarifario (Belmartino,

2005). Hacia 1921 se suprimió el certificado de pobreza y se inició una etapa de servicio universal y gratuito sin limitaciones.

También la Sociedad de Beneficencia había establecido aranceles para la atención de los pacientes con capacidad de pago y la misma dinámica se registraba en los hospitales de colectividades que establecían pensiones diferenciales para los pacientes con capacidad de pago, descuentos para sus socios y para los miembros de sociedades de socorros mutuos (Belmartino, 2005).

Alrededor de 1869, Buenos Aires poseía unas 3 camas por mil habitantes (Veronelli, 1975) y 8,2 médicos cada diez mil habitantes (Mazzeo, 1993) ¹. La falta permanente de espacio adecuado y la escasez de camas fueron una constante durante el período. Los hospitales de la época eran considerados verdaderas necrópolis. Coni denunció en sus escritos las condiciones higiénicas deplorables del antiguo Hospital General de Hombres, del Hospital General de Mujeres y del Hospicio de las Mercedes, que contribuían a que murieran gran parte de los internados (Recalde, 1989). También es demoledora la crítica de Rawson a las condiciones higiénicas de los dos grandes hospitales públicos de la Ciudad, el de Hombres y el de Mujeres: “el primero es un verdadero cementerio de vivos, el segundo, aún es más mortífero que el anterior” (Vaccarezza, 1986:69).

Por su parte la ilegitimidad, históricamente relacionada con la pobreza y el abandono, era considerada causa de primer orden en la mortalidad infantil (Rodríguez, 1936). Al abandono del recién nacido por parte de sus familiares se lo suponía “uno de los males sociales que contribuyeron en mayor proporción al aumento de la mortalidad infantil” (Rodríguez, 1936:122).

Atendiendo tales circunstancias se crearon instituciones de protección a los niños abandonados, ideándose un sistema que permitiera a las personas que los entregaban ocultar completamente su identidad. En la Ciudad, la Casa de Expósitos funcionó con el sistema italiano de turno libre desde 1779 hasta 1838, cuando fue suprimido por decreto presidencial. En 1852 volvió a organizarse bajo la dirección de la Sociedad de Beneficencia con el mismo

¹ Estos indicadores se colocan como referencia, ya que los servicios de salud no eran utilizados sólo por la población de la ciudad sino por habitantes del resto del país, especialmente de lo que ahora se conoce como Conurbano Bonaerense.

sistema, que recién fue reemplazado en 1891, año en que se sustituyó el torno libre por una oficina de Admisión, “luego de haberse recibido alrededor de 17.000 niños” (Rodríguez, 1936:122).

El ingreso por el sistema de torno libre se realizaba de la siguiente manera: “en uno de los muros exteriores del establecimiento existía un hueco colocado generalmente bajo una inscripción alusiva, en el hueco podía verse una canasta oculta a la visión interior que servía de receptáculo a las criaturas, existiendo, además, a mano, el cordón de una campana de alarma que servía para anunciar al personal del establecimiento la presencia de un nuevo niño abandonado” (Rodríguez, 1936:122). Al sonar la campana se hacía girar hacia el interior de la casa el aparato que sostenía la canasta donde se había depositado el niño².

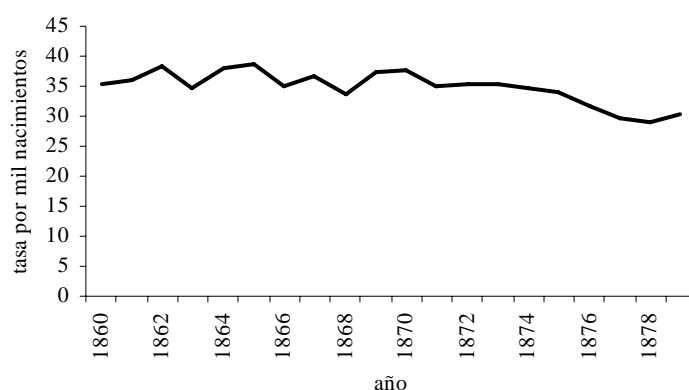
Al modificarse este sistema, a través de una oficina de Admisión, se fijó en tres meses la edad máxima para admitir a los niños, pudiendo extenderse hasta seis en determinadas circunstancias. Como condición indispensable se exigía la comprobación de la necesidad que motivaba la entrega del niño por parte de los progenitores y la autorización especial de éstos si el niño fuera entregado por terceros; si el niño era presentado como huérfano se solicitaba la comprobación del fallecimiento de las personas que lo habían reconocido como hijo. Posteriores reglamentaciones del establecimiento permitieron la admisión de la madre con el niño cuando la necesidad que impulsaba el abandono era de carácter económico; se trataba de que la madre fuera "la nodriza pagada de su propio hijo" dando alojamiento a los dos. En realidad, el estilo de recepción poco se distanciaba del torno, ya que la o el depositante podía mantener su anonimato porque no existía una indagación obligatoria de la maternidad. La única diferencia consistía en que se exhortaba personalmente al no abandono del niño (Nari, 1996). Según médicos de la época, la Casa de Expósitos realizaba una verdadera obra social haciendo "la profilaxis del abandono y del destete prematuro" (Rodríguez, 1936:127).

² La leyenda original de la Casa de Expósitos decía: “Mi padre y mi madre me arrojan de sí, la caridad divina me recoge aquí” (Puga, 1997).

En este período la Ciudad registró importantes cambios en el volumen de su población; la Ciudad empieza a crecer³, principalmente a consecuencia de la llegada masiva de inmigrantes cuya importancia numérica fue en aumento. La cantidad de nacimientos en este período se duplicó⁴ y la tasa de natalidad de la Ciudad se mantuvo entre el 30 y 38 por mil habitantes.

En cuanto a la atención de los partos, es necesario remontarse hasta la época de Rivadavia para encontrar el antecedente de las maternidades. Rivadavia, sosteniendo principios que hoy se consideran fundamentales para la protección integral de la madre y el niño, fundó en 1823 una “Casa de Partos Públicos y Secretos” entregándola para su dirección a la Sociedad de Beneficencia. Treinta años más tarde, esta misma Sociedad instituyó la primera Maternidad en el Hospital de Mujeres⁵. Por otra parte existía la asistencia maternal a domicilio ejercida por médicos y por parteras, enmarcados en los conceptos modernos de protección médico-social a la madre y al niño (Rodríguez, 1936).

Gráfico 1
Tasa de natalidad. Ciudad de Buenos Aires, 1860-1879.



Fuente: elaboración sobre la base de Mazzeo, 1990.

³ Entre los censos de 1855 y 1869 la tasa intercensal de crecimiento anual medio es del orden del 50,5 por mil (Mazzeo, 1993).

⁴ En 1860 nacieron 4.481 niños y 9.878 en 1879 (Mazzeo, 1990).

⁵ Este hospital se inauguró en 1774 como una sala de trece camas, ubicado en la actual calle Bartolomé Mitre al 800. En 1822, Rivadavia lo hizo depender del gobierno de la provincia de Buenos Aires y lo amplió; en 1825 contaba con 65 camas. En 1852 pasó a depender de la Sociedad de Beneficencia y en 1887 se trasladó a Palermo y se lo nombró Hospital Rivadavia. En 1946 se convirtió en hospital mixto y pasó a depender del Estado.

En este período la atención de los niños se basaba en la concepción de que el niño era un adulto en miniatura. La enseñanza de sus enfermedades estaba dentro de los contenidos educativos de la Clínica Médica o de la Cátedra de Partos. Fue recién alrededor de 1880 que comenzaron a crearse las cátedras de Pediatría en las Facultades de Medicina latinoamericanas y de esta manera se iniciaron avances notables en relación al conocimiento de la crianza del niño, de los cuidados de su salud y de sus enfermedades. Posteriormente, en las primeras décadas del siglo XX, se crearon las Sociedades Nacionales de Pediatría (Puga, 1997)⁶. En síntesis, para Buenos Aires esta fue una etapa de iniciación de grandes transformaciones: se discutieron y propusieron las soluciones para los problemas funcionales y de equipamiento de la Ciudad. Muchas de las obras iniciadas en el período concluyeron en etapas posteriores, en las cuales se dio un decisivo impulso al desarrollo de la Ciudad y a la organización del sistema de atención de la salud, específicamente en lo referido a la protección de las madres y de la primera infancia. Es en definitiva un período al que puede llamarse "Etapa Pre-Organizativa de la Protección de la Primera Infancia".

2. Período 1880-1904 – Etapa del saneamiento de la Ciudad.

En este período, como ya se adelantara, continuaron las obras de infraestructura y equipamiento de la Ciudad iniciadas en la etapa anterior. A partir de 1885 el saneamiento de la Ciudad comenzó a dominar las epidemias; la ingeniería sanitaria sumada a la activa intervención de las instituciones de la salud pública frenaron la elevada mortalidad.

A partir de 1880, al declararse Buenos Aires capital de la República, se consolidó lentamente el poder municipal. En 1882 se promulgó la Ley Orgánica de la Municipalidad que estableció dos ramas del gobierno comunal: un Consejo Deliberante de tipo consultivo y legislativo y un Departamento Ejecutivo a cargo de un Intendente designado por el Presidente de la Nación.

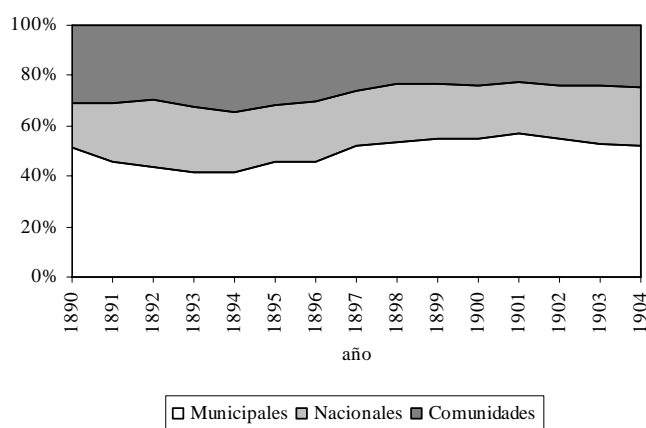
En 1883 comenzó a funcionar en la Municipalidad la Asistencia Pública. Sus funciones eran la inspección técnica de los servicios de higiene

⁶ La Sociedad Argentina de Pediatría se fundó el 20 de octubre de 1911.

pública, de los mataderos, tambos, etc.; la profilaxis urbana de las enfermedades infectocontagiosas y los servicios de desinfección y vacunación antivariólica y antirrábica; análisis químicos, bacteriológicos y observaciones meteorológicas en relación con la higiene urbana y el servicio sanitario de la prostitución. Las actividades de profilaxis las desarrollaba en los hospitales, a domicilio y en consultorios, siendo de su competencia, además de la atención médica, la entrega de medicamentos a los enfermos pobres. También dependían de ella los asilos, el servicio de autopsias para fallecidos sin atención médica y el servicio de primeros auxilios para los accidentes que ocurrieran en cualquier parte del municipio.

