

Mortalidad infantil en Tucumán (Argentina) Brechas estadísticas y cambio secular

Fernando Longhi* pp. 51-81

Resumen

Pocas provincias en Argentina han tenido una historia tan particular en relación con su mortalidad infantil como la provincia de Tucumán. Inserta en un contexto de persistentes carencias, los registros pioneros de estadísticas vitales de fines del siglo XIX inauguraron la etapa estadística de la mortalidad infantil, iniciando también un derrotero que se caracterizó —a lo largo del siglo XX— por marcados contrastes y asimetrías, tanto internos como externos, sin que la consolidación de un modelo agroindustrial (en este caso azucarero) permitiera escapar a este cerrojo. Las primeras décadas del siglo XXI ilustran la persistencia y la fragmentación existentes en la sociedad a partir de este indicador, y exhibe incluso decisiones inusitadas por parte de la clase dirigente para conllevar al descenso de la mortalidad infantil.

Palabras clave

Mortalidad infantil / Tucumán / Pobreza

Abstract

Few provinces in Argentina have had such a particular history in relation to their infant mortality as is the case of the province of Tucumán. Inserted in a context of persistent poverty, the pioneering vital statistics records of the late nineteenth century inaugurated the statistical stage of infant mortality, also initiating a path that was characterized - throughout the twentieth century - by marked contrasts and asymmetries, both internal as well as external, without the consolidation of an agro-industrial model (in this case sugar) allowing escape from this lock. The first decades of the 21st century illustrate the persistence and fragmentation existing in society based on this indicator, and even show unusual decisions by the ruling class to lead to a decrease in infant mortality.

Key words

Child Mortality / Tucumán, Poverty

* Doctor en Ciencias Sociales (orientación geografía). Investigador Adjunto del Conicet en el Instituto Superior de Estudios Sociales (UNT - Conicet).
Correo-e: fernandolonghi@conicet.gov.ar

Introducción

La mortalidad infantil constituye un problema de análisis recurrente en la actualidad, tanto en contribuciones académicas como desde notas periodísticas que denotan –con cierta regularidad– las implicaciones socioeconómicas, políticas y éticas que genera, y el contexto sociocultural en el cual se desenvuelve.

Está claro, y ha sido profundamente estudiado, que la mortalidad infantil constituye un indicador tanto de la salud como del nivel socioeconómico y de bienestar de un área geográfica determinada (Spinelli *et al.*, 2000; Díaz Elejalde *et al.*, 2008; Longhi, 2013). Dentro de los estudios demográficos de la mortalidad, no hay ninguna otra edad que ocupe –y revista– un interés tan trascendental como lo es el tramo de los menores de un año, dada la complejidad y multiplicidad de factores que inciden sobre ella y las consecuencias que conlleva. Si bien en la actualidad la bibliografía sugiere considerar los primeros 1000 días transcurridos no desde el parto, sino desde la concepción, la incidencia de condicionantes socio-ambientales sigue siendo de mayor prevalencia en el periodo transcurrido desde el nacimiento hasta el primer año de edad (González Hernández *et al.*, 2016).

La tasa de mortalidad infantil (TMI) constituye el indicador internacionalmente definido para medir la mortalidad infantil de un territorio y así definir su magnitud, tendencia y evolución, entre otras características, para poder realizar las comparaciones y valoraciones necesarias. Ha sido un indicador de tradición antigua en los estudios poblacionales y relaciona las muertes infantiles con el total de nacidos vivos en un lapso determinado y lo expresa cada mil nacidos vivos. Mide, por lo tanto, el riesgo de muerte, siendo uno de los principales indicadores utilizados en todo el mundo para medir niveles, variaciones y tendencias relacionadas con el bienestar general de la niñez (Longhi, 2013).

Son diferentes los factores que intervienen para que un niño enferme y, eventualmente, llegue a morir. Se destacan condicionantes ambientales, económicos, culturales y educativos, entre los principales. Asimismo, la concatenación de dichos factores reviste diferente relevancia según la edad del niño, destacándose una mayor predisposición de los condicionantes biológicos en el primer mes de vida y de los condicionantes sociales entre el segundo mes y el año de vida: factores biológicos como el peso de nacimiento, la edad de la madre o la cantidad de embarazos tienen una mayor importancia en el tramo neonatal, y factores sociales como el ingreso familiar, el nivel de escolaridad

materna, la calidad del agua o las condiciones relacionadas a la vivienda (en especial la deposición de excretas), asumen un mayor protagonismo en el tramo postneonatal (Behm Rosas, 2014; Muñoz Pradas, 2005).

Dos paradigmas han dominado el estudio de la mortalidad infantil: el biológico y el social. Spinelli *et al.* (2000) afirman que dentro del paradigma biológico los estudios relacionaron la mortalidad infantil con la edad materna, el intervalo intergenésico, número de hijos, orden de nacimiento, bajo peso al nacer, nivel de instrucción materno, ocupación del jefe de hogar, nivel de instrucción paterno, condiciones de la vivienda, acceso a los servicios de salud, etc. En tanto, los estudios de mortalidad infantil que incorporan lo social (paradigma no dominante) intentan operacionalizar distintas variables incluyendo la clase social. Dentro de este grupo se encuentran los estudios sobre la pobreza, procesos migratorios, sus vínculos con la salud y la relación entre crisis y salud (Spinelli *et al.*, *op. cit.*).

Los estudios actuales sobre mortalidad infantil concuerdan con que el proceso salud-enfermedad está determinado por un conjunto de situaciones tanto biológicas (internas al ser humano), como sociales (relativas al entorno en el que vive el ser humano). Mosley y Chen (1984) en sus estudios clásicos ofrecen un esquema integral de la muerte y la supervivencia infantil, concebida como un proceso que incorpora:

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

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

La mortalidad infantil ha sido un problema analizado en todo el mundo, tanto en sus magnitudes como en su evolución. Se ha logrado observar una tendencia general durante décadas a su descenso sostenido, incorporado incluso dentro del modelo de transición demográfica. Sin embargo, muchas veces la tendencia general no necesariamente refleja lo que sucede al interior de un país, tanto en las provincias como en los departamentos. Kliksberg (2005) ha denominado a este fenómeno la «tiranía de los promedios», y se presenta cuando quedan escondidas situaciones sub-nacionales, sub-provinciales e incluso sub-departamentales diferentes, con marcadas asimetrías, reflejo del desigual acceso y distribución de los recursos.

Argentina ha mostrado un sostenido descenso de su mortalidad infantil, asociado profundamente con los avances en su modelo de transición demográfica. Celton y Ribotta (2004) observaron que los mayores progresos obedecieron a los avances en el componente postneonatal en dicho indicador, siendo las causas socio-ambientales las que mostraron un mayor control, y destacan además un comportamiento regional heterogéneo, dominado por una gran desigualdad. Trifiró (2007) también observó este descenso, aunque distingue esa tendencia claramente hasta 1970, momento a partir del cual se desacelera aquel comportamiento manteniendo incluso la desigualdad regional mencionada por Celton y Ribotta (2004). En años más recientes (De Sarasqueta, 2001), se han observado grandes progresos en el componente neonatal de la mortalidad infantil en Argentina, explicado fundamentalmente a partir de la mayor sobrevivencia de los neonatos de bajo y muy bajo peso, debido a la extensión y desarrollo de los cuidados intensivos neonatales. Esto conllevó a un desplazamiento de muertes neonatales al tramo postneonatal, proceso estudiado por Guzmán y Orellana (1987), y que contrariaría los avances en el componente postneonatal reseñados anteriormente.

Los primeros años del siglo XXI destacan en Argentina por una mortalidad infantil descendente, pero rezagada en comparación a otros países latinoamericanos y signada a su vez por desigualdades regionales extremas (Paolasso, Longhi y Velázquez, 2019); asimismo, las características del Plan Nacer habrían sido significativas para explicar este comportamiento (Garriga, 2014). En tal contexto, Buchbinder (2008) enfatiza en mayores rezagos en el comportamiento de la mortalidad infantil en sectores de mayor pobreza estructural, tal como el caso provincial sobre el que profundiza este artículo.

La provincia de Tucumán reúne singulares atributos para que la problemática mencionada sea analizada. Los rasgos de la próspera actividad económica allí asentada desde mediados del siglo XIX no ha podido romper con la pobreza que ha caracterizado a su población (Bolsi y Paolasso, 2009). Bajo distintos regímenes políticos y económicos, con diferentes marchas y contramarchas en el bienestar general, la mortalidad infantil ha tenido un derrotero singular desde los aportes pioneros de Rodríguez Marquina¹ a

¹ Paulino Rodríguez Marquina fue un inmigrante español radicado en Argentina a fines del siglo XIX. Se caracterizó por su perfil combativo y crítico, a la vez que consideraba a la estadística un instrumento transcendental para el conocimiento de la sociedad y la mejora de sus indicadores de bienestar. Fue el primer director de la Oficina de Estadísticas provincial y, bajo su gestión, transformó la producción estadística de la provincia constituyendo un claro ejemplo de modernidad respecto al resto de jurisdicciones argentinas. Más detalle sobre su impronta se puede encontrar en Fandos (2012).

fin del siglo XIX. De allí que estos argumentos sirvan para seleccionar a la provincia como caso de estudio en el análisis de esta variable sociodemográfica atendiendo a las brechas internas y al cambio secular.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, analizaremos en este aporte la mortalidad infantil en el contexto de la provincia de Tucumán. Para ello, distinguiremos en el extenso lapso que va desde fines del siglo XIX hasta los inicios del siglo XXI tres retratos de mortalidad infantil: el primero toma en consideración la formidable descripción realizada por Paulino Rodríguez Marquina. El segundo retrato considera fundamentalmente los aportes de Alberto Baldrich en 1944 y la reconstrucción que hicieron sobre el proceso Boli y Ortiz de D'Arterio (2001) sobre el siglo XX. Finalmente, el tercer retrato ocupa nuestro principal interés, ya que indaga sobre las características que asume la mortalidad infantil en Tucumán en los primeros quince años del siglo XXI.

