

DESARROLLO Y MORTALIDAD INFANTIL. UNA REGIONALIZACIÓN DE ARGENTINA 2010

Development and infant mortality. Regionalization of Argentina 2010

Tafani Roberto¹, Chiesa
Gastón², Caminati
Raul³, Gaspio Nuri⁴

1 Ph.D Decano FCE-UNRC

2 Lic. En Ciencias Políticas, Sec.
Técnico FCE-UNRC

3 Lic. En Administración de
Empresas

4 Doctora en Bioquímica

Resumen

El presente trabajo, tiene como objetivo general regionalizar a Argentina en función de variables de salud, educación, demográficas y económicas, todas ellas presentes en la discusión del desarrollo. Su alcance es descriptivo y correlacional y su diseño retrospectivo transversal.

De la regionalización de Argentina, surgen cuatro grupos de provincias, donde podemos decir que medido el desarrollo en función de la Mortalidad Infantil y sus condicionantes, estas regiones no presentan homogeneidad y es necesario, en primer lugar, abordar tres temas centrales para un desarrollo equitativo, que resultaron del trabajo, primero, aumento del gasto en salud en las provincias de mayor MI, en segundo lugar programas de planificación familiar y por último un fuerte énfasis en los programas de educación materna.

Palabras clave: desarrollo, salud, mortalidad infantil, regionalización, Argentina.

Abstract

The general objective of this paper is to regionalize Argentina according to health, education, demographic and economic variables; all of them found in the development of this work. It is a descriptive and correlational study with cross-sectional design.

Trabajo recibido:
09/ 06/2013.
Aceptado: 06/ 09/2013

Four different groups of provinces spring from the regionalization of Argentina. Comparing development to infant mortality we can say that these regions do not show homogeneity and that it is necessary, first of all, to address three main topics for an equitable development, as the work showed. First, increase health expenditure in the provinces with greater infant mortality; second family planning programs; and finally strong emphasis on mother education.

Key words: development, health, infant mortality, regionalization, Argentina.

Introducción

“La equidad en salud es una posición moral, como también un principio lógico y presupone valores subyacentes”
OMS (2010)

La Mortalidad Infantil (MI) no solo es un indicador de salud de la población. De acuerdo a la OMS (1948) (1), la definición de salud incluye componentes físicos, mentales, sociales y medioambientales, por lo que el fenómeno social donde ocurre la mortalidad infantil tiene estrecha vinculación con los factores de desarrollo, como la educación, las políticas públicas, el acceso a los servicios de salud y los niveles de ingreso. En 1992 la OMS también agrega en su definición, “y en armonía con el medio ambiente”. (2). Este trabajo intentará vincular la MI con los factores de desarrollo que la afectan y generar una regionalización del desarrollo en Argentina en función de la MI.

Evolución del concepto de desarrollo

Schumpeter en 1948, analiza la historia económica a través de la tecnología y la innovación dentro de los sistemas económicos y con ello explica la teoría del desarrollo económico, rebautizando el nuevo debate que los antiguos llamaban progreso, evolución, crecimiento y riqueza. Estos últimos dos conceptos nacidos desde las ciencias económicas (2008) (3), Adam Smith en 1776 se preguntaba por el origen y naturaleza de la riqueza de las naciones y David Ricardo a principios del siglo XIX, analiza las ventajas comparativas de los países y sus efectos en el comercio internacional.

Roig (2008) (4) destaca la importancia del discurso de Truman del 20 de enero de 1949 como un puntapié inicial en una nueva lógica del desarrollo. La primera versión de este discurso consta de tres puntos esenciales: seguir con el Plan Marshall, apoyar la constitución de las Naciones Unidas, y crear una organización común de defensa, que pocos meses después se conocería como la OTAN. Uno de sus consejeros y colaboradores, propuso crear un cuarto punto que contemplara la incorporación en el orden internacional de aquellos países que surgían de los procesos de descolonización en curso. Este discurso crea la lógica de desarrollados y subdesarrollados, las sendas del desarrollo y los caminos de la convergencia, dando origen a nuevos teóricos del desarrollo.

Valcarcel (2007), en la década de 1950 (5), vincula el desarrollo al crecimiento económico a través de tres teóricos centrales; Nurske (1953), Lewis (1955) y Baran (1957), (6-8) sostenían que la acumulación de capitales era el eje central del desarrollo y que éste se había hecho realidad gracias a la ampliación del sector moderno industrial de la sociedad.

En 1962, Rostow (9) abona este campo con su teoría del despegue, propugnando un mayor desarrollo industrial, redistribución del ingreso en la población y creación de una nueva elite dominante en las regiones atrasadas, como vías para el gran despegue en las sociedades capitalistas democráticas.