Los hospitales fueron convirtiéndose lentamente en verdaderos centros asistenciales, aumentando sus dimensiones y sofisticando su equipamiento. Se inauguraron nuevos hospitales: Muñiz (1886); Rawson (1887); Fernández (1889); Pirovano (1895); Argerich (1897); Alvarez (1901) y Tornú (1904). Aumentó la cantidad de camas por mil habitantes: 4,1 (1887), 7,1 (1890) y 9,0 (1904) y la de médicos cada diez mil habitantes: 10,1 (1887), 9,7 (1895 y 1904) (Mazzeo, 1993). Los hospitales municipales comenzaron a tener mayor intervención en el total de enfermos hospitalizados. A partir de 1890 y hasta finales del período registraron una participación promedio del 50 por ciento, siguiéndoles en importancia los hospitales de las colectividades extranjeras. Puede afirmarse que Buenos Aires era ya la ciudad argentina donde había mayor concentración de oferta; por otro lado, en ella se atendía no sólo la población de la Ciudad sino también de las provincias.

Gráfico 2
Enfermos hospitalizados según dependencia. Ciudad de Buenos Aires, 1890-1904.



Fuente: elaboración sobre la base de Ciudad de Buenos Aires, 1910:289-290.

En este período, la preocupación fundamental de la política sanitaria fue la de reducir la alta mortalidad y la de poder desplegar la influencia de las instituciones públicas encargadas de preservar la salud para todo el conjunto de la sociedad. Existían 20 médicos seccionales (para cada una de las secciones que formaban el municipio) cuyas funciones eran las de controlar y atender las cuestiones sanitarias en las mismas parroquias, pero por recortes presupuestarios fueron suprimidos en 1888, reimplantándose un año más tarde para ser eliminados con la crisis de 1890. Según un reglamento de 1888, estos médicos debían residir dentro del radio de la sección a su cargo, atender consultas diariamente en su consultorio o en el local de la comisión de higiene y acudir al llamado de los enfermos indigentes a cualquier hora del día o la noche que lo solicitaran. En los casos de enfermedades infecciosas debían ayudar a los médicos particulares en la desinfección de las habitaciones, ropas y letrinas y en el aislamiento de los enfermos (Martínez, 1889).

Por su parte, las casas de socorro o postas de barrio fueron el antecedente de los hospitales barriales o suburbanos que se encargaban de recibir a los enfermos para distribuirlos luego en los hospitales. La primera casa fue instalada en 1884, luego cesó en sus funciones ya que el lugar fue destinado a Hospital de Crónicos, y fueron reinstaladas en 1892.

En 1890, el Intendente Municipal de la Capital, Sr. Francisco P. Bollini, resolvió nombrar una comisión de médicos y demógrafos a la que le encargó determinar las causas de la elevadísima tasa de mortalidad infantil en Buenos Aires⁷ y sugerir medidas para su disminución. Emilio R. Coni, presidente de dicha comisión, incluyó en su informe, entre los factores de morbi-mortalidad infantil, las condiciones de vida y de trabajo de las madres obreras. Los trabajos de la comisión fueron reunidos en el informe *Patronato y Asistencia de la Infancia en la Capital de la República* que fue presentado en febrero de 1892 al Intendente Municipal. Entre sus propuestas se incluían dos proyectos de ley: uno de protección de la mujer en la industria y otro respecto al trabajo de los niños, elaborados por los doctores José Penna y Emilio R. Coni respectivamente. El Dr. Penna reclamaba medidas de

⁷ En el quinquenio 1885-1889 la mortalidad infantil fue de 185 por mil y la mortalidad de la primera infancia de 286 por mil.

protección legal; su argumento se basaba en que la falta de descanso durante el embarazo y el puerperio incidía poderosamente en la mortinatalidad y en la mortalidad infantil, mucho más elevada entre los hijos de obreras que en los de mujeres de otras clases sociales. Ambos proyectos fueron elevados por las autoridades comunales al Congreso Nacional pero no fueron considerados.

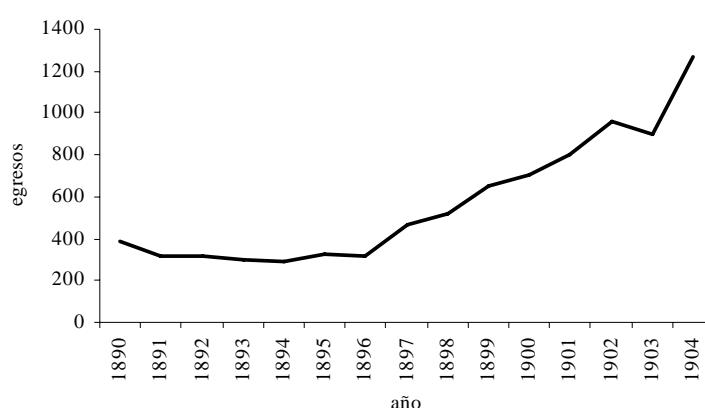
Entre las causas de mortalidad infantil indicadas en el informe, se encuentra la ilegitimidad. Señalaba Eugenio F. Ramírez que sus efectos respecto al niño eran perniciosos ya que traían aparejado la ausencia de cariño en el hogar, falta de alimentación conveniente, carencia de abrigo, abandono de la educación y de la higiene. Otra de las cuestiones relacionadas con la morbilidad y la mortalidad infantil, denunciada en dicho informe, es la referida a la alimentación. De allí el acento puesto por los médicos higienistas en el control de la calidad de la leche. La Ordenanza del 10 de octubre de 1884 disponía la inspección de la leche que se expendía en tambos y lecherías y la que vendían los negociantes ambulantes. “La forma más común, casi exclusiva, era el *remojo* o adición de agua; también se practicaba el *desnate*, que privaba a la leche de la crema, elemento importante de la nutrición” (Recalde, 1988:70). Recién a principios del siglo XX se inició en Buenos Aires el procedimiento de la pasteurización o esterilización de la leche, que se difundió muy lentamente, ya que todavía en 1930 su calidad continuó siendo una preocupación para las autoridades municipales.

Otro antecedente de la preocupación de las autoridades por los altos niveles de la mortalidad infantil se encuentra en la Ley Orgánica del Departamento Nacional de Higiene del 3 de octubre de 1891, cuyo Capítulo III "Higiene infantil" determina: "La Sección Higiene Infantil, está encargada de la inspección y vigilancia de todos los establecimientos o instituciones existentes en la Capital de la República, que tengan por objeto la protección del niño en sus diferentes edades y condición, cualquiera que sea la forma y grado en que ella se ejercita" (Art. 239). En el Art. 230 cita los establecimientos que serán objeto de dicha inspección: a) los que prestan protección al niño recién nacido y en sus primeros años, b) los que cuidan a la infancia desvalida y c) los que atienden a la mujer en el período de gestación y después del parto, cumpliendo directamente el propósito de cuidar al niño.

En 1892, el Dr. Emilio Coni se hace cargo de la Asistencia Pública y transforma la institución. La nueva institución se llama Administración Sanitaria y Asistencia Pública, dividida en tres ramas: a) Administración Sanitaria: debía ocuparse de la higiene del municipio, b) Asistencia Pública: asistencia hospitalaria, domiciliaria y protección de las clases menesterosas y c) Patronato y Asistencia de la Infancia: protección de la primera infancia.

Cuando Coni se hizo cargo de la Asistencia Pública, en sus hospitales (que sólo contaban con 932 camas) sólo 72 camas estaban dedicadas a mujeres y 20 solamente a niños (que estaban ubicadas en el Hospital San Roque, hoy Ramos Mejía). Frente a un aumento de las necesidades de internación de niños amplió la capacidad para las hospitalizaciones infantiles en el Hospital San Roque, en el cual estableció también un servicio de maternidad, al principio a cargo de Alfredo Lagarde, para paliar la insuficiencia de la única que funcionaba entonces, la del Hospital Rivadavia dependiente de la Sociedad de Beneficencia. Posteriormente proyectó una segunda maternidad para el hospital Rawson, que dirigió Samuel Gache (Coni, 1918). También el Hospital de Niños San Luis Gonzaga⁸, dependiente de la Sociedad de Beneficencia, triplicó los egresos hospitalarios entre 1890 y 1904.

Gráfico 3
Egresos hospitalarios. Hospital de Niños San Luis Gonzaga, 1890-1904.



Fuente: elaboración sobre la base de Ciudad de Buenos Aires, 1910:286.

⁸ Este hospital se ubicaba en la calle Victoria (hoy Hipólito Irigoyen). Su capacidad inmediatamente resultó insuficiente por lo cual se lo trasladó, en 1876, a una nueva sede en Arenales 1462. Veinte años más tarde se inauguró la sede de la calle Gallo y en 1946, al conmemorarse el centenario del nacimiento del primer pediatra argentino Ricardo Gutiérrez, que fue su director durante dos décadas, por Ley N° 14.649 se lo denominó “Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez”.

El 24 de agosto de 1901 la Sra. Gabriela L. de Coni fue nombrada inspectora ad-honorem de los establecimientos industriales que ocupaban a mujeres y niños. Elevó numerosos informes a la Intendencia Municipal que a su vez los presentó al Congreso Nacional. En mayo de 1902 presentó un proyecto de ley del trabajo de las mujeres y los niños en las fábricas, que la comuna elevó a las cámaras. Entre sus principales aspectos contenía disposiciones protectoras de la mujer embarazada: el otorgamiento de períodos de licencia pre y post-parto; la obligación de instalar salas-cunas en los establecimientos que ocuparan más de cincuenta trabajadoras; la concesión de períodos para el amamantamiento durante la jornada de labor. La Sra. de Coni señalaba la insuficiencia de las obras de beneficencia tradicionales, marcando la necesidad de avanzar hacia la asistencia social mantenida por el Estado y la previsión social. El proyecto de la Sra. de Coni constituyó, junto a las disposiciones que contenía el proyecto de Ley Nacional del Trabajo de Joaquín V. González (1904), el antecedente inmediato del que presentó, en el año 1906, el diputado Alfredo L. Palacios.