Fuentes y métodos

En América Latina, la cobertura de los hechos vitales tiene grandes diferencias de país a país. Argentina se caracterizó, en ese contexto, por un buen sistema de registro de datos, aunque existen marcadas distancias en la calidad de la información según la provincia que se trate. Estos errores no afectan significativamente la medición del nivel del fenómeno, pero se plantean algunas limitaciones relativas al análisis de sus características (Díaz Muñoz, 1995).

Si bien el registro de nacimientos y defunciones es obligatorio, no existen incentivos ni controles estatales adecuados para mejorar el nivel de los servicios. En la Argentina las oficinas encargadas del registro de los hechos vitales pertenecen a cada jurisdicción provincial; esto explica la diferente calidad y las limitaciones de los datos según la provincia que se considere. Entre estos problemas pueden mencionarse los registros asistemáticos, la ausencia de soporte magnético, bases de datos sin formalización institucional (falta de reconocimiento formal de la institución), suposiciones e incoherencias entre bases de datos semejantes, entre otras limitaciones (Alazraqui, 2006).

Dos problemas serios afectan la calidad de los hechos vitales: los referidos al registro del área geográfica y la edad del fallecido. En este sentido, las estadísticas de defunciones infantiles poseen errores de integralidad superiores a los de mayores de un año. Hay motivos –aunque no suficientes– para pensar que la integralidad es más alta en las muertes neonatales, lo cual se explicaría –además de la confusión con los mortinatos– por las prácticas

seguidas en las regiones rurales apartadas, donde muchos niños de corta edad no son inhumados en cementerios públicos y, por consiguiente, no se cumple con el requisito del registro (Velázquez, 1997).

Este trabajo necesitó datos sobre nacidos vivos y muertes menores de un año de edad, ocurridas en la provincia de Tucumán desde 1897 a 1914. Fue preciso que la información se encontrara registrada tanto a nivel provincial como departamental. Las fuentes utilizadas para el estudio de la mortalidad infantil en la provincia fueron:

- Provincia de Tucumán. Anuarios estadísticos (1897-1943).
- Provincia de Tucumán. Dirección de Estadística. Boletín estadístico (1944- 1954).
- Provincia de Tucumán. Dirección de Estadística. Estadísticas Vitales (1965-2008).
- Indec (1962). Hechos demográficos de la República Argentina: 1954-1960. Buenos Aires.
- Indec (1962). Hechos demográficos de la República Argentina: 1961-1966. Buenos Aires.

Esta información fue organizada, sistematizada y digitalizada por Bolsi y Madariaga (2002). Cuando las fuentes lo permitieron se usaron los registros según lugar de residencia (fundamentalmente a partir de 1914). En los inicios del período de estudio las estadísticas no permiten diferenciar el lugar de ocurrencia del de la residencia, por lo que se usó el único dato disponible.

Tabla 1

**Provincia de Tucumán. Defunciones infantiles mal definidas o no especificadas
 Quinquenios seleccionados**

Quinquenio	Proporción sobre el total de defunciones infantiles
1916-1920	59,0
1928-1932	56,8
1939-1943	43,5
1960-1964	20,7
1970-1974	11,5
1988-1992	0,4
2010-2014	1,4

Fuentes: Provincia de Tucumán (1944; 1955; 2010) e Indec (1962; 1968).
 Los periodos identifican la referencia a cada una de las fuentes mencionadas.
 Elaboración propia sobre la base de las fuentes mencionadas.

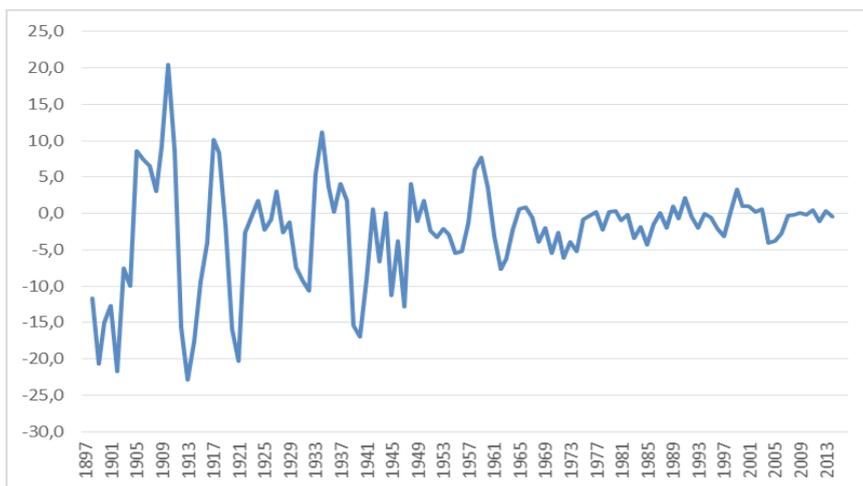
La calidad de la información, según la valoración del propio Rodríguez Marquina (2012), es exigua, fundamentalmente durante las primeras décadas del siglo. Puede observarse en la tabla 1 la proporción de muertes infantiles mal definidas, según quinquenios seleccionados. Este indicador, tal como lo plantean Chackiel (1987) y Jaspers-Faijer *et al.* (1994), sugiere una baja calidad del registro de las defunciones.

Por otra parte, un aspecto relevante fue la selección de la forma de detectar los posibles períodos que caracterizarían los procesos que aquí se estudian. Para ello se consideraron dos aspectos de la mortalidad infantil: por un lado, la secular tendencia al descenso con sus diferentes quiebres y pendientes, y, por el otro, el comportamiento de las oscilaciones de la mortalidad infantil durante el período (figuras 1 y 2). Estas dos variables definieron tres lapsos en la evolución de la mortalidad infantil:

- Período inicial (1897-1918): caracterizado por grandes oscilaciones con tendencia descendente.
- Período intermedio: (1918-1947): distinguido a partir de oscilaciones menores, pero sobre todo por el marcado descenso de la mortalidad infantil.
- Período actual: (1947-2014): definido a partir de oscilaciones mínimas con tendencia descendente.

Figura 1

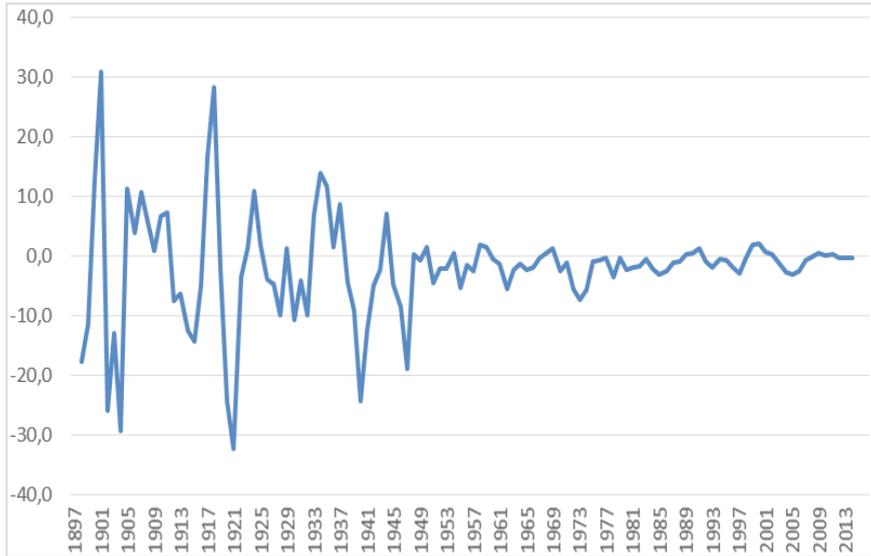
San Miguel de Tucumán. Oscilaciones de la tasa de mortalidad infantil (1897 – 2013)



Fuentes: Provincia de Tucumán (1944; 1955; 2010) e Indec (1962; 1968).

Figura 2

Provincia de Tucumán. Oscilaciones de la tasa de mortalidad infantil (1897 – 2013)



Fuentes: Provincia de Tucumán (1944; 1955; 2010) e Indec (1962; 1968).

En este contexto, dos indicadores han sido identificados para caracterizar con mayor cabalidad el proceso transicional, por un lado, el índice de sobremortalidad y, por el otro, el análisis de las causas de muerte reducibles. El primero es un índice que permite detectar la diferencia (expresada en proporción) entre ambos registros (en este caso comparamos la capital provincial con el resto de la provincia y luego la provincia con el país); en este último caso, el índice expresa una magnitud según la cual los valores tucumanos superan a los registros nacionales.