La participación del presupuesto destinado a la salud dentro del presupuesto total de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires puso de manifiesto que los recursos destinados a la salud de la población recién se incrementaron a partir de la década de 1890 (Mazzeo, 1993, Cuadro 13)⁹. Por otro lado, la Ciudad desde 1895 comenzó a recibir subsidios de la Lotería Nacional. La Ley 3.313 de dicho año estableció la distribución del 60 por ciento de los beneficios de la Lotería Nacional para la construcción de hospitales y asilos públicos en la Ciudad y 40 por ciento para las provincias, de él se le otorgaba un 18 por ciento al municipio de Buenos Aires (de Luca, 1993).

En síntesis, esta etapa estuvo caracterizada por la continuación de las obras de infraestructura y equipamiento iniciadas en la etapa anterior y por la preocupación de la política sanitaria en expandir la influencia de las instituciones a toda la población. Cabe destacar, que si bien la Asistencia Pública inicia su gestión haciéndose cargo de cuatro instituciones hospitalarias, veinte años más tarde, según la información del Censo

⁹ (1886-89: 4,2%; 1890-94: 8,7%; 1895-99: 10,1% y 1900-04: 10,7%).

Municipal de 1904, tenía bajo su jurisdicción 13 establecimientos con 2.214 camas¹⁰.

3. Período 1905-1929 – Etapa de la organización del sistema de atención de la salud en la Ciudad.

En este período prácticamente finalizan las obras de infraestructura y equipamiento de la Ciudad. Hacia 1915 ya se había instalado la infraestructura para la provisión de agua y el sistema cloacal, habían sido resueltos los problemas con relación a los desperdicios y la extensión de estos servicios a toda la Ciudad estaba bien encaminada. Besio Moreno denomina al período 1914-1924 "la Ciudad saneada" (Besio Moreno, 1939).

La organización y funcionamiento del sistema de atención de la salud comprendía: a) la atención privada, b) las colectividades extranjeras (mutuales) y c) la atención hospitalaria o pública. En 1909 existían 57 establecimientos con un total de 9.731 camas (Veronelli, 1975), que se distribuían de la siguiente manera: hospitales municipales (18 establecimientos con 2.604 camas), hospitales nacionales (4 establecimientos con 2.426 camas), establecimientos de la Sociedad de Beneficencia (6 establecimientos con 2.742 camas), establecimientos del Patronato de la Infancia (4 establecimientos con 144 camas), hospitales de las colectividades extranjeras (5 establecimientos con 1.091 camas) y establecimientos privados (20 establecimientos con 725 camas). De estos últimos, tres atendían enfermos psiquiátricos, siete se especializaban en cirugía y diez trabajaban sobre clínica y cirugía general (Belmartino, 2005).

Con respecto al cuidado de la maternidad y la infancia, la Asistencia Pública, por medio de la Protección de la Primera Infancia creada en el año 1908, tuvo a su cargo los servicios oficiales que compartió con la Sociedad de Beneficencia de la cual dependían la Casa de Expósitos y el Hospital de Niños. El Patronato de la Infancia, las Cantinas Maternales, y en menor escala

¹⁰ Los hospitales San Roque, Rawson, Fernández, Alvarez y Pirovano atendían pacientes agudos, el Hospital Muñiz operaba como casa de aislamiento para infecciosos y el Sanatorio Tornú se destinaba a la internación de enfermos tuberculosos. Por otro lado existían estaciones sanitarias distribuidas por los barrios: Argerich, Bosch, Liniers, San Carlos, Nueva Pompeya y Villa Devoto.

algunas sociedades pías y algunos hospitales particulares, dirigieron la acción privada.

La Sección Protección de la Primera Infancia, dependiente de la Asistencia Pública, tenía bajo su custodia los intereses sanitarios de la niñez pobre. Ejercía sus funciones a través de los siguientes establecimientos: ocho dispensarios de lactantes, cinco instituciones de puericultura y una oficina de inspección de nodrizas que practicaban la “lactancia mercenaria”¹¹. Los dispensarios y las instituciones de puericultura tenían a su cargo la protección directa de los lactantes, mientras que la oficina de inspección de nodrizas ejercía la protección indirecta. En los dispensarios de lactantes se atendía en consultorios externos y también funcionaban las cocinas de lactantes, donde concurrían las madres de los niños que se sometían a la alimentación mixta y artificial; en las instituciones de puericultura se atendía en consultorios externos y además tenían servicio de internación de los niños junto a sus madres; en ellos se instruía a las madres sobre los conceptos de higiene en los niños menores de dos años y especialmente en lo concerniente a los regímenes de alimentación. Esta función se llevaba a cabo por medio de instrucciones escritas que la Sección Protección de la Primera Infancia distribuía por intermedio de sus propias reparticiones, de las oficinas del Registro Civil y del Departamento Nacional de Inmigración. La oficina de Inspección de Nodrizas, creada en 1919, tenía a su cargo la inspección y examen de las nodrizas así como la vigilancia de los hijos de éstas mientras las madres se encontraban colocadas. A partir de la década de 1920, el hábito de alimentar al niño con leche de una nodriza comenzó a disminuir y se buscó satisfacer las necesidades alimentarias a través de otros métodos.

En relación a las nodrizas, el discurso médico de la época se centraba en el problema de la mortalidad infantil, referida a las patologías gastrointestinales y a la sífilis. Es decir, la preocupación se colocaba en el niño lactante demandante y el niño lactante hijo de la nodriza. Las formas de control de las nodrizas operaron entonces como pautas de acción para el control, no sólo del mercado laboral, sino “como formas disciplinarias de los

¹¹ Así se llamaba a la lactancia solicitada y retribuida. La mujer solicitaba los servicios de nodriza, en caso de enfermedad, por falta de tiempo, por sus ocupaciones laborales o bien, en el caso de las clases altas, por no querer dedicarse a la alimentación y crianza de sus hijos (Pagani y Alcaraz, 1988).

hábitos de crianza e introducción de preceptos higiénicos dentro de los sectores populares” (Pagani y Alcaraz, 1988:30). La incorporación de nuevas formas de alimentación estuvo inserta en una nueva política sanitaria, que se puso en evidencia a partir de 1930, con la desaparición de la nodriza como método alimentario sustituto.

La cantidad de niños menores de dos años protegidos, tanto a través de la concurrencia a los dispensarios e institutos como a través de las inspecciones domiciliarias de lactantes, se incrementó notablemente en el período 1908-1929, especialmente a partir de la década de 1920, aumentando durante ella la cantidad de niños protegidos en un 96 por ciento y las inspecciones domiciliarias de lactantes en un 620 por ciento. Al analizar los diagnósticos de los niños atendidos en los consultorios durante la primera década de existencia del servicio (1908-1917), se observa que la morbilidad de la primera infancia se concentraba en causas de mala nutrición, que representaba en promedio el 66 por ciento de los niños enfermos y en enfermedades del aparato respiratorio, que constituía el 11 por ciento en promedio (Mazzeo, 1993). "En 1917 se calculaba en cuarenta mil la primera infancia desvalida en la Ciudad, llegando sólo a diez mil aproximadamente la que se encontraba sometida al amparo oficial" (Oliva, 1918:74).

En los dispensarios de lactantes se realizaban verdaderas campañas a favor de la puericultura. Esta forma de protección, según los médicos de la época, contribuyó notablemente a la disminución de la mortalidad infantil, ya que actuó como medida preventiva del destete prematuro, la mala alimentación artificial y las enfermedades infantiles. En cuanto a las visitadoras, realizaban visitas periódicas al domicilio de las madres que dejaban de concurrir al dispensario con el fin de impulsarlas a reanudar su concurrencia. También concurrían al hogar de las madres concurrentes con el objeto de controlar el cumplimiento de las prescripciones médicas (Rodríguez, 1936).

Asimismo contribuyeron a la atención de los lactantes la Casa de Expósitos y el Hospital de Niños, dependientes de la Sociedad de Beneficencia, siguiéndoles en importancia los servicios de las Cantinas Maternales y del Patronato de la Infancia.

Con respecto a la atención hospitalaria, en el Hospital de Niños se habilitó un pabellón de lactantes, se montó la Sala de Incubadoras (reconocida en 1914 como la más importante de Sudamérica) y se incorporó la carpa de oxígeno y la nebulización medicamentosa, como tratamiento habitual en pediatría. En 1917 se comenzó a practicar la reacción de Mantoux en forma sistemática a los niños internados y la aplicación de la vacuna BCG. A partir de 1922 se comienza a difundir la vacunación antidiftérica (Croce, 2003).

Por su parte, la Asociación "Cantinas Maternales" fundada el 31 de agosto de 1915, mantenía restaurantes en los barrios obreros de la Ciudad en número de cinco hasta el año 1927 y de seis en 1929. En ellas se suministraba a las concurrentes, cualquiera fuese su condición legal, dos comidas diarias, señalándose como única condición para ser admitidas que estuvieran amamantando a hijos menores de dos años o que acreditaran un embarazo mínimo de seis meses. Se exigía la concurrencia de las madres acompañadas de sus hijos a fin de vigilar su salud y alimentación. El niño debía ser presentado al médico semanalmente, pesado por lo menos cuatro veces al mes y debía continuar llevándolo hasta los dos años.

Durante este período se dictaron dos medidas muy importantes relacionadas con la higiene y conservación de los alimentos. A fines de 1907 (Ordenanza del 13 de diciembre de 1907) se estableció que desde el 1° de octubre del año siguiente sería obligatoria la higienización de la leche para el consumo en la Ciudad¹²; entendiéndose por higienización de la leche, aquella que después de filtrada ha sido pasteurizada (Art. 1°). Además se ordenó que los envases llevaran impreso, y en lugar visible, el nombre de la fábrica donde se hubiera pasteurizado la leche (Art. 4°). Por Ordenanza del 21 de diciembre de 1922 se dispuso que todos los locales destinados al expendio de carnes, aves, pescados y productos similares debían tener cámara frigorífica para su conservación, haciéndose extensiva a los puestos que, en los mercados municipales y particulares, se dedicaban a la venta de dichos productos.