Los criterios de «reducibilidad» identifican aquellas muertes susceptibles de ser controladas mediante distintas innovaciones tecnológicas y científicas, y los cambios en las modalidades de atención. Las distingue así de otras difícilmente reducibles, que incluye las defunciones que en la actualidad no lo son (Finkelstein *et al.*, 2015)

Las fuentes utilizadas en esta propuesta incluyen un arco temporal extenso que va desde 1897 a 2014. Es claro que el sistema de registro de la información estadística se ha transformado en todo ese lapso, tal como los mismos sistemas estadísticos nacionales y provinciales lo han hecho. En tal

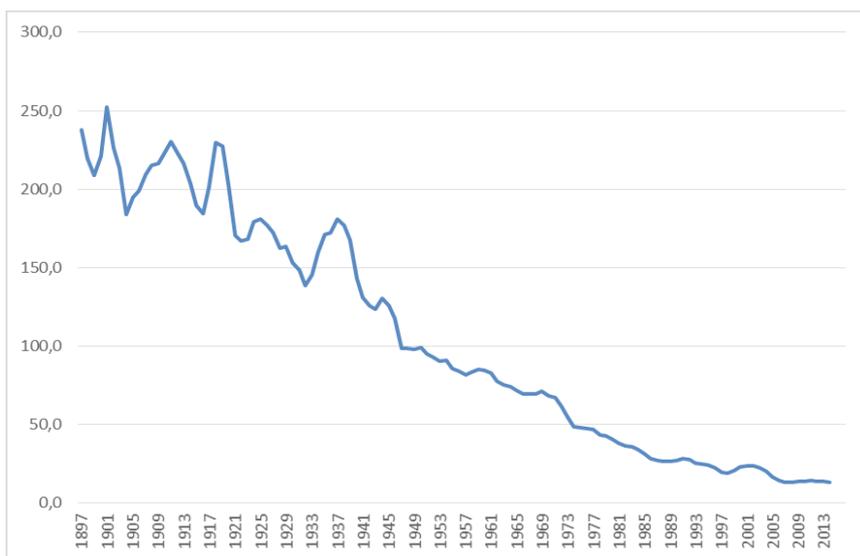
proceso, el registro de la mortalidad por edad y los nacidos vivos (insumos básicos para el cálculo de la mortalidad infantil) han tendido paulatinamente a mejorar la cobertura de los hechos y la completitud de la información. Si bien los registros iniciales auspiciados por Rodríguez Marquina (2012) gozaban de una calidad exigua, con el correr del tiempo tal calidad ha oscilado, alcanzando en los primeros años del siglo XX su piso más bajo (Paolasso, 2012).

El derrotero de la mortalidad infantil tucumana, el cambio secular y las brechas interiores

La evolución de la mortalidad infantil en la provincia de Tucumán reconoce un descenso del orden del 94.4 por ciento con un ritmo anual del 2 por mil (figura 3). Se observa una evolución dominada por las oscilaciones anuales en la primera mitad del siglo XX, controladas fundamentalmente a partir de 1947 (ver figura 2).

Figura 3

Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil de la Provincia de Tucumán (1897 - 2013). Trienios móviles



Fuentes: Provincia de Tucumán (1944; 1955; 2010) e Indec (1962; 1968).

Los caracteres destacados de dichas etapas se presentan en la tabla 2. Puede observarse que en la etapa intermedia ocurrió la mayor variación anual

de la tasa; no obstante, el descenso más acentuado en términos porcentuales se produjo en la etapa actual.

Tabla 2

Evolución de la tasa de mortalidad infantil en la provincia de Tucumán (1897-2014)

Etapas	Duración	Valor inicial	Valor final	Variación (%)	Variación anual (por mil)
Inicial (1897-1918)	21 años	237.8	229.5	-3.5	-0.39
Intermedia (1918-1947)	29 años	229.5	98.4	-57.1	-4.65
Actual (1947-2014)	67 años	98.4	13.4	-86.4	-1.39
Cambio secular	117 años	237.8	13.4	-94.4	-2.02

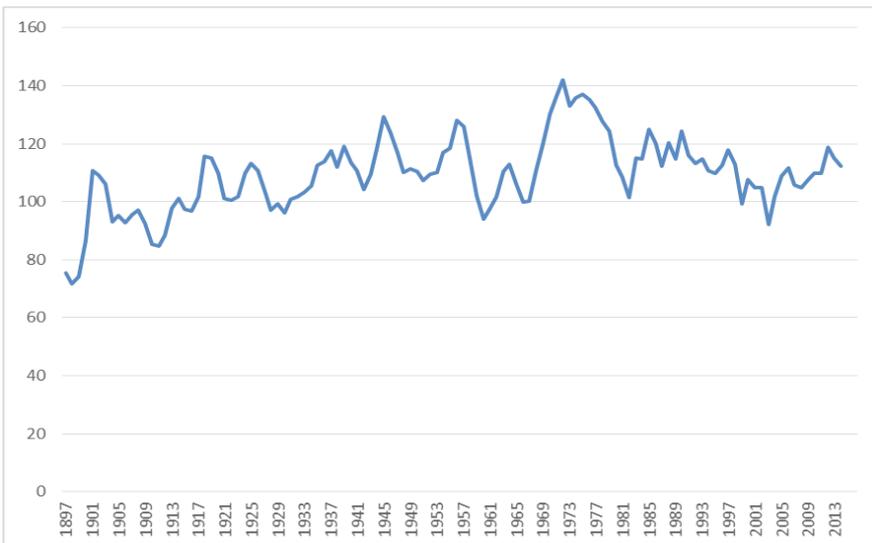
Fuentes: Provincia de Tucumán (1944; 1955; 2010) e Indec (1962; 1968).

Los periodos identifican la referencia a cada una de las fuentes mencionadas.

Elaboración propia sobre la base de las fuentes mencionadas.

Figura 4

Evolución de la sobremortalidad del interior de la provincia de Tucumán con respecto a SMT (1897-2014)



Fuentes: Provincia de Tucumán (1944; 1955; 2010) e Indec (1962; 1968).

A su vez, el análisis comparado de las curvas de San Miguel de Tucumán (ciudad capital de la provincia) y el resto provincial, que se percibe a través de la sobremortalidad, nos indica un paulatino aumento de la brecha que se inicia en 1918 y alcanza su culminación en 1972. En ese año la sobremortalidad del interior fue del 142 por ciento.

Es posible percibir al menos tres momentos principales en su evolución:

a) En el par de décadas que transcurren entre 1897 y 1917 dominan los años en que la mortalidad de SMT es superior a la del interior provincial. Rodríguez Marquina nos explica con claridad el problema:

«No podemos por menos de deplorar lo sensible que es para el que se propone hacer un estudio demográfico, tropezar con las matadoras casillas que llevan por epígrafe sin especificación, casillas que si bien para los compiladores haraganes y de mala fe, son el comodín que da el resultado que se desea en las sumas, no lo da respecto del objeto principal que se busca, pero debemos declarar en honor de la verdad que esa casilla, no es el producto de defectos en los señores compiladores, sino de la ignorancia que para nuestro mal, es común a casi toda la población de la campaña» (Rodríguez Marquina, 2012: 90).

b) Entre 1918 y 1972, la curva indica que el proceso se revierte, aunque con cierta lentitud y sin definir un proceso carente de altibajos. Solo al final de estos años la brecha se ensancha considerablemente, alcanzando más de 140 por ciento en 1972.

c) A su vez, entre 1972 y 2014, la brecha se cierra nuevamente. Las diferencias en los años actuales son reducidas.

A continuación, profundizamos sobre algunos aspectos en estos lapsos de la mortalidad infantil tucumana, denominándolos «retratos» de mortalidad infantil.

Primer retrato: mortalidad infantil y pobreza a fines del siglo XIX

Tucumán ha sido objeto de estudios pioneros en Argentina sobre la mortalidad infantil de sus niños. Al respecto, encontramos el clásico estudio de Rodríguez Marquina de fines del siglo XIX donde se ponía de manifiesto la magnitud que alcanzaban las cifras tucumanas y la correlación con pautas alimenticias y culturales de su población. Detectaba Rodríguez Marquina en 1898 una tasa de mortalidad infantil de 241.5 por mil, donde muchos de tales decesos obedecían a causas como la tos convulsa o coqueluche, el tétanos, las diarreas, o fiebre inflamatoria, según consta en los registros.

Las viviendas sobre las cuales ocurrían estas muertes eran de una elevada precariedad, decía Rodríguez Marquina al respecto:

«[...] el agua solo entra en el rancho para la alimentación; nunca para la higiene; [...] La cama redúcese a dos planchas de zinc (o una) algunas veces; otras, a un mal catre de tientos ó unas bolsas llenas de paja, y una manta que lo mismo sirve para cubrirse en las heladas noches de invierno que en los lluviosos días del verano. Un mal cajón con bisagra de cuero, una olla, un tarro de lata para hervir la ropa sucia, un mate con su correspondiente bombilla, una pava sin tapadera, tantas cucharas como miembros forman la familia y tantos cuchillos como varones estén en la edad de ostentarlo a la cintura, completan el mobiliario y el menaje de tan humilde vivienda (Rodríguez Marquina, 2012: 27).

Se destacaba la ardua vida de trabajo y sufrimientos que llevaban algunas mujeres, como las lavanderas, amasaderas o las mismas mujeres de los peones, ya que trabajaban durante el tiempo de gestación y de amamantamiento, lo cual tenía sus consecuencias sobre la salud de sus niños y explicaba también la elevada mortandad. Por otro lado, destacaba la pésima alimentación que recibían. El mismo autor decía al respecto:

«[...] Viene después de esto el sistema miserable de alimentación de las madres que no es posible presumir produzca leche abundante y de buena calidad, y como las criaturas lloran de hambre pronto principia a sustituirse aquella con caldo de mazamorra primero, con sopas de pan después, y no tardan en dar a niños que apenas tienen las señales de una próxima dentición un pedazo de carne asada que las muelas de sus propios padres repudiarían» (Rodríguez Marquina, 2012: 28).

Sin embargo, el retrato más elocuente de sus escritos es –a nuestro entender– el que se cita a continuación:

«[...] Llevados de la curiosidad penetramos un día en un conventillo de los que, exceptuando los que ostentan el pomposo título de casa de vecindad, pasan por ser los mejores de Tucumán, y después de reconocer varios cuartujos, con fútiles pretestos, llegamos al fondo, en donde, verdadero estercolero, se almacenaba todo lo que el servicio municipal dejaba sin recoger. En medio de aquel muladar estaba el pozo y al lado de éste tres bateas; en una de ellas había un montón de ropa que reclamaba no agua y jabón, sino el horno crematorio ó por lo menos la estufa de

desinfección[...]. Sobre este almacén de microbios, basura y podredumbre, un niño de mirada de imbécil entreteníase en chupar la punta de uno de aquellos inmundos trapos, mientras en la otra, cruzadas las piernecitas, la tenue carita presentando distintos ejemplares para un estudio geológico, tal debía ser el número de capas superpuestas en las que es indudable figuraban desde el terreno primario hasta el de nueva formación, desde la sílice, carbón, cal, hulla, etc., hasta parásitos en estado fósil. En medio de esta variada superficie aparecían dos ojos negros, sin brillo, hermosos si no les hubiere faltado la vida de la inteligencia, aparecían hundidos en sus órbitas, sin que de ellos brotase ni una lágrima, ni un destello» (Rodríguez Marquina, 2012: 29).