En lo relacionado con las leyes de protección a la madre y al niño cabe mencionar la Ley 5.291, que fuera presentada por el Diputado Alfredo L. Palacios en el año 1906 y sancionada el 14 de octubre de 1907. Esta ley

¹² No obstante la realidad fue otra, en 1960 todavía se veían en la Ciudad repartidores de leche en tarros, lo que evidencia que la carencia de higiene se prolongó por más tiempo.

que reglamentaba el trabajo de las mujeres y los niños, comenzó a regir a partir del 14 de abril de 1908 y, en lo que respecta a la futura madre, concedía por primera vez licencia por maternidad a la mujer que trabajaba. Establecía en su Art.2º “Las obreras podrán dejar de concurrir a las fábricas o talleres hasta 30 días subsiguientes al alumbramiento, debiendo entretanto reservárseles el puesto”.

Por Decreto del Poder Ejecutivo del 12 de noviembre de 1923 se instituye en el Departamento Nacional de Higiene una división de asistencia a la infancia, con el objeto de "estudiar todo lo relativo a la morbilidad y mortalidad de la infancia, a la protección de la madre, a la higiene escolar, a la habitación y trabajo del niño y a todo lo que contribuya a asegurar la salud y vigor de la infancia" (Artículo 1º, punto a). Del mismo año es la reglamentación que disponía la paga de salarios a las empleadas municipales o del magisterio durante el período de retiro obligatorio por maternidad.

Con posterioridad, la Ley 5.291 es derogada y reemplazada por la Ley 11.317, vigente desde el 30 de septiembre de 1924. En su Capítulo III establecía la suspensión del trabajo de la obrera grávida seis semanas antes del parto y le prohibía reanudar sus tareas antes de las seis semanas posteriores al mismo. La Ley también disponía la habilitación de salas maternales en ciertos establecimientos, de acuerdo con el número de obreras que fijara la reglamentación, destinadas a niños menores de dos años, para que quedaran en custodia durante las horas en que las madres trabajaban. Al igual que la Ley 5.291, la Ley 11.317 omitía en su articulado la situación de las empleadas y obreras dependientes del Estado. Por otra parte, el decreto relativo a las licencias del personal de la Administración Nacional, vigente desde el 16 de enero de 1913, tampoco preveía el caso de maternidad para sus empleadas. Esta situación legislativa motivó el proyecto de ley presentado a estudio de la Cámara por el diputado Augusto Bunge en el año 1927, posteriormente modificado por los senadores nacionales Mario Bravo y Alfredo L. Palacios, pero fue necesario esperar hasta el año 1934 para que se contemplara esa situación.

Por otro lado, durante este período se incrementó el 133 por ciento la participación del gasto en salud en el presupuesto municipal (Mazzeo,

1993, Cuadro 16)¹³. Probablemente se haya debido a nuevas obras de infraestructura, ya que se inauguraron cinco nuevos hospitales: Alvear (1909), Durand (1913), Piñero (1917), Rocca (1926) y Penna (1928).

De lo expuesto se concluye que las políticas de salud estuvieron dirigidas no sólo a la atención directa de los niños sino también de manera indirecta a través del cuidado y protección de la mujer embarazada, parturienta y de la que se encontraba en período de lactancia. Los médicos de la época consideraban de suma importancia en la reducción de la mortalidad de la niñez, no sólo las condiciones del medio ambiente, sino también la instrucción de las madres en cuanto a los métodos que debían emplear para cuidarse a sí mismas y a sus hijos.

Con referencia al descenso de la mortalidad infantil, se consideró pertinente hacer referencia al análisis de un demógrafo de la época, que citando estadísticas de 1911 sobre la mortalidad infantil de otras ciudades del mundo¹⁴, ubicaba a Buenos Aires en una buena posición y afirmaba que “entre nosotros se ha producido un notable progreso en este sentido en los últimos años, como resultado de las grandes transformaciones y mejoras higiénicas y edilicias que ha experimentado la ciudad, y del mayor cuidado y saber que ponen las madres en la crianza de sus hijos, aprovechando los consejos de la experiencia ilustrada de los miembros de su familia, y las nociones y enseñanzas que les prodigan los profesionales y las publicaciones especiales” (Martínez, 1913:XXIV).

4. Período 1930-1949 – Etapa del impulso de la medicina preventiva.

En este período se dio impulso a la medicina preventiva, se dictaron numerosas leyes de protección a la madre y el niño y se consolidó el servicio de asistencia social como complemento de la asistencia médica. La "Visitadora de Higiene", cuya función era el enlace entre los dispensarios de

¹³ La participación según quinquenio fue: 1905-09: 5,5%; 1910-14: 7,7; 1915-19: 11,9; 1920-24: 9,5 y 1925-29: 12,8%.

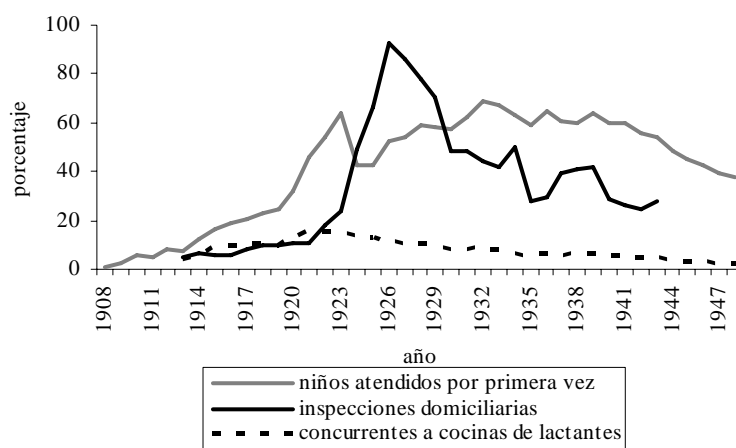
¹⁴ La tasa de mortalidad infantil de la Ciudad en ese año fue de 104,9 por mil nacimientos, mientras que las tasas citadas eran: Estocolmo (73,2), Amsterdam (91,7), Edimburgo (106,1), Nueva York (111,3), París (113,5), Londres (127,4), Roma (132,3), Glasgow (138,6), Liverpool (154,3), Budapest (156,5), Dublin (158,9), Viena (162,8), Berlín (166,5), Madrid (166,6), Munich (167,6), San Petesburgo (285,8) y Ciudad de México (484,2).

lactantes y el hogar del niño, continuó como eficaz colaboradora de la obra de asistencia social realizada por la Protección de la Primera Infancia. El cuerpo de visitadoras, como ya se señalara, realizaba las inspecciones domiciliarias de los niños que concurrían a los dispensarios de lactantes, investigando las razones de la no concurrencia de las madres con sus niños, la forma en que las madres cumplían las indicaciones del médico, el estado de higiene del niño y de la vivienda, etc. Efectuada la visita elevaban un informe cuyo resultado se asentaba en la historia clínica respectiva. Además de esas inspecciones, las Visitadoras concurrían diariamente a las oficinas del Registro Civil y retiraban las listas de los nacimientos registrados, iban luego a los domicilios y les explicaban a las madres los beneficios que obtendrían sus hijos concurriendo al dispensario. Cada Visitadora entregaba a la madre una "cartilla" con las indicaciones más elementales de puericultura e higiene infantil.

También visitaban las Maternidades, realizando ese mismo tipo de propaganda e invitando a las madres a internarse en los institutos de puericultura si, al ser dadas de alta, carecían de lugar en donde ir a vivir pudiendo permanecer en ellos hasta que encontraran trabajo. La mayoría de las madres visitadas eran primerizas. El escaso número de Visitadoras (28 en el año 1932) no permitía que la visita se efectuara en los hogares de todos los niños recién nacidos. Como dato ilustrativo, en 1932 el 69 por ciento de los nacidos durante ese año concurrieron a los dispensarios de lactantes (Gráfico 4). Ese elevado número comprueba que los dispensarios e institutos, dependientes de la Sección Protección de la Primera Infancia gozaban de la confianza de las madres. La prédica constante de estas instituciones, desde su creación, fue la de conseguir que la madre amamantara a su hijo, como el primero de todos los principios de la profilaxis de la primera infancia. Cabe destacar, que la profilaxis de las enfermedades del aparato digestivo que se ejercía en las Cocinas de Lactantes, anexas a los dispensarios, probablemente había disminuido el número de muertes producidas por una mala alimentación. Allí concurrían las madres de los niños que se sometían a la alimentación mixta y artificial para que se les entregara un recipiente que contenía la ración alimentaria diaria del niño. El alimento se entregaba listo

para ser consumido y estaba preparado por personal especializado en esta función.

Gráfico 4
Concurrentes a los dispensarios y a las cocinas de lactantes e inspecciones domiciliarias.
Proporción en el total de nacimientos. Ciudad de Buenos Aires, 1908-1948.



Fuente: elaboración sobre la base de Mazzeo, 1990, Cuadro 22 y D24.

Esta preocupación por la asistencia social como complemento de la asistencia médica, se ve reflejada también en la creación de servicios sociales en el Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia, en la Maternidad del Hospital Rivadavia y en las maternidades de la Asistencia Pública, destacándose por sus propias características, el de la Clínica Obstétrica y Ginecológica Eliseo Cantón. Al igual que en el Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia, en esta clínica la misión de las visitadoras era la de ayudar material y moralmente a la madre en situación de desamparo, asegurar al niño la alimentación natural, procurar que fuera llevado para su control a los consultorios externos de lactantes y realizar una obra educativa sobre los principios de la higiene y la puericultura. Además, para que la mujer hospitalizada aprovechara el tiempo que duraba su internación, se crearon: una biblioteca con material relacionado en su mayor parte con temas afines a la maternidad, un taller de costura, un curso de enseñanza primaria y, con el objeto de apoyar a las madres a su egreso de la maternidad e iniciarlas en los principios de la puericultura, una Oficina de Trabajo y una Escuela de Madres de Puertas Abiertas.

En esa Escuela, fundada el 30 de diciembre de 1932, en cursos sencillos, se impartieron conocimientos elementales de las siguientes materias: acción del servicio social; eugenesia y profilaxis; higiene y cuidado

del embarazo; higiene y cuidado de la puérpera; curso de puericultura; economía doméstica y nociones elementales de primeros auxilios. Era una aspiración de algunos médicos de la época, entre ellos los Dres. Silvestre Luis Sala, María E. Zurano, Arturo R. Rossi y Germinal Rodríguez, que la institución del Servicio Social que regía en un reducido número de maternidades se extendiera a todos los institutos maternales. El 24 de noviembre de 1936, por Ordenanza 7914, se creó el "Servicio Social" en la Sala de Maternidad "Dr. Manuel Gache" del hospital Rawson y el 10 de diciembre del mismo año, por Ordenanza 7915, se reorganizaron los servicios de maternidad que funcionaban en los hospitales municipales y que en adelante se denominarán "Institutos de Maternidad y Asistencia Social"; en su artículo 3º se especificaron las secciones con que contarían esos institutos, entre ellas una sección de asistencia social.

El entonces Director de la Sección Protección de la Primera Infancia, Dr. Mario H. Bortagaray, llamaba la atención sobre la notable reducción de la mortalidad infantil, que había pasado de 96 por mil en 1908 a 63 por mil en 1932. Al comparar dicho nivel con el de otras ciudades europeas, norteamericanas y sudamericanas¹⁵ concluyó que Buenos Aires ocupaba en 1932 el primer lugar entre las capitales sudamericanas y estaba muy bien posicionada con respecto a las europeas y estadounidenses (Bortagaray, 1934).

Los médicos que trabajaban en las instituciones de la Sección Protección de la Primera Infancia constituyeron en 1934 la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires. La puericultura concebía el cuidado del niño como parte de la higiene social. La madre comenzó a valorarse de una manera distinta: por la buena crianza del hijo y no solamente por el número de hijos que daba a luz (Billorou, 2004). El éxito del discurso de la puericultura debe entenderse dentro de un proceso más amplio, que condujo finalmente a la medicalización del embarazo, parto y cuidado de los niños.

¹⁵ Las tasas de mortalidad infantil por mil nacimientos en las ciudades europeas y norteamericanas eran: La Haya (35,2), Washington (56), Londres (64), Nueva York (70,3), Chicago (73), París (88) y Berlín (90). Entre las ciudades sudamericanas: Montevideo (108), San Pablo (159,75), Río de Janeiro (164,12), Lima (248) y Santiago de Chile (300).

Durante las décadas de 1930 y 1940 el concepto de higiene defensiva, como disciplina y política pública se transformó, aunque no desapareció totalmente. Se articuló un nuevo concepto, la higiene positiva, que combinaba la preocupación por la salud, la plenitud física y la perfección moral. “Se impuso paulatinamente la convicción de que a partir del ejercicio de ciertas normas, conductas y prácticas era posible estar sano y gozar de una salud pensada como valor integral y absoluto” (Billorou, 2004:194).

En este período también se sancionaron varias leyes que demuestran la preocupación de las autoridades por la protección a la madre y al niño. El 2 de agosto de 1934 se sancionó el Decreto 46.375 que equiparó la licencia por maternidad en el sector público con la ya existente en el sector privado. En su Art. 1º establecía que "Toda empleada de la Administración Nacional que se encuentre en estado grávido tendrá derecho a licencia, con goce de sueldo, durante el término comprendido entre las seis semanas anteriores y las seis semanas posteriores al parto". Unos meses más tarde, en octubre, se promulgaron tres leyes: la Ley 12.111 (9-10-1934) estableció una licencia durante las seis semanas anteriores y posteriores al parto para las empleadas y obreras del Estado y la conservación del puesto durante ese período con derecho al cobro del sueldo o salario. La Ley 11.932 (15-10-1934) sustituyó el primer párrafo del Art. 15 de la Ley 11.317 y sancionó los descansos durante la jornada para las madres de lactantes. Finalmente la Ley 11.933 (15-10-1934) estableció la conservación del empleo durante el período de la licencia por maternidad y la formación del fondo necesario para el cumplimiento de la ley, llamada "Ley Seguro de Maternidad".

Dos años más tarde, el 14 de abril de 1936, se sancionó el Decreto 80.229 que estableció que el seguro obligatorio de maternidad creado por la Ley 11.933 sería administrado por la Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones Civiles, a cuyo efecto se creó, como sección anexa a la misma, una Caja de Maternidad. Asimismo dispuso la obligatoriedad de las contribuciones y de la afiliación a la Caja de Maternidad, los beneficios del seguro (asistencia gratuita de partera y/o médico y un subsidio en efectivo), las obligaciones de las empleadas, obreras y empleadores en cuanto al descanso previo y posterior al parto y otras disposiciones generales.

El 30 de diciembre de 1936 se promulgó la Ley 12.341 que determinó que la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y a la Infancia del Departamento Nacional de Higiene se denominara en lo sucesivo Dirección de Maternidad e Infancia. Esta Dirección tendrá por finalidad propender al desarrollo armónico de la personalidad del niño, combatiendo la morbilidad infantil y amparando a la mujer en su condición de madre o futura madre (Art.3º). Para responder a estas finalidades, sus objetivos fueron: estudiar la higiene social de la infancia en el país, censar las instituciones oficiales y privadas que se ocuparan de la protección y asistencia de la maternidad y de la infancia, llevando un registro actualizado de las mismas, y realizar campañas de difusión y práctica de los postulados de la puericultura y la higiene maternal e infantil. Por otro lado, debía gestionar que en las instituciones públicas y privadas se asegurara la asistencia preconcepcional; el mejoramiento de las condiciones del embarazo y del parto; la vigilancia del niño desde su nacimiento, llevando fichas sanitarias individuales; el bienestar, la asistencia y protección de los niños necesitados y que fuera recomendada la lactancia materna y la alimentación racional de los niños. En este sentido, debía encargarse que la producción y expendio de la leche de vaca se realizara en las mejores condiciones de higiene, con un tipo especial de leche para niños (Art. 4º, punto d). Esta norma también previó la creación de instituciones de distinto tipo: centros de protección maternal e infantil; hogares talleres maternales para solteras, abandonadas e indigentes (embarazadas, convalecientes o nodrizas); hogares maternales para tuberculosas (embarazadas o convalecientes); registros de recién nacidos y vigilancia de la primera infancia; maternidades y servicios maternales a domicilio; jardines de infantes; consultorios externos, salas y hospitales de niños; consultorios y dispensarios de campaña y servicio social de visitadoras domiciliarias competentes. El radio de acción se extendió a toda la República, ejerciendo la vigilancia de todas las instituciones oficiales y privadas que se ocuparan de la asistencia y protección de la maternidad y de la infancia.

Respecto de la lactancia materna, la norma estipulaba que “toda madre tiene el deber de amamantar a su hijo” (exceptuándose las inhabilitadas de hacerlo por razones de salud) y que ninguna madre podía amamantar a un niño ajeno, mientras el suyo no hubiera cumplido cinco meses de edad, previa

autorización de la Dirección de Maternidad e Infancia. En el caso de que una mujer tomara a su cargo la crianza al pecho de un niño, tenía la obligación de declararlo ella, así como los padres de la criatura, en un plazo de tres días de iniciada la lactancia¹⁶. Por otro lado, la mujer debía poseer certificado de aptitud (que le autorizara a criar a un solo niño) y los padres del niño debían presentar un certificado asegurando que ellos no poseían ninguna enfermedad infecciosa.

Cuando en 1936 se debate el proyecto presentado por el senador Alfredo Palacios, de creación de la Dirección de Maternidad e Infancia, fueron consultados el Ministro de Relaciones Exteriores y del Interior, el presidente del Departamento Nacional de Higiene y sus colaboradores técnicos. Sobre todo se tuvo en cuenta la opinión del Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, quien sostenía que la madre y el niño no constituían un binomio, o los dos términos de un problema, sino una unidad biológica imposible de disociar. También la Comisión de Legislación de la Cámara de Senadores mencionaba, como fuente inspiradora, la “Declaración de los Derechos del Niño” elaborada por la Unión Internacional de Ayuda a los Niños –Ginebra, 1923- (Novick, 2003). Por consejo del Ministro del Interior y del presidente del Departamento Nacional de Higiene no se aprobó, como lo proponía el proyecto de Palacios, como una institución autónoma ni se la dotó de fondos propios. El alegato de Palacios apelando al interés nacional dice: “... pedí que aunáramos esfuerzos para defender el valor humano, haciendo una tregua en la contienda política y sintiéndonos todos nada más que argentinos ...” (Novick, 2003:3). En el tratamiento en la Cámara de Diputados también se sostuvo que el proyecto tenía por finalidad unificar los esfuerzos de la Nación, las provincias y los municipios y las instituciones privadas hacia la protección de la maternidad y la infancia y se afirma que el Estado no debía inhibir la acción privada, sino que debía auxiliarla. Esta Cámara introduce algunas modificaciones al proyecto aprobado en Senadores, tendientes a proteger a la madre sin recursos y evitar la venta de la leche materna. Existen en el tratamiento argumentos que consideran al aborto un crimen y un peligro,

¹⁶ La madre que hiciera abandono de su hijo podrá ser detenida por las autoridades e internada en un hospital, clínica o casa de corrección al “solo objeto de que cuide a su niño” (Art. 18).

al igual que a la alimentación mercenaria y artificial, responsabilizando de tales riesgos a las mujeres. Se hizo hincapié en el peligro de contaminación de la leche que se le extraía a una madre para dársela a otro niño. Debido a los males que encierra la alimentación artificial, se propuso declarar que la lactancia materna fuera obligatoria. Se consideró a la mortalidad infantil como un problema eminentemente económico y también social debido a la “irresponsabilidad e ignorancia de las madres”. Por otro lado se argumentó a favor del reemplazo de la beneficencia privada, caritativa o religiosa por la ayuda planificada y oficial del Estado.

Merece destacarse que los debates transcurren en un período corto en relación a lo que suelen durar los tratamientos de proyectos de ley, circunstancia que deviene del consenso de los diferentes partidos políticos sobre la urgencia de resolver el "drama" de la niñez y la necesidad de mejorar "la raza" argentina. No obstante se perfilan claramente dos posiciones. La de los socialistas y radicales, que propugnaban excluir la leche materna del comercio privado y manifiestamente pretendían proteger a la madre trabajadora; y la postura de los conservadores quienes sancionaban moralmente a las mujeres y pretendían proteger el derecho de los niños de clase alta a ser alimentados con leche materna. “El debate que relaciona el acceso de las diferentes clases sociales a la alimentación se inscribió en un contexto "científico" aportado por los médicos especialistas acerca de las virtudes y limitaciones del amamantamiento” (Novick, 2003:13).