La dureza de la descripción no solo justifica los valores extremos de la tasa anteriormente mencionada, sino que destaca, con claridad mayúscula, el estado de miseria en el que vivía una buena parte de la población tucumana y las consecuencias de dicha miseria sobre los infantes.

Segundo retrato: agroindustria azucarera, ingeniería social, y mayor control sobre la mortalidad infantil

A mediados del siglo XX, se habría puesto en marcha sobre el territorio tucumano –acompañado del desarrollo de la agroindustria azucarera– una importante ingeniería social, la cual se expresaba en reformas sociales como el saneamiento ambiental, la higiene personal, el avance de la medicina, la prevención y control de enfermedades y el crecimiento de los servicios de salud. Todos estos factores habrían incidido sobre la disminución de las cifras de mortalidad infantil.

Alrededor de 1950 la TMI tucumana alcanzaba la cifra de 99 por mil. Implicaba por un lado un descenso notorio respecto al retrato anteriormente descrito, aunque se evidenciaba también las deudas sociales que esta cifra expresaba. Se destacaba además una mejora en la calidad del registro de la información, situación que en el retrato anterior involucraba un 30 por ciento de los niños fallecidos con desconocimiento de la causa de muerte. Se observaba en este momento un descenso marcado de la muerte infantil por tétanos (lo cual se relaciona directamente con la difusión de conocimientos para evitar su contagio); se destacaban, no obstante, una proporción importante de muertes por diarreas, bronconeumopatías y otras enfermedades transmisibles. El contexto donde ocurrían buena parte de estas muertes continuaba siendo definido por la pobreza.

Este diagnóstico problemático es respaldado por Baldrich (1944). Afirmaba el autor:

«[...] En nuestra provincia existe el problema del infraconsumo y la superproducción. Tenemos la injusticia de grandes cantidades de alimentos sin distribuir, junto a grandes masas de población económicamente débil y deficientemente alimentada. En todo el territorio de la provincia miles de niños presentan los estigmas del raquitismo [...]» Baldrich (1944: 41).

Queda claro, a partir del retrato aquí expuesto, un importante control sobre la mortalidad infantil, posibilitado por la ingeniería social que acompañó el desarrollo de la agroindustria azucarera (Bolsi y Ortiz de D'Arterio, 2001). No obstante, persistían importantes barreras para su control, las cuales se hallaban sustentadas en un escenario de pobreza persistente.

Tercer retrato: deudas sociales, brechas y fragmentación en la caracterización actual de la mortalidad infantil tucumana

A pesar de la antigüedad de los estudios sobre la mortalidad infantil tucumana, es insuficiente lo que se conoce sobre este problema en los primeros años del siglo XXI. En este sentido, este apartado tiene por objetivo profundizar en este retrato para brindar conocimiento sobre la magnitud y la marcha de la mortalidad infantil en la provincia en los primeros tres quinquenios de este siglo. Se reconoce así, a partir de los antecedentes mencionados, la existencia histórica del problema y la necesidad de dar respuestas sobre sus principales características, con el objeto de diseñar políticas públicas precisas y ciertas que breguen por su reducción. Es propósito de este apartado detectar, además, las brechas departamentales del indicador y la distribución espacial de la mortalidad infantil y sus cambios, para finalmente analizar el problema considerando los distintos tramos de edad del fallecido y las causas de muerte.

Desde el año 2000 hasta 2014 la TMI de Tucumán descendió de 23.4 a 13.2 por mil. Significa, por un lado, una reducción del orden del 56 por ciento; por otro, un ritmo de descenso anual de 0.7 por mil. Es destacable y meritorio tal descenso, pero es preciso distinguir que el año 2000 (punto inicial de la comparación) fue el año previo a la mayor crisis política, económica y social que vivió Argentina en los últimos tiempos y Tucumán no estuvo ajena a ella. En efecto, en el año 2001 el 58.7 por ciento de la población tucumana tenía algún tipo de privación (ya sea económica o patrimonial), en tanto el 67.2 por

ciento de la población de la capital se encontraba bajo la línea de pobreza y el 37.4 por ciento de la misma bajo la línea de indigencia.

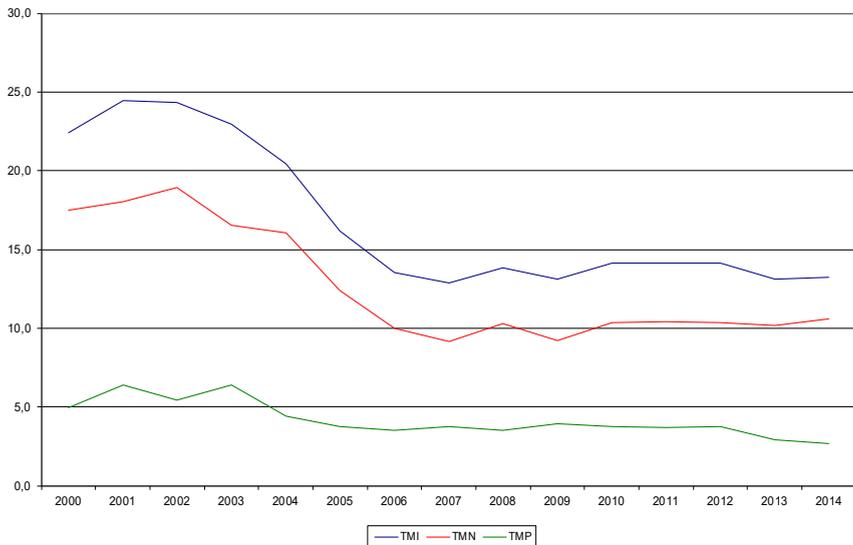
La curva que representa la TMI en la figura 5 señala que tal reducción no tuvo un comportamiento gradual; en ese lapso de quince años se observa que, en las etapas iniciales, el rasgo esencial está definido por valores elevados y propensión descendente y, a mediados del periodo, se interrumpe y tiende sutilmente a ascender, en especial la tasa de mortalidad neonatal (TMN). Es destacable este comportamiento de la TMN, ya que los factores relacionados obedecerían al nivel de control gestacional, diagnóstico temprano, calidad de atención y servicios de salud de neonatología. Es notorio además que la principal caída operó en la curva de la TMI y se produjo en la transición de los años 2003 y 2004, donde esta tasa disminuyó en 4.3 muertes por mil. En ese mismo período, la TMN registró también su mayor descenso (3.6 por mil) lo cual explica que el mayor declive de la mortalidad infantil en aquellos años estuvo explicado fundamentalmente por el componente neonatal.

Este notorio descenso de la tasa tucumana tuvo impactos importantes. En el año 2008, específicamente, Tucumán fue expuesta ante el marco nacional a partir de denuncias sobre manipulación de la información de las estadísticas vitales, lo cual habría generado el «milagroso» descenso de la tasa, operado desde 2005 fundamentalmente, único con tales características en Argentina (Cendali y Pozo, 2009). Se destacaba en la denuncia que cientos de bebés, cuyo peso era inferior a los 500 gramos, que habiendo nacido vivos fueron registrados como defunciones fetales y por tanto no formaron parte de las estadísticas de mortalidad infantil (Crítica, 9 de junio de 2008). Ante esta situación, el oficialismo provincial argumentó que la situación específica de Tucumán, donde la mortalidad infantil pasó desde 24 por mil en 2002 a 13 por mil, fue monitoreada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y asesorada por especialistas del Hospital Garrahan, con lo cual se desatendía a las denuncias. Asimismo, se explicaba que dos estrategias simultáneas como el fortalecimiento del primer nivel de atención y la optimización de los servicios neonatales de alta complejidad serían aspectos claves que explicarían el descenso mayúsculo de la tasa (Yedlin *et al.*, 2010). Los argumentos de Cendali y Pozo (2009: 13) son contundentes respecto a la manipulación estadística: «Las definiciones internacionales de nacido vivo, muerte infantil y muerte fetal son categóricas y no dejan lugar a la ambigüedad, aunque solo sí lo dejan para la manipulación y el engaño, para la rutina mentirosa administrativa de pasar una muerte infantil como muerte fetal». Paralelamente, los informes de la

DEIS parecen avalar estos argumentos, ya que mencionan que «en algunas jurisdicciones como Tucumán se observa una disminución de la cantidad de nacidos vivos y, consecuentemente, de las defunciones infantiles con peso al nacer inferior a 1.000 gramos, a la vez que se registra un aumento de las defunciones fetales» (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

Figura 5

Provincia de Tucumán. Evolución de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal. 2000-2014

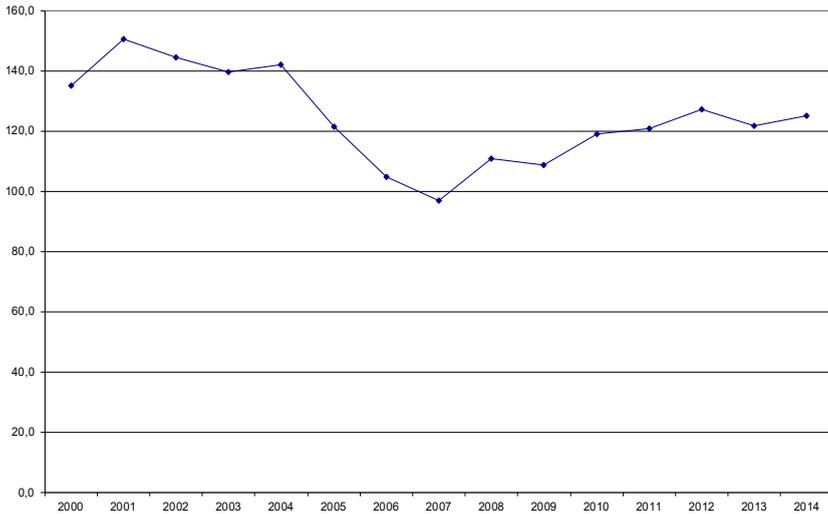


Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2015).

Para valorar la evolución de la mortalidad infantil tucumana fue necesaria la comparación con el contexto nacional; de esta manera fue posible obtener una apreciación clara sobre la marcha de la provincia a la luz del modelo nacional (figura 6). Pueden observarse resultados que complementan lo anteriormente manifestado. Hay un claro acercamiento de la curva tucumana a la nacional hasta el año 2007 (cuando incluso registra valores más bajos), luego se observa un distanciamiento que, si bien no alcanza las elevadas magnitudes de principios de la década, si destaca el riesgo de morir para un recién nacido tucumano en un 20 por ciento por encima del promedio nacional, con una tendencia que empeora a medida que avanzan los años.

Figura 6

Sobremortalidad infantil tucumana respecto a la media nacional. 2000 - 2014



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2015).

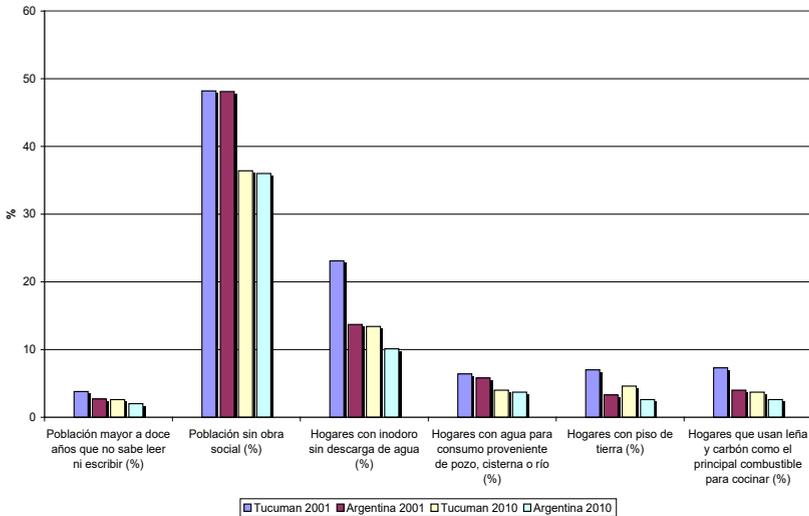
Con este gráfico es posible advertir dos momentos en la comparación Tucumán-Argentina: uno previo a 2007 y otro posterior a ese año. En el primero, se observa un claro acercamiento de Tucumán al registro nacional, incluso en 2007 obtiene una cifra menor al registro de Argentina, constituyendo un caso excepcional en la historia de la mortalidad infantil tucumana. Sin embargo, rápidamente esta tendencia se interrumpe a partir de ese año, cuando claramente empieza a recuperar su tradicional papel, adquiriendo mayores registros de mortalidad infantil que Argentina, la cual, para ser precisos, alcanza cifras alrededor de un 20 por ciento mayor.

¿Cómo se explica esta desigualdad en el riesgo de muerte infantil? Existen condicionantes socioeconómicos de peso diferencial que inciden sobre la probabilidad que un niño enferme y muera Tucumán. En la figura 7 podemos observar la mayor incidencia en esta provincia de algunas variables socioeconómicas seleccionadas, relacionadas con las características de la vivienda, la provisión de agua, la cobertura de salud y el capital educativo. Es notoria y evidente la desigualdad, tanto en 2001 como en 2010, en todas esas variables: los registros de Tucumán son superiores –en pequeña o gran magnitud– respecto a los valores nacionales, desigualdad que incide de

manera determinante en la mayor mortalidad infantil tucumana. Tomamos como ejemplo un indicador sintético del nivel de bienestar de una población como lo es el Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH). En su procesamiento, encontramos en 2001 un 59.4 por ciento de hogares con algún tipo de privación en Tucumán, mientras que en Argentina la cifra se reducía al 39.2 por ciento. Aún más rotundo es el contraste al analizar las proporciones que alcanzaba la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde solo el 13.7 por ciento de sus hogares mantenía algún tipo de privación.

Figura 7

Provincia de Tucumán y República Argentina
Indicadores socioeconómicos seleccionados. 2001 y 2010



Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Algunos atributos de la mortalidad infantil tucumana en años recientes

La estructura de causas de muerte en los menores de un año en Tucumán

Al analizar la composición de causas de muertes infantiles en los quinquenios 2000/04, 2005/09 y 2010/14 podemos observar un claro dominio del grupo de causas relacionado con las afecciones del periodo perinatal (tabla 3). Su magnitud es coincidente con los registros nacionales (Ministerio de Salud de la Nación, 2014) y acuerda con los postulados de la teoría de la transición demográfica en general y de la transición epidemiológica en particular (Frenk

et al., 1991). Dentro de estas afecciones, adquieren la mayor importancia los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el bajo peso al nacer, la dificultad respiratoria, la sepsis bacteriana y los trastornos cardiovasculares del recién nacido.

Tabla 3

Provincia de Tucumán. Proporción de defunciones infantiles según grandes grupos de causas de muerte según CIE 10. 2000-2014

	2000-2004	2005-2009	2010-2014	Variación 2000-04/2005-09	Variación 2005-09/2010-14
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3,7	2,6	0,7	-1,0	-1,9
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,8	1,1	0,1	-0,7	-0,9
Enfermedades del sistema respiratorio	7,3	6,5	5,7	-0,8	-0,8
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	65,4	63,9	66,7	-1,5	2,8
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	15,5	19,3	23,0	3,8	3,7
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2,0	1,6	1,4	-0,4	-0,2
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	1,2	1,5	0,4	0,3	-1,0
Resto de causas	3,1	3,5	1,9	0,4	-1,7

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2015).

Le siguen en jerarquía a las afecciones perinatales las malformaciones y anomalías congénitas (se incluyen anencefalia, malformaciones congénitas del corazón, agenesia renal, malformaciones congénitas del pulmón, espina bífida, etc.) con proporciones alrededor del 20 por ciento, destacándose además en este grupo el mayor crecimiento porcentual entre los quinquenios y respecto al resto de grupos analizados, representando dicho aumento el 3.8 por ciento entre 2000/04 y 2005/09 y el 3.7 por ciento entre 2005/09 y 2010/14. Se observa que dentro de este grupo han mostrado aumento las malformaciones congénitas del corazón, del sistema osteomuscular, anencefalia y agenesia renal.

El resto de los agrupamientos tiende sutilmente a disminuir, entre estos se subraya, en orden de importancia, las patologías respiratorias y las enfermedades infecciosas, muy vinculadas con las condiciones de vida de la población, ya que dependen fuertemente del estado de la vivienda, la deposición de excretas, el nivel de ingresos de la familia, la educación y pautas culturales de higiene y alimentación, etc., como ya hemos mencionado anteriormente.

Mortalidad neonatal y postneonatal

Componente neonatal

Durante el año 2014 fallecieron en Tucumán 322 niños en su primer mes de vida. La mayoría de las causas que provocaron estas muertes se relacionan con afecciones del periodo perinatal (76 por ciento de las mismas) y anomalías congénitas (22 por ciento). Estos registros son muy cercanos a las proporciones nacionales, donde el 96 por ciento de las defunciones neonatales está explicado por afecciones perinatales y anomalías congénitas.

Si comparamos estos valores con los de una década atrás, es decir, los correspondientes al año 2004, observamos que en aquel momento murieron 473 niños en este tramo de edad, es decir un 46 por ciento más que en 2014, lo que se observó en la figura 5.

Si bien hay una clara disminución en el valor absoluto de defunciones neonatales, la proporción que representan en el universo de la mortalidad infantil ha aumentado sutilmente, producto del descenso de la tasa con una mayor concentración en el tramo neonatal.

Finalmente, se distinguieron estas muertes según criterios de «reducibilidad». Así, en 2014 el 43 por ciento de estas defunciones fueron reducibles, de estas, más de la mitad habrían disminuido por tratamiento clínico y quirúrgico en el recién nacido; por otro lado el 44 por ciento fueron difícilmente reducibles. Queda claro ante este panorama el amplio margen de acción que existe aún para el control de la mortalidad en este tramo de edad.

Componente postneonatal

Durante el año 2014, murieron 81 niños en el tramo postneonatal. El 42 por ciento de estas muertes se relacionaron con anomalías congénitas (dominan las malformaciones del corazón). Le siguen en importancia con un 27 por ciento las patologías respiratorias, siendo la causa específica más importante la neumonitis. En los registros nacionales detectamos que también prevalecen

las anomalías congénitas seguidas de las patologías respiratorias, aunque con diferente representación: 25 y 22 por ciento respectivamente.

Si comparamos estos valores con los de 2004 observamos que operó una reducción de muertes postneonatales en el orden del 60 por ciento, lo cual fue evidenciado también en la figura 5. En relación al grado de «reducibilidad» que presentan estas muertes, se observa que es mayor la capacidad de ser disminuidas en comparación a las defunciones neonatales observadas. En efecto, el 80 por ciento de ellas se podrían haber reducido mediante estrategias de prevención y tratamiento.