El decreto 5.520 de 1938 reglamenta esta ley y dispone que la Dirección de Maternidad e Infancia estará compuesta por las siguientes divisiones: a) Higiene y Servicio Social; b) Inspección y Legislación; c) Eugenesia y Maternidad; d) Primera Infancia (hasta los dos años y medio de edad); e) Segunda Infancia (de dos años y medio hasta 6 años); f) Niños enfermos, anormales y necesitados y g) Asistencia odontológica (Novick, 1993).

Por Decreto 12.311 (21-10-1943) se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y al año siguiente se promulgó el estatuto de la misma. En 1946, por Decreto 14.807 (23-5-1946) se elevó dicha Dirección a nivel de Secretaría y finalmente en el año 1949 se le asignó rango ministerial. Es así que recién en la década de 1940 se cristalizó la idea de una conducción

central expresada desde 1880 por los doctores Coni, Penna, Aráoz Alfaro y otros sanitaristas y formulada como conclusión de la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social reunida en el año 1933.

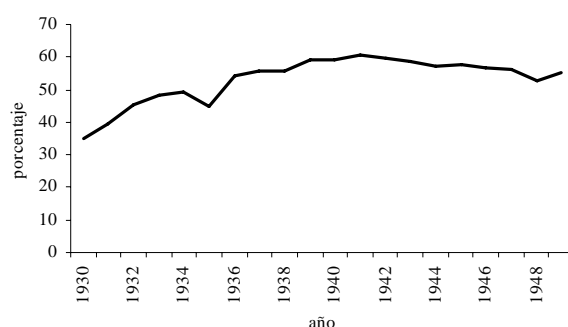
Así como desde comienzos del siglo XX hasta 1930 los adelantos en materia de salud dependieron de las obras de infraestructura, en este período se destaca, por su importancia, el impulso de la medicina preventiva y la función del hospital público que se afirma como centro científico y aumenta su nivel de complejidad.

El número de camas disponibles en los hospitales municipales registró un incremento del 94 por ciento entre 1931 y 1940. Los hospitales municipales en 1931 tenían 5.961 camas mientras que en 1940 totalizaban 11.539 camas; si a esta cantidad se le suman las camas de otros hospitales de la Ciudad (5.725 camas) se puede afirmar que en 1940 era de 6,6 el promedio de camas por mil habitantes (Mazzeo, 1993). Al comparar ese valor con el de años anteriores se evidencia el hecho de que el ritmo de crecimiento de la población no estuvo acompañado de igual ritmo en la oferta de camas hospitalarias. Si bien el número de camas se incrementó, el promedio de camas por mil habitantes disminuyó un 16 por ciento con respecto a las 7,9 camas por mil habitantes que había en 1909. Durante este período se inauguraron dos nuevos hospitales especializados: Oncología (1931), Maternidad Sardá (1934) y tres hospitales generales de agudos: Zubizarreta (1935), Santojanni (1940) y Velez Sársfield (1949).

Se evidencia un sostenido incremento de la participación de los nacidos vivos en las maternidades hospitalarias, tanto en los hospitales municipales como en otros hospitales, representando a fines del período el 55 por ciento de los nacimientos registrados en la ciudad (Gráfico 5).

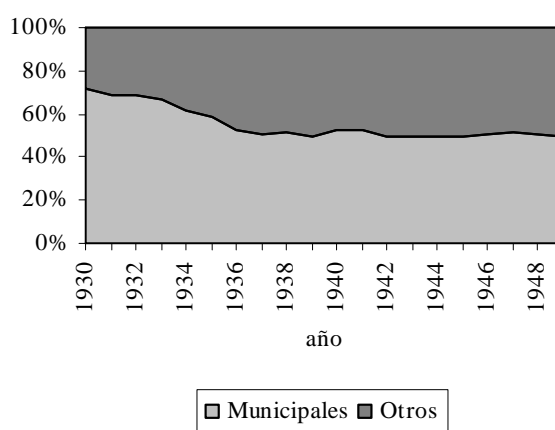
Asimismo es notoria la disminución de la participación del servicio de los hospitales municipales; este hecho es indicativo de la importancia que comienza a cobrar el servicio prestado en otros hospitales de la Ciudad y se relaciona con otra característica relevante de este período: la creación a partir de 1945 de las obras sociales (Gráfico 6).

Gráfico 5
Proporción de nacidos en maternidades hospitalarias. Ciudad de Buenos Aires, 1930-1949.



Fuente: elaboración sobre la base de Mazzeo, 1990, Cuadro 25 del Anexo D.

Gráfico 6
Nacidos vivos en establecimientos asistenciales según dependencia.
Ciudad de Buenos Aires, 1930-1949.



Fuente: elaboración sobre la base de Mazzeo, 1990, Cuadro 25 del Anexo D.

Por otro lado se destaca la existencia de una notoria reducción de la participación de las causas relacionadas con la mala alimentación y la higiene en la mortalidad de la niñez; este hecho sería indicativo de la influencia que habría ejercido la prédica de las instituciones de protección de la primera infancia.

En síntesis, en este período, especialmente durante la década de 1930, se destaca el servicio desarrollado por las maternidades hospitalarias, que ofrecieron no sólo asistencia médica sino también asistencia social complementaria en la atención de la madre y el recién nacido. La política nacional que comienza a implementarse a fines de este período y que continuará hasta 1955, tuvo en el ministro Dr. Ramón Carrillo su principal representante. Durante su gestión, se destaca el carácter social y público de la

medicina, existiendo una notable expansión en el número de camas de la jurisdicción nacional. Asimismo se promovió la creación de mutuales sindicales y se apoyó a las existentes mediante subsidios o fondos especiales para la construcción de establecimientos asistenciales (Novick, 1992).

Por otro lado, es evidente que la temática del rol reproductivo de la mujer (maternidad) aparece en la legislación de la época asociada a su rol de trabajadora. Con la creación de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia el Estado elabora un importante proyecto a nivel nacional de protección para el binomio madre-hijo.

5. Período 1950-69 – Etapa de la organización nacional de la salud.

En el orden nacional se inició una política sanitaria de transferencia de servicios de la esfera nacional a la provincial y se consolidó la medicina preventiva a través de la organización de programas nacionales de vigilancia epidemiológica y de campañas de vacunación.

En lo que respecta a la legislación de la protección de la madre y el niño, en 1968 se creó por Ley 18.017 la Caja de Subsidios y Asignaciones Familiares. Esta ley estableció que quedaba prohibido el trabajo del personal femenino en relación de dependencia 45 días antes del parto y hasta 45 días después y que a opción de la interesada el descanso anterior puede reducirse a 40 y el posterior aumentar a 50 días; durante ese período el empleador está obligado a concederle licencia y conservarle el empleo. Habiéndose instituido el régimen de asignaciones familiares por maternidad y por nacimiento, deja de funcionar la Caja de Maternidad e Infancia hacia 1969.

Con respecto a la salud pública, en el año 1957 se inició en el orden nacional una política de transferencia de servicios. En poco tiempo se ejecutó la transferencia a diversas provincias, manteniéndose la dependencia nacional de los establecimientos de la Ciudad. Recién en el año 1964 pasan a depender de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, el Hospital de Niños Pedro Elizalde, la Maternidad Ramón Sardá y el Instituto del Quemado y de Cirugía Plástica y Reparadora (que se había inaugurado en 1952). En 1966 el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública se transformó en Secretaría y pasó a depender del Ministerio de

Bienestar Social. Se implementó un sistema de descentralización ejecutiva y centralización normativa, asignándosele al nivel central las tareas de asesoramiento y supervisión. Se conformó el Programa Nacional de Estadísticas de Salud y en el año 1967 se realizó la Iª Reunión Nacional, con el objeto de sistematizar la recolección y procesamiento de la información y conservar en el orden nacional la comparabilidad de los datos sobre estadísticas de salud.

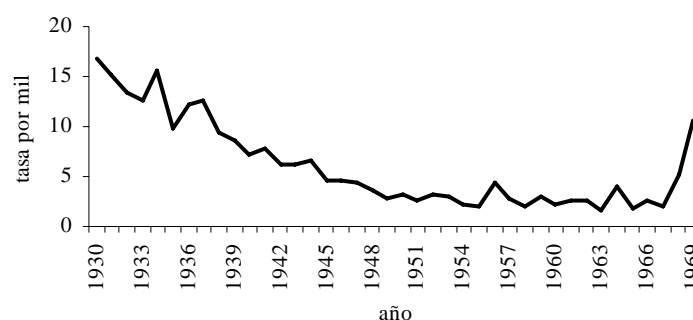
En cuanto a los programas de medicina preventiva en el año 1959 se sancionó la Ley 14.837 que declara obligatoria "la vacunación y revacunación antituberculosa para los recién nacidos desde el tercer día de vida hasta un mes de edad", y en el año 1960, la Ley 15.465 que determina en todo el territorio de la Nación la notificación obligatoria de los casos detectados de enfermedades transmisibles. De acuerdo con los términos de la ley está obligado a notificarlas el médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiese practicado su reconocimiento o el de su cadáver, así como también los que ejercen alguna de las ramas auxiliares de las ciencias médicas. En el artículo 2º se determinaron las enfermedades que serían objeto de notificación así como la facultad del Poder Ejecutivo Nacional, previo informe del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, de agregar otras enfermedades, suprimir algunas de las especificadas o modificar su agrupamiento.

Durante este período se evidencia una notoria reducción de la mortalidad de la primera infancia por causas infecciosas y parasitarias que se había iniciado a fines del período anterior. En el Gráfico 7 se observan los picos correspondientes a la poliomielitis de 1956, el brote epidémico de meningitis de 1965 y de sarampión en el último bienio.

Con respecto a la utilización del servicio de asistencia maternal de los establecimientos asistenciales de la Ciudad, se observa que el número de partos atendidos en el período 1950-61 se incrementa en un 24 por ciento y se registra un hecho notorio: el descenso de la participación de los hospitales municipales en el total de partos atendidos. Mientras que en el año 1950 el 52,5 por ciento de los partos se habían atendido en hospitales municipales, para el año 1961 esta participación se reduce al 32,8 por ciento (Mazzeo, 1993). Este hecho es indicativo de la importancia del servicio prestado en

otros establecimientos de la Ciudad, que ya era notoria a fines del período anterior y que se consolidó durante este período. Por otro lado la creciente importancia del servicio de asistencia maternal ofrecido en otros establecimientos asistenciales se corrobora con la disminución que registra el servicio prestado por los dispensarios de lactantes: la cantidad de niños atendidos en los dispensarios se reduce el 60 por ciento en el período 1953-61. Asimismo la proporción de niños atendidos por primera vez, con respecto al total de nacimientos, se redujo el 70 por ciento. Mientras que en 1953 el 36,7 por ciento de los nacidos vivos registrados en la Ciudad fue atendido en los dispensarios de lactantes, esa proporción se redujo al 10,5 por ciento en el año 1961. No debe olvidarse que en la década de 1930 y aún hasta el año 1943, la mitad de los nacidos vivos registrados en la Ciudad era atendido en los dispensarios de lactantes (Mazzeo, 1993).