Numerosas investigaciones pusieron de manifiesto distintas destrezas que fueron efectivas en otros contextos para reducir la mortalidad infantil, tanto en el tramo neonatal como en el postneonatal. Entre otras se distinguen el aumento de la vacunación y fomento de su obligatoriedad, mejora de los programas nutricionales, progreso en las prácticas de atención familiar y lactancia materna, fortalecimiento de los sistemas de salud para asegurar el acceso a cuidados obstétricos esenciales efectivos, avance en las prácticas de higiene y eliminación segura de las excretas, aumento del acceso al agua potable y al saneamiento mejorado, robustecimiento de la salud comunitaria y promoción de la atención primaria de salud, etc. Constituyen –desde nuestro entender– lineamientos importantes para saldar las deudas aun presentes en la salud infantil tucumana.

Brechas departamentales y fragmentación

Como mencionábamos anteriormente, siguiendo los postulados de Kliksberg (2005), los promedios enmascaran muchas veces las asimetrías internas. En este caso, en el ámbito sub-provincial, diferentes situaciones se presentan respecto a la magnitud y evolución de la mortalidad infantil. Teniendo en cuenta estas dos manifestaciones, magnitud y evolución, elaboramos la figura 8 y el mapa 1 donde se consignan las tipologías departamentales. Se definió así, sobre un eje de ordenadas y abscisas, un valor promedio respecto a la magnitud de la mortalidad infantil en cada departamento en el periodo y un valor promedio respecto al nivel de variación. Finalmente, se calculó el valor promedio general de magnitudes y variaciones para definir dos umbrales y posteriormente las cuatro tipologías que se detallan a continuación:

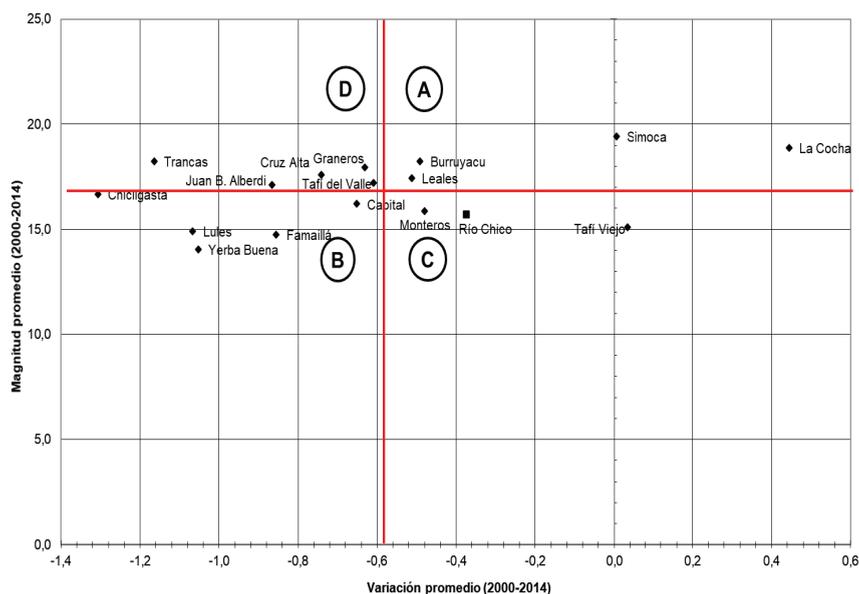
Departamentos con magnitudes altas y variaciones mínimas: se incluyen jurisdicciones de la llanura oriental (Simoca, Burreyacu y Leales) a las que se

les suma La Cocha. Estas áreas presentan la peor situación de la provincia, dada la elevada magnitud que alcanza la mortalidad infantil y su tendencia estable o creciente, como pudo observarse incluso en La Cocha y Simoca, donde los valores de 2014 son superiores a los del inicio del periodo. Un panorama crítico envuelve estas jurisdicciones, haciendo preciso revisar las políticas públicas implementadas en términos de salud infantil.

Departamentos con magnitudes bajas y variaciones descendentes importantes: constituye el hecho más auspicioso en el estudio de la mortalidad infantil, esto es: presentar valores bajos para el contexto y tender a disminuirlos aún más en el tiempo. Esta categoría está integrada por la Capital, Famaillá, Lules, Yerba Buena y Chicligasta, jurisdicciones donde se asientan las principales ciudades de la provincia, motivo por el cual reúnen las mayores proporciones de población urbana. Es altamente auspicioso el comportamiento observado en estas jurisdicciones, siendo preciso reforzar la continuidad de las políticas aplicadas para continuar la tendencia detectada.

Figura 8

Tipología departamental sobre la base de la magnitud y las variaciones de la tasa de mortalidad infantil. 2000-2014



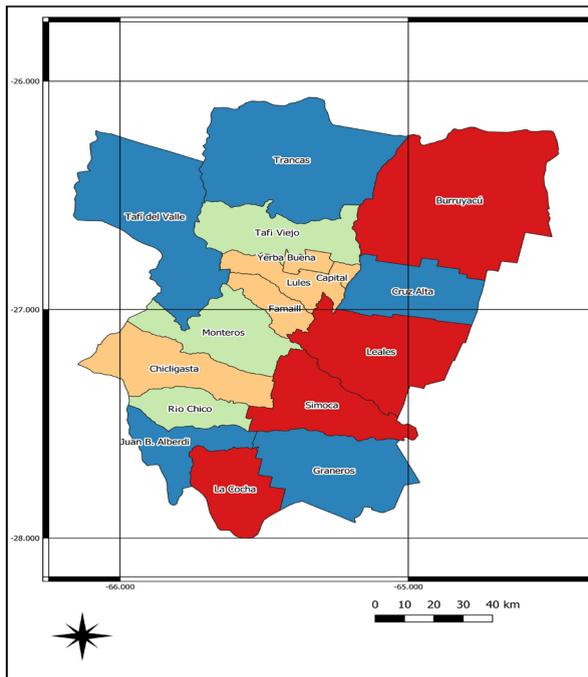
Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2015).

Departamentos con magnitudes bajas y variaciones mínimas: se encuentran aquí Monteros, Río Chico y Tafi Viejo, las cuales representan una situación favorable (baja mortalidad infantil) pero se detectan barreras que interrumpieron la tendencia, perdiendo la continuidad que otrora podrían haber adquirido. Se sugiere revisar los posibles obstáculos que podrían estar interfiriendo en la continuidad de la tendencia descendente que en algún momento distinguió a estos departamentos para elaborar políticas específicas en pos de su superación.

Departamentos con magnitudes altas y variaciones descendentes importantes: si bien se reconoce en ellos elevadas magnitudes de la tasa de mortalidad infantil, constituye un hecho propicio el haber detectado una profundización de la tendencia descendente, lo cual manifiesta mejora en los determinantes de la salud infantil en estas áreas. Se encuentran en esta situación Trancas, Alberdi, Cruz Alta, Graneros y Tafi del Valle.

Mapa 1

Provincia de Tucumán. División política departamental sobre la base de la tipología de la figura 8

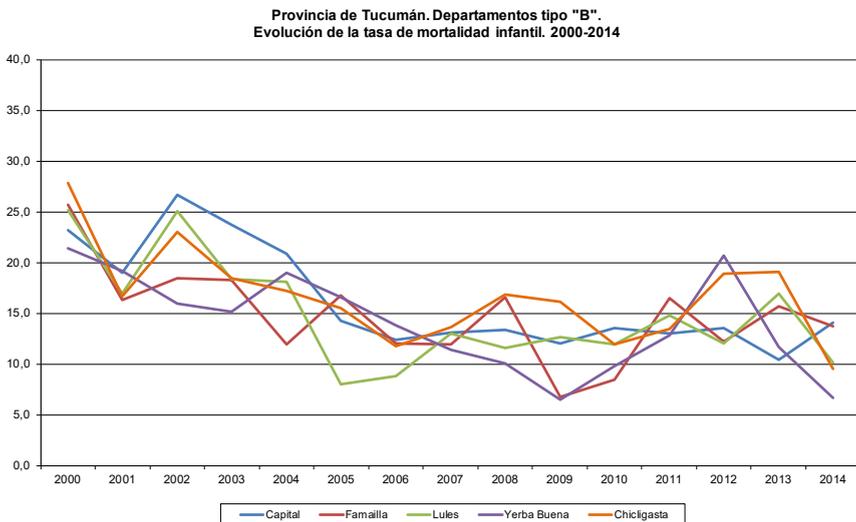
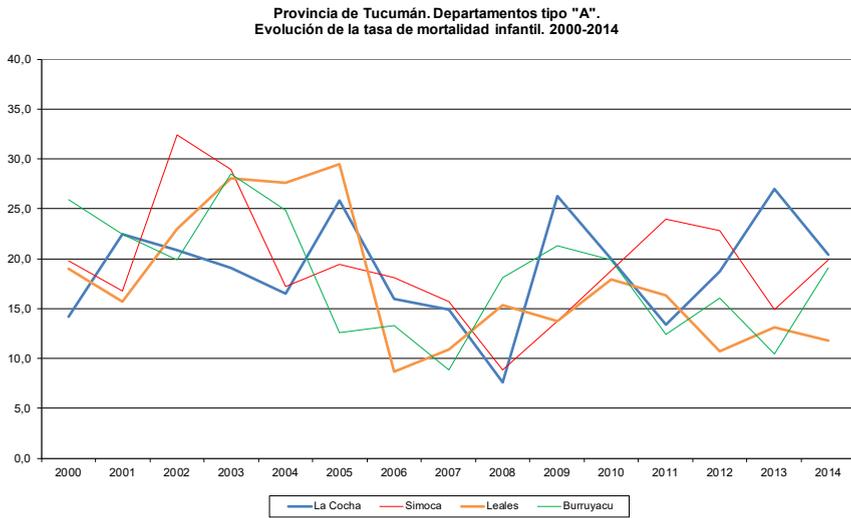


Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2015). Elaboración: Laboratorio de Cartografía Digital. ISES. Conicet/UNT

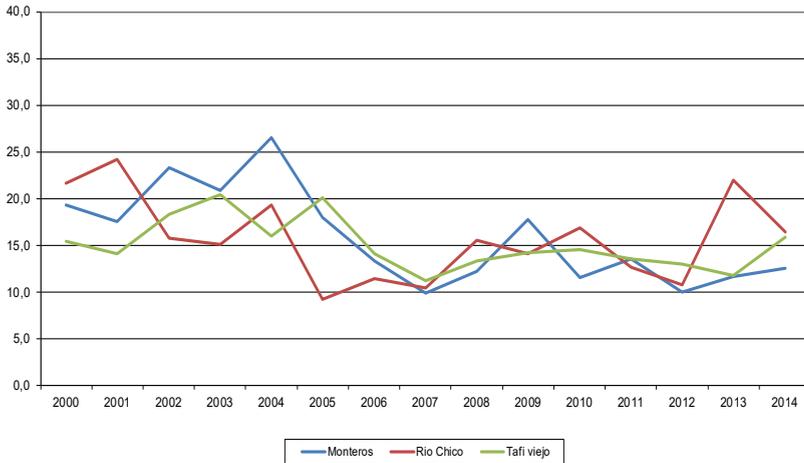
La figura 9 presenta un complemento de la figura anterior. Podemos observar aquí la evolución de la marcha anual de la TMI en cada departamento tucumano, agrupados según las categorías anteriormente definidas.

Figura 9

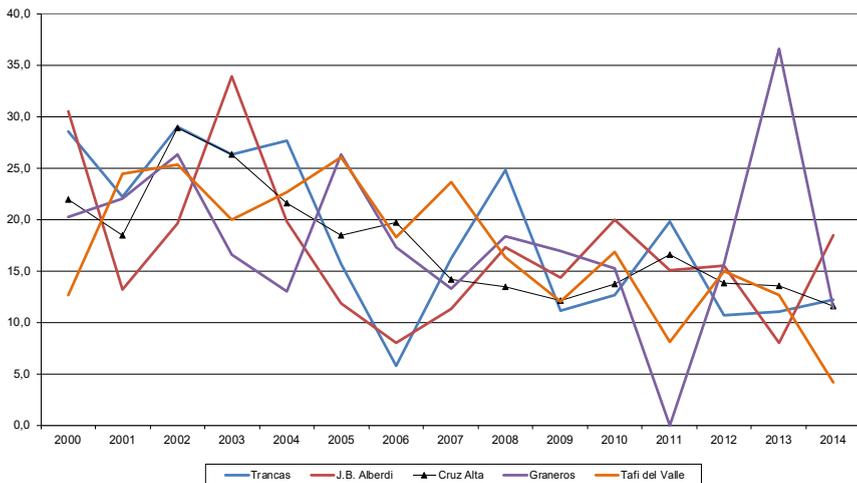
**Departamentos de la provincia de Tucumán.
 Evolución de la tasa de mortalidad infantil. 2000- 2014**



Provincia de Tucumán. Departamentos tipo "C".
Evolución de la tasa de mortalidad infantil. 2000-2014



Provincia de Tucumán. Departamentos tipo "D".
Evolución de la tasa de mortalidad infantil. 2000-2014

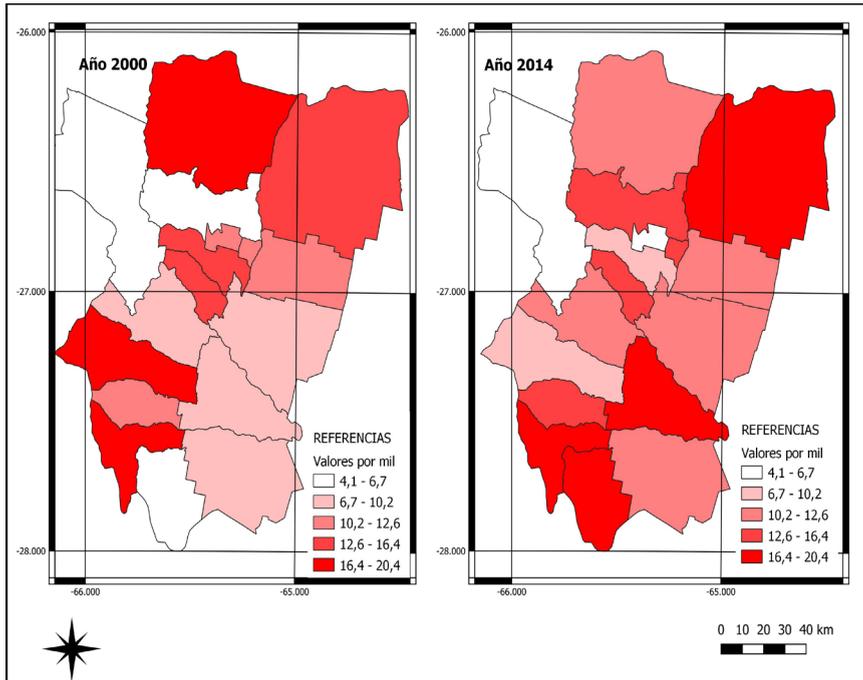


Fuente: Ministerio de la Salud de la Nación. 2015

Finalmente, para terminar de ilustrar la desigual distribución espacial de la mortalidad infantil tucumana se elaboró el mapa 2, donde es posible advertir, además de la desigualdad mencionada, el distinto recorrido que hizo cada departamento en su TMI, resultado que se expone en la cartografía del año 2000 y 2014, los cuales conforman el inicio y final del periodo de estudio.

Mapa 2

Provincia de Tucumán. Distribución espacial de la tasa de mortalidad infantil en el año 2000 y 2014.



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2015).
Elaboración: Laboratorio de Cartografía Digital. ISES. Conicet/UNT

Conclusiones

A partir de lo observado, pudimos detectar y valorar los logros tucumanos en materia de mortalidad infantil. Es claro que operó un descenso, mayúsculo si se lo compara con fines del siglo XIX, e importante si la comparación se remonta a mediados del siglo XX. Sin embargo, a pesar de la imagen optimista que pueda generar este descenso, el margen de acción para la política pública es amplio en materia de salud infantil. Este conjunto de posibles acciones denota la agenda política pendiente aún, la cual puede observarse con nitidez tanto en la elevada proporción que aun representan las muertes reducibles como en la disímil tendencia mostrada por algunos departamentos tucumanos, donde fue posible observar aumento de la mortalidad infantil en los últimos años contrarrestando la tendencia nacional y provincial dominante. Cabe destacar

las denuncias respecto al cambio que habría operado en el registro de los nacidos vivos y que habría ocasionado el «milagro tucumano» evidenciando –por única vez en la historia– tasas de mortalidad infantil inferiores a la media nacional.

Queda claro que la ruptura de la tendencia descendente observada en a partir de 2006, la creciente sobremortalidad, la gran proporción de muertes reducibles y, fundamentalmente, el contexto de pobreza que caracteriza a la población norteña en general y tucumana en particular, generan argumentos que sostienen la afirmación precedente. Finalmente, se observó, además, que el ámbito sub-provincial presenta grandes asimetrías, lo cual implicaría priorizar políticas territoriales específicas según la característica que asume este problema en cada jurisdicción.

Si bien es de antigua data el estudio de la mortalidad infantil tucumana –pionero incluso si se lo compara con otras provincias argentinas– no ha sido suficiente para colocarla en niveles óptimos. Por el contrario, sin desmerecer el descenso general observado en la tasa, existen condiciones estructurales que remiten fundamentalmente a las condiciones de vida de la población y las características del sistema de salud, que se interponen como severos obstáculos para tender a sus mayores descensos.

Una conjetura involucrada en este trabajo sostiene que uno de los mitos más difundidos en los distintos foros de opinión (especialmente en los vinculados con parte de la dirigencia política) sostiene, precisamente, que la carencia explica la brecha. Son habituales los discursos en los que implícita o explícitamente se explica que la pobreza de los recursos esclarece las deficiencias no solo en ciudades sino en provincias o en países. Sin embargo, existen evidencias (más conocidas, al parecer, en el ámbito académico que en otras instancias) que definen la incongruencia del fatalismo que genera ese mito. De un creciente número de ejemplos hemos seleccionado un par de casos latinoamericanos en los que se compara la mortalidad entre Chile y Argentina, por un lado, y el de las áreas azucareras de México, Cuba y Argentina.

En el análisis comparado que Trifiró (2007) hiciera sobre la evolución de la mortalidad infantil de Chile y Argentina en los últimos 50 años (lapso en el que la mortalidad chilena, que duplicaba a la argentina, pasó a ser la mitad) sostiene que la aplicación de una política de Estado cuyo sustento fue la continuidad en el tiempo, independientemente de la bandera política que gobernaba el país, fue la base del éxito; explica que ni un mayor nivel

de saneamiento básico, tampoco el mejor acceso a los servicios de salud, la aplicación de avances en medicina o los programas de alta cobertura a través de la organización de salud, principalmente del sector público, hubieran sido plenamente eficaces sin el claro apoyo de una dirigencia política que comprendió la importancia de la continuidad sin rupturas ni contramarchas. Como es sabido, cualquiera de las estadísticas latinoamericanas que se tomen en cuenta, reconocen que en estos cincuenta años la Argentina ha contado con mayor capacidad económica que Chile.