Gráfico 7
Mortalidad de la primera infancia por causas infecciosas y parasitarias.
Ciudad de Buenos Aires, 1930-1969.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

En 1968, se inició el Servicio de Neonatología en la Maternidad Sardá concretado (pese a los múltiples reclamos y rechazo de la Asociación Médica de Sardá) por una firme decisión del Dr. García Díaz¹⁷, Secretario de Salud de la Municipalidad (Ceriani Cernadas, 2004). La neonatología era una disciplina nueva, no sólo en la Argentina sino en el resto del mundo¹⁸. Por otro lado, en la Maternidad Sardá fueron pioneros en la incorporación de la madre en la atención del recién nacido, cambio que hizo

¹⁷ Se trasladaron en mayo de 1968 los médicos pediatras de la Sala 2 del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez a la Maternidad Sardá.

¹⁸ La primera terapia intensiva neonatal moderna fue creada sólo dos años antes, en 1966 en Yale, Estados Unidos.

disminuir la reinternación; las madres salían conociendo a su bebé, porque participaban del cuidado del niño. También en este año se desarrolló, en la Maternidad Sardá, la Residencia de Pediatría de tres años de duración, considerada Residencia Universitaria pues el Servicio era sede de la Cátedra de Pediatría a cargo del Prof. Dr. Alfredo Larguía, situación que se mantuvo hasta 1974 (Lomuto, 2004).

A fines de este período y comienzos del siguiente se desarrollaron distintas investigaciones aplicadas a la atención de los niños recién nacidos: la alimentación parenteral con aminoácidos cristalinos y glucosa para prematuros y desnutridos, esquemas dietéticos para prematuros, “los requerimientos del lactante con diarrea prolongada, las calorías proteicas netas, la eficiencia de la absorción con los aportes alimentarios y la utilización de los nutrientes en los niños prematuros y los lactantes desnutridos” (Sola, 2004:180). Se trataba de caracterizar clínica y bioquímicamente la prematurez y el déficit nutricional para contribuir a su recuperación. Hubo mucho interés y preocupación en promover la leche humana y sostener su utilización en los niños prematuros y lactantes enfermos.

Por otro lado, los antibióticos y las vacunas disminuyeron el número de ingresos por infecto-contagiosas, sus complicaciones y la duración de sus internaciones; la cirugía, la anestesia y el manejo postoperatorio inmediato se volvieron más seguros aumentando las indicaciones quirúrgicas en la infancia; el mejor conocimiento de la clínica y el intenso desarrollo de la tecnología de estudios complementarios incrementó el número e importancia de las subespecialidades pediátricas (Croce, 2003).

En esta misma época, la insistencia del Dr. Florencio Escardó sobre los daños que producía el hospitalismo y la necesidad de la internación conjunta de la madre con su hijo, comenzó a ser implementada en los servicios hospitalarios. Por otro lado, la “nursery” clásica de los Servicios de Neonatología comenzó a cuestionarse y de esta manera nacieron los sectores de alojamiento conjunto o “rooming in”, donde el recién nacido se encuentra junto a su madre desde el momento del nacimiento, favoreciendo la formación del vínculo madre-hijo y la lactancia materna (Puga, 1997).

En síntesis, las variaciones del nivel de la mortalidad de la primera infancia en este período se explicaría en gran parte por la expansión del

servicio público de atención médica, especialmente en lo referido al servicio ofrecido por las maternidades y los hospitales especializados de niños y por el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias llevado a cabo por la implementación de programas de medicina preventiva. Por su parte, la política nacional llevada adelante por el Dr. Arturo Oñativia “puede ser incluida dentro de la concepción del Estado de Bienestar” (Novick, 1992:193). Durante su administración la tendencia descentralizadora adquiere prudencia y moderación. Asimismo, puso en práctica una legislación para el control de medicamentos considerado uno de los puntos críticos en la prestación de los servicios médicos en el país. Lamentablemente el golpe de 1966 inició una fuerte reducción de la actividad del Estado dada la ideología liberal imperante. Se implementó una racionalización y tecnificación administrativa, mientras se retomaba el proceso de transferencia de los hospitales nacionales a las provincias.

6. Período 1970-89 – Etapa del impulso de la vigilancia epidemiológica.

Con respecto a las normas dictadas en el orden nacional para la protección de la madre y el niño, que son de aplicación en la Ciudad, el 22 de mayo de 1973 se sancionó la Ley 20.445 que autorizó al Poder Ejecutivo la aplicación de un programa destinado a la protección de la salud de la madre y el niño, a través de dos subprogramas: "a) asistencia alimentaria destinada a prevenir y tratar la desnutrición infantil y materna a través de la entrega de leche en polvo al 70 por ciento de los menores de 5 años en los grupos más expuestos al riesgo de enfermar y morir y b) atención médica, que comprenderá el control de la salud ejercida sobre el niño en forma precoz, vacunaciones a fin de obtener inmunizaciones de enfermedades evitables, atención médica permanente y recuperación del niño desnutrido" (Art. 1° de la Ley 20.445 – B.O. 11/VI/73).

Al año siguiente se sancionó la Ley 20.744 denominada "Ley de contrato de trabajo". Esta ley otorga un permiso de dos descansos diarios de media hora cada uno para que la mujer amamante a su hijo durante un año, excepto que por razones médicas deba prorrogarse el amamantamiento. A los empleadores se les obliga a habilitar salas maternas y guarderías donde

presten servicio un número mínimo de trabajadoras según la reglamentación que oportunamente se establecería, pero esta obligación patronal nunca llegó a reglamentarse. Asimismo dispuso que, en el caso de que el empleador transgrediera la prohibición de despido por causa de embarazo debería abonar una indemnización especial igual a un año de remuneraciones.

A partir del golpe de 1976, la implantación del modelo neoliberal agudizó la tendencia hacia una progresiva transformación de la salud en mercancía. Las Obras Sociales fueron intervenidas y se continuó con la política de transferencia de los establecimientos hospitalarios a las provincias. Se profundizó el desmantelamiento y deterioro de los servicios públicos sociales. El sector privado se expandió e importó tecnología costosa y compleja, mientras desde el Estado se facilitó el funcionamiento de la empresa privada. Gracias a ciertas exenciones impositivas que se otorgaron en la época (Ley 21.908 de 1978) “resultó ampliamente favorecido el subsector privado que contaba con los recursos financieros necesarios para las adquisiciones y así se realizó una desproporcionada concentración de costosos equipos en dicho subsector y, especialmente, en el área de la Capital Federal” (de Luca, 1993:51).

Poco tiempo después de asumir el gobierno democrático, el 22 de marzo de 1984 se promulga la Ley 23.056 que "faculta al Poder Ejecutivo Nacional para la realización de un programa destinado a enfrentar la crítica situación de deficiencia alimentaria aguda de la población más vulnerable y de pobreza extrema" (Art. 1° de la Ley 23.056 – B.O. 26/3/84). El Programa Alimentario Nacional (PAN) propició el estímulo de la alimentación natural promoviendo la lactancia materna. El Decreto 908/84 reglamentario de esta ley dispuso que fueran beneficiarios las familias o grupos convivientes cuya carencia alimentaria significara un grave riesgo de enfermar o morir por desnutrición, especialmente para los menores de 5 años y las mujeres embarazadas. Entre los meses de setiembre y diciembre se distribuyeron en la Ciudad 68.284 cajas, durante 1985 fueron 423.401 y 379.988 en 1986; las familias cubiertas por este plan en octubre de 1985 eran 33.621 (Mazzeo, 1993).

Por su parte, la preocupación de las autoridades municipales en lograr la reducción de la mortalidad y morbilidad materno-infantil también se

evidenció en sus políticas. Se dictaron normas para el transporte del recién nacido y prematuros en ambulancias en el ámbito de la Capital Federal (Decreto 2812/1970). Se implementaron campañas preventivas de la diarrea estival con preferencia en las villas de emergencia (Decreto 3255/1973). Se creó la especialidad “Infecciosas en la Infancia” destinada a atender a los niños de 0-14 años afectados por enfermedades transmisibles, primero como Instituto de Enfermedades Transmisibles de la Infancia (Decreto 3293/1974); posteriormente, al disolverse este Instituto (Decreto 3915/76) se la integró, como especialidad, al Hospital Muñiz. También se estableció la difusión por LS1 Radio Municipal de la Ciudad de Buenos Aires del tema "Preservación de la salud de la población" en un espacio diario de diez minutos. (Decreto 756/74).

Por otro lado, se crearon unidades y secciones de pediatría en los hospitales municipales, con el objetivo de reducir el 10 por ciento la tasa de mortalidad infantil registrada en 1973 (se redujo el 12,5 por ciento). Los principales objetivos de esas unidades eran vigilar el crecimiento y desarrollo de los niños de 0-14 años por medio de control periódico y brindar atención médica periódica, asistencia alimentaria y medicamentos a los desnutridos menores de un año. (Decreto 2832/74).

Con el golpe de la última dictadura militar se dispuso la implementación del arancelamiento hospitalario y del Nomenclador Municipal Simplificado (Ordenanza 33209/76). Posteriormente, para evitar que el arancelamiento se convirtiera en una barrera para la accesibilidad de la población a la atención de su salud, se exceptuaron del pago del arancel médico: las consultas prenatales de pacientes sin cobertura de obra social (Resolución 68/82); las consultas externas de los niños de hasta 6 años de edad inclusive, sin cobertura de obra social (Resolución 139/82); los alumnos de escuelas primarias derivados de los Gabinetes Psicofísicos (Resolución 102/83) y los estudios de colposcopia y test de papanicolau que se efectuaran a mujeres sin cobertura de obra social (Decreto 48/83).