Por su parte, con respecto a los complejos azucareros de México, Cuba y Argentina, Bolsi y Ortiz de D'Arterio (2005) han indicado que debe advertirse el notable efecto de la presencia de una clase dirigente comprometida con los problemas de salud pública. Es importante el marcado contraste entre las administraciones española (1887-1898) y norteamericana en Cuba (1898-1902), ambas con fuertes intereses económicos y políticos en la isla. Se vio que en Cienfuegos (como en casi todo el ámbito cubano) la aplicación de una ingeniería social compleja –que reemplazó a la organizada por España– dio resultados positivos en muy poco tiempo. Debido a ello, Cuba conformó un caso de excepción en Latinoamérica (Bolsi y Ortiz, 2005). Pero, más allá de ello, resulta evidente que las generaciones posteriores a estos trascendentes años iniciales supieron instalarse en esa tendencia, consolidar la tradición sanitarista y aún acrecentar la complejidad y eficiencia de la ingeniería social y –en las últimas décadas– reducir los desniveles que persistían en el territorio nacional. En este caso el alto grado de compromiso, a partir de la ocupación norteamericana, excedió el carácter ideológico o político de esas administraciones de diverso signo. Se entiende que como resultado de tal actitud el área que se seleccionara en Cuba, donde el Estado tiene carencias presupuestarias más graves que las de Argentina, cuenta con la mortalidad infantil más baja de las tres comarcas azucareras (Bolsi y Ortiz, 2005); no obstante, los impactos en calidad de vida podrían trasladarse a otras esferas del bienestar. Las de Argentina y México, en ese orden, tienen tasas que bien podrían expresar una actitud de la clase dirigente –especialmente la de México– con graves carencias en materia de compromiso social o de visión política de los problemas.

La importancia de la excusa de la «pobreza de recursos» se desdibuja en estos casos. En oposición, se perfila la decisión política y el compromiso de la dirigencia como instrumentos de mayor peso que la despreocupación o el fatalismo que genera el mito.

Referencias bibliográficas

- Alzraqui, Marcio, Eduardo Mota y Hugo Spinelli** (2006). «Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local». *Cad. Saúde Pública*, 22 (12) 2693-2702. Río de Janeiro.
- Baldrich, Alberto** (1944). «La desnutrición infantil es un serio problema». *Revista de Economía Argentina* n° 308, año 26, tomo 43, pp. 41-42. Buenos Aires.
- Behm Rosas, Hugo** (2014). «Los determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia». *Población y Salud en Mesoamérica*, 12(1), 139-153. San José de Costa Rica.
- Bolsi, Alfredo y Horacio Madariaga** (2002). *El complejo azucarero en Tucumán. Dinámica y articulaciones*. San Miguel de Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán.
- Bolsi, Alfredo y Julia Ortiz de D'Arterio** (2005). «Agroindustria azucarera y mortalidad: análisis comparado de cuatro complejos latinoamericanos». *Theomai*, 12. <https://www.redalyc.org/pdf/124/12401207.pdf> Consultado el 30 de marzo de 2020.
- Bolsi, Alfredo y Julia Ortiz de D'Arterio** (2001). *Población y azúcar en el Noroeste Argentino: mortalidad infantil y transición demográfica durante el siglo XX*. San Miguel de Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán.
- Bolsi, Alfredo y Pablo Paolasso** (2009). *Geografía de la pobreza en el Norte Grande Argentino, Tucumán*. San Miguel de Tucumán: PNUD.
- Buchbinder, Marcos** (2008). «Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina: tendencia temporal». *Archivos Argentinos de Pediatría*, n° 106 (3), pp. 212-218. Disponible en https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2008/arch08_3/106n3a05.pdf Consultado el 5 de mayo de 2021.
- Celton, Dora y Ribotta, Bruno** (2004). «Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina. Niveles y tendencias durante el siglo XX». Presentado en el *1° Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, Caxambú. Disponible en http://www.alapop.org/alap/images/PDF/ALAP2004_390.pdf Consultado el 5 de mayo de 2021.
- Cendali, Florencia y Luciana Pozo** (2009). «Mortalidad infantil: Reflexiones a partir del caso de Tucumán». Presentado en *X Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, San Fernando del Valle de Catamarca. Disponible en <https://www.aacademica.org/000-058/38.pdf>. Consultado el 5 de mayo de 2021.
- Chackiel, Juan** (1987). «La investigación sobre causas de muerte en América Latina». *Notas de Población* n° 44, pp. 9-30. Santiago de Chile.
- De Sarasqueta, Pedro** (2001). «Mortalidad neonatal y posneonatal en recién nacidos de peso menor a 2.500 g. en la República Argentina (1990-1997)». *Archivos Argentinos de Pediatría*, n° 99 (1), pp. 58-61. Buenos Aires.
- Díaz Elejalde, Yurima y Rosa Alonso Uría** (2008). «La mortalidad infantil, indicador de excelencia». *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24 (2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200008&lng=es&tlng=es. Consultado el 5 de mayo de 2021.
- Díaz Muñoz, Alberto** (1995). «Limitaciones de las estadísticas vitales como fuente de información para el estudio de la mortalidad infantil». Trabajo presentado en *III Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Buenos Aires.

Fandos, Cecilia (2012). «Paulino Rodríguez Marquina: La biografía», en Fernando Longhi, ed. *La mortalidad infantil en Tucumán*. Buenos Aires: Imago Mundi.

Finkelstein, Juliana, Mariana Duhau, Enrique Abeyá Gilardon, Claudia Ferrario, Ana Speranza, Carolina Ascitutto, Elida Marconi, Carlos Guevel, María Fernández, María Martínez, Adrián Santoro, Karina Loiacono y Celia Lomuto (2015). «Mortalidad infantil en Argentina: 3a revisión de los criterios de reducibilidad». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113 (4), 352-358. Buenos Aires.

Frenk Julio, Tomas Frejka, Jose Bobadilla, Claudio Stern, Rafael Lozano, Jaime Sepúlveda y Marco José (1991). «La transición epidemiológica en América Latina». *Bol. of. Sanit. Panam.* 111 (6) 485-496. Washington.

Garriga, Santiago (2014). «Impacto del Plan Nacer sobre la Mortalidad Infantil en Argentina». Documento de Trabajo n° 168. Universidad Nacional de La Plata: Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (Cedlas). Disponible en <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/127681/1/cedlas-wp-168.pdf> Consultado el 5 de mayo de 2021.

González Hernández, Norma; Gabriela López y Lidia Prado (2016). «Importancia de la nutrición: primeros 1.000 días de vida». *Acta Pediátrica Hondureña*, 7(1), 597-607.

Guzmán, José y Hernán Orellana (1987). «Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en algunos países de América Latina». *Notas de Población* n° 44, Celade, Santiago de Chile, 31-56. Disponible en <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12745> Consultado el 5 de mayo de 2021.

Indec (1962). *Hechos demográficos de la República Argentina: 1954 - 1960*. Buenos Aires.

Indec (1968). *Hechos demográficos de la República Argentina: 1961 - 1966*. Buenos Aires.

Indec (2001). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Buenos Aires: Indec.

Indec (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Buenos Aires: Indec.

Jaspers – Faijer, Dirk y Hernán Orellana (1994). «Evaluación del uso de estadísticas vitales para estudios de causas de muerte en América Latina». *Notas de Población* n° 60, 47-77. Santiago de Chile.

Kliksberg, Bernardo (2005). «América Latina: La región más desigual de todas». *Revista de Ciencias Sociales*, 11(3): 411-521. Maracaibo.

Longhi, Fernando (2013). «Pobreza y mortalidad infantil: Una aproximación teórica al estudio de sus relaciones». *Andes* 24 (2). <http://www.scielo.org.ar/pdf/andes/v24n2/v24n2a02.pdf>. Consultado el 24 de junio de 2020.

Ministerio de Salud de la Nación (2008). *Natalidad, mortalidad general, infantil y materna por lugar de residencia*. Argentina, Año 2006. Buenos Aires: MSAL.

Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Análisis de la Mortalidad Materno Infantil. República Argentina, 2003-2012*. Buenos Aires: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Programa Nacional de Estadísticas Vitales. Estadísticas vitales: Información Básica (2000-2014)*. Buenos Aires: MSAL.

Mosley Henry y Lincoln Chen (1984). «An analytical framework for the study of child survival in developing countries», en *Population and Development Review*. vol. 10 suppl. 25-45. Seattle.

Muñoz Pradas, Francisco (2005). «Geografía de la mortalidad española del siglo XIX: una exploración de sus factores determinantes». *Boletín de la AGE*, 40, 0269-310.

Paolasso, Pablo (2012). «Sobre el registro de las estadísticas vitales provinciales a principios del siglo XX y comienzos del siglo XXI: un análisis comparativo», en Fernando Longhi, ed. *La mortalidad infantil en Tucumán*. Buenos Aires: Imago Mundi.

Paolasso, Pablo, Longhi, Fernando y Guillermo Velázquez (2019). *Desigualdades y fragmentación territorial en la Argentina durante la primera década del siglo XXI*. Buenos Aires: Imago Mundi.

Provincia de Tucumán (1944). *Anuarios estadísticos (1897-1943)*. San Miguel de Tucumán: Dirección de Estadísticas de la Provincia.

Provincia de Tucumán (1955). *Boletín estadístico (1944- 1954)*. San Miguel de Tucumán: Dirección de Estadísticas de la Provincia.

Provincia de Tucumán (2010). *Estadísticas Vitales (1965-2008)*. San Miguel de Tucumán: Dirección de Estadísticas de la Provincia.

Rodríguez Marquina, Paulino (2012). «La mortalidad infantil en Tucumán», en Fernando Longhi, ed. *La mortalidad infantil en Tucumán*. Buenos Aires: Imago Mundi.

Spinelli, Hugo, Marcio Alarzaqui, Laura Calvelo y Jorge Arakaki (2000). *Mortalidad infantil, un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos Aires en 1998*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Trifiró, María Cristina (2007). «La mortalidad infantil en Argentina y Chile: comparación de su evolución desde 1950 y estado actual», en Actas de las *IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Huerta Grande, Córdoba.

Yedlin, Pablo, Fernando Avellaneda, Máximo Diosque, Sandra Tirado y Pedro De Sarasqueta (2010). «Evaluación de impacto de dos estrategias combinadas para reducir la mortalidad infantil en Tucumán, Argentina». *Rev. Argent. Salud pública*, 1(2).