El arancelamiento hospitalario incidió en los servicios de los hospitales municipales. Las prestaciones de atención médica se redujeron en el período 1976-81 y se incrementaron a partir del año 1982, coincidiendo con el dictado de las excepciones al pago del arancel. Durante el período 1976-81

el total de consultas externas decreció el 14 por ciento y los egresos de internación el 27 por ciento, mientras que en el período 1982-90 las primeras se incrementaron el 31 por ciento y los egresos el 3 por ciento. Asimismo, en la tendencia seguida por las prestaciones hospitalarias tuvieron participación otros factores: una tendencia al tratamiento prioritariamente ambulatorio, hecho que se confirma por el incremento del 56 por ciento que registró la relación consulta/egreso en el período 1976-90; la desactivación de algunos hospitales (Rawson y Santojanni) y las tareas de remodelación de otros¹⁹ encaradas por el deterioro progresivo de la infraestructura edilicia, con la consiguiente disminución de camas disponibles, que fue del 55 por ciento en el período 1976-90 (Mazzeo, 1993). El número de camas de los hospitales municipales fue creciendo a través de los años hasta llegar a su punto máximo a comienzos de la década de 1970, luego disminuyó y así las 10.648 camas de 1970²⁰ se convirtieron en 5.688 camas en 1980 (Ministerio de Salud, 2001).

Asimismo, se creó e implantó el Sistema Municipal de Salud. "Sistema conducente a brindar a la población de Capital Federal que no cuente con cobertura de obra social, mutual o entidades análogas, mediante el pago de una cuota mensual, prestaciones de atención médica, bioquímicas y odontológicas, a través de los hospitales municipales" (Ordenanza 36.519/81). En diciembre de 1981 el número de afiliados era de 19.500 beneficiarios residentes en la Ciudad y al 30 de junio de 1983 había aumentado a 54.045 beneficiarios, también residentes (Mazzeo, 1993). En el año 1984 se desactivó el programa.

En el área materno-infantil se resolvió entregar leche en polvo a niños, madres y grupos vulnerables o de riesgo asistidos en hospitales dependientes de la comuna: hospitales de niños, Maternidad Sardá y hospitales generales de agudos (Resolución 175-SSP-81). Sólo fue posible obtener la cantidad de leche en polvo entregada (2 kg. mensuales por persona en promedio) durante

¹⁹ Se remodelaron los hospitales Fernández y Santojanni (1982), Argerich (1987), Durand (1988) y Quemados (1989). En el orden nacional se inaugura el Hosp. Garrahan (1987).

²⁰ Según los datos del Catastro Nacional de Recursos de Salud, en 1970 el servicio de salud en la Ciudad contaba con 174 establecimientos y 26.145 camas. De ellos pertenecían al sector nacional 17 establecimientos (8.727 camas), 23 hospitales municipales (10.648 camas), 21 establecimientos de las obras sociales y mutuales (2.008 camas) y 113 privados (4.762 camas). En 1980 había 181 establecimientos (24.568 camas), 27 nacionales y oficiales (7.837 camas), 19 municipales (5.688 camas), 21 de obras sociales y mutuales (2.560 camas) y 106 privados (8.722 camas).

el período 1980-1983 ya que a partir de 1984 esta actividad se descentraliza y la leche en polvo es entregada por cada hospital municipal²¹. “En el primer semestre de 1983 la población cubierta comprendía: 3.256 niños, 109 madres y 82 casos especiales, todos ellos residentes en la Ciudad, a partir del segundo semestre del mismo año se incorporan a la población cubierta, niños y mujeres embarazadas provenientes del conurbano, lo que explica el aumento de la cantidad de leche en polvo entregada durante 1983” (Mazzeo, 1993:102).

Se reordenaron los recursos del área "a fin de posibilitar la optimización de la utilización de los recursos disponibles y la disminución de la morbilidad de la madre y el niño". Se constituyeron en la Ciudad cuatro zonas, según criterios geográficos, número de egresos y planta física de los hospitales jurisdiccionales. Cada zona contó con un hospital denominado “Base”, que fue el de máximo nivel de complejidad para la atención perinatal, y con hospitales “Periféricos” que conjuntamente con el hospital base conformaban un sistema zonal (Decreto 4820/83).

Además se encomendó la elaboración de un Programa para Centros de Salud y Acción Comunitaria a implementarse en todos los centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud Pública municipal. Estos efectores de atención primaria llamados “Centros de Salud y Acción Comunitaria” (CESAC) contemplaron la extensión de cobertura en forma gradual a las áreas de salud materno-infantil, nutrición, odontología, prevención de toxicomanía y alcoholismo, control de enfermedades transmisibles, educación para la salud y saneamiento ambiental, así como prestaciones de acción comunitaria con una estrecha participación de la población de la zona de influencia de cada centro (Decreto 1334/84). El primer centro, con carácter de Centro Piloto, se ubicó en el Barrio Comandante Luis Piedrabuena, dependiendo del Hospital Santojanni.

También se aprobó el Programa de vigilancia epidemiológica del estado nutricional y alimentario de la población en el ejido capitalino. Los indicadores de tal programa fueron el crecimiento y el desarrollo y estuvo destinado a los grupos con mayor riesgo de enfermar o morir por

²¹ Los kilogramos de leche en polvo entregados en los hospitales municipales fueron: 103.680 (1980), 81.197 (1981), 97.632 (1982) y 125.800 (1983) (Mazzeo, 1993:102).

desnutrición, principalmente: grupo pediátrico (0-15 años) y mujeres embarazadas y puérperas (Decreto 5370/84).

Se creó la Libreta de Salud Infantil, obligatoria y gratuita para todos los nacidos en el ámbito de la Ciudad. En ella figuraban los datos personales de su titular, antecedentes, inmunizaciones, periodicidad de los controles y recomendaciones en cuanto a la prevención y promoción de la salud (Ordenanza 40.668/85).

Se implantó en el ámbito hospitalario municipal el Sistema de Rehidratación Oral para el tratamiento y control de la diarrea estival durante el período de verano y se crearon los Gabinetes de Rehidratación Oral Ambulatoria en algunos hospitales de la comuna (Resolución 548-SSPyMA-85). Se organizó con carácter prioritario el Programa Materno-Infanto-Juvenil y los Subprogramas de Atención a la Madre y Atención Perinatal contemplados en el Plan de Salud 1985-89. El programa abarcó a toda mujer embarazada que se presentaba en cualquier servicio de un hospital municipal o centro de salud. A partir de este programa se pretendía detectar factores de riesgo tales como: hijos muertos anteriormente, enfermedades, madres menores de edad, solteras, desocupadas (Decreto 9904/85).

Se creó el Carnet Perinatal conteniendo la información médica indispensable para la salud de las mujeres embarazadas y la Historia Clínica Perinatal Base para la detección de factores de riesgo de las mujeres embarazadas (Ordenanza 40417/85), y a partir de noviembre de 1985 se implementó el Sistema Informático Perinatal (SIP).

La prioridad otorgada por el gobierno municipal a la atención perinatal en el ámbito de la Ciudad, se concretó hacia fines de este período cuando se declara a la neonatología como “especialidad crítica” (Decreto 2154/89). Los servicios de obstetricia constituyeron la puerta de entrada a la unidad funcional respectiva. Al mismo tiempo se creó el Centro Coordinador de Perinatología dependiente del Departamento Materno-Infanto-Juvenil, que tuvo como finalidad coordinar las acciones, normalizar y capacitar al equipo de salud perinatal e investigar epidemiológicamente la problemática específica. La reglamentación de su funcionamiento se concretó al año siguiente por Resolución 493/90; entre sus considerandos se destaca la preocupación de las autoridades municipales por evitar el impacto de la crisis

socioeconómica de ese momento, sobre la población de más alta vulnerabilidad, así como lograr el máximo aprovechamiento de los recursos optimizando el funcionamiento de los once servicios de maternidad y neonatología.

Las acciones desarrolladas por las autoridades municipales durante este período, enunciadas anteriormente, tienen su correlato en la participación que tuvo el presupuesto de la Secretaría de Salud en el presupuesto municipal. Durante el período 1970-75 se evidenció un incremento nominal del 68 por ciento en la participación del sector salud en el presupuesto municipal. Fue el período en el que se llevó a cabo la ampliación de los programas de salud materno-infantil, las campañas preventivas de diarrea estival y la creación de las unidades de pediatría en los hospitales municipales. Posteriormente, durante el período 1976-83, se registró una disminución del 51 por ciento. En este período las acciones dirigidas a lograr la reducción de la morbilidad materno infantil se circunscribieron a la entrega de leche en polvo a los niños, madres y grupos de riesgo asistidos en hospitales de la comuna y ya a fines del período, en el año 1983, al reordenamiento de recursos en el Área Materno Infantil (Mazzeo, 1993). Finalmente a partir de 1984 y hasta finalizar el período, esta participación presentó un nuevo incremento nominal, cercano al 10 por ciento. Es el momento en que se aprobó el Programa de vigilancia epidemiológica del estado nutricional y alimentario de la población, se implantó el Sistema de rehidratación oral para el tratamiento y control de la diarrea estival, el Programa materno-infanto-juvenil y los subprogramas de atención a la madre y de atención perinatal.

Con respecto a la política nacional de salud pública, en el año 1970 se produjo un cambio de autoridades que implementó una política de afianzamiento de la centralización normativa como complemento de la descentralización operativa realizada, así como de finalización de la transferencia de establecimientos y actividades a los niveles correspondientes. Entre las acciones que se llevaron a cabo figuran: creación de los institutos de obras sociales (Ley 18610) y de servicios sociales para jubilados y pensionados (Ley 19032) y la descentralización de establecimientos hospitalarios (Ley 19337).

En síntesis, durante este período evidenciaron su incidencia las acciones desarrolladas por las autoridades municipales a fin de controlar el nivel de la mortalidad infantil, ya sea en forma directa a través de los programas de medicina preventiva o de atención de la salud, o en forma indirecta a través de las acciones dirigidas a "crear condiciones para que los grupos familiares asentados en las villas puedan acceder a viviendas decorosas" y a "estimular el retorno a sus lugares de origen o la reubicación en zonas apropiadas, a aquellos sectores que no hayan encontrado en la Ciudad respuesta adecuada a sus posibilidades de trabajo" (Puntos c) y d) Art. 2° - Ordenanza 33562/77 – B.M. N° 15563), es decir a través de la erradicación de las villas de emergencia del ámbito de la Ciudad.