El corolario de esta etapa para los economistas norteamericanos del desarrollo, es que éste aparece a mitad del siglo veinte y vinculado fundamentalmente como un problema de crecimiento de la economía de mercado, de ampliación de la riqueza material expresada en un único indicador macroeconómico: el producto bruto interno. La industrialización, la tecnificación de la agricultura y la elevación de la productividad permitirían, justamente, generar dicho crecimiento económico. Los beneficios a lograrse serían distribuidos a la población por el mercado a través de la idea del derrame de la riqueza.

Hacia mediados de los años sesenta, surge desde América Latina la idea del desarrollo, a partir de la teoría de la dependencia; la explicación central parte de un enfoque relacional y de articulación entre las economías locales y la economía mundial, entre la dominación internacional y las relaciones internas de clase hacia el interior del país. La dependencia nacional es distinta de la dominación colonial, hace referencia a una consecuencia histórica de la división del trabajo que provoca que el desarrollo industrial se concentre en algunos países, resultando restringido en otros, a los cuales se les delega la función de simples abastecedores de materias primas. En esta teoría se destacaron autores como Prebisch, R. (1951); Cardoso, F.H. y Faletto, E (1969) (10, 11).

A partir de mediados de la década del '80, surgen nuevas visiones del desarrollo y los vuelven un complejo campo de estudio transdisciplinario, los enfoques del Desarrollo Humano (Max Neef et al., 1986) (12), la visión institucional (North, 1993, Guillén, 2001) (13,14), el fenómeno cultural y la miradas desde las brechas de desigualdad (Putnam 1993, Kliksberg y Tomassini 2000, Sen y Kliksberg, 2007) (15, 16, 17), la perspectiva holística de Boisier (2003) (18), el desarrollo endógeno (Vázquez Barquero, 2002) (19) y el desarrollo con identidad a partir de los planes actuales de Bolivia y Ecuador.

Actualmente, la teoría económica rescata la relación entre los territorios sub-nacionales (ciudades) y los procesos de desarrollo, en donde se dan estudios que contemplan la productividad, la tecnología y los sistemas productivos; ejemplos de ello son los estudios sobre distritos industriales marshallianos (Becattini 1997) (20), clúster (Porter 1990) (21), entorno innovador (Maillat 1995; Dupuy y Gilly 1997) (22, 23). Estas visiones configuran lo que se denomina el desarrollo local, Albuquerque (2004:2) (24).

La introducción entonces del concepto de desarrollo a mediados del siglo XX, trajo aparejada una nueva lógica mundial, en donde quedaron asignados los roles de la innovación, las tecnologías y las sendas del progreso. En la última parte del siglo XX, se redefine el pensamiento del desarrollo apuntado al territorio y los procesos de innovación y a partir de ahí un nuevo paradigma de inserción en base a territorios, dando lugar al concepto de Desarrollo Local.

Desarrollo y salud

Es verdad que hay mucho escrito acerca de los determinantes sociales de la salud, pero pareciera que la formulación de políticas no tiene en cuenta todo lo que sabemos. Por otra parte, aún no sabemos lo suficiente. Es acuciante la necesidad de invertir en más investigaciones que integren diferentes disciplinas y ámbitos de especialización, de dilucidar el modo en que los determinantes sociales de la salud crean inequidad sanitaria y la manera en que se puede lograr una situación sanitaria mejor y más justa actuando sobre esos determinantes (OMS 2009) (25).

Es probable que prestar atención a los determinantes sociales de la salud, mejore la eficacia de los servicios sanitarios. El sector sanitario tendrá una función de liderazgo y promoción, en la elaboración de políticas encaminadas a mejorar los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, la falta de atención sanitaria no es la causa de la altísima morbilidad que aqueja al mundo: las enfermedades de transmisión hídrica no son producto de la falta de antibióticos sino de la falta de acceso a agua salubre, y de los factores políticos, sociales y económicos que no garantizan el acceso al agua potable para todos; las cardiopatías no son

producto de la falta de unidades coronarias sino del modo de vida, que está determinado por el ambiente en el que viven las personas; la obesidad no es producto de un fracaso moral de los individuos, sino del fácil acceso a los alimentos que tienen gran contenido de grasas y azúcares. Por lo tanto, las principales acciones destinadas a mejorar los determinantes sociales de la salud deben provenir de sectores que no son el sanitario.

Tiene profundas repercusiones en el bienestar y las políticas de un país, considerar la salud y sus condicionantes como un indicador de desarrollo social y económico. Cuando las políticas — cualquiera sea el campo de ejecución— tienen como objetivo mejorar el bienestar de la población la situación sanitaria es un indicador del éxito. La equidad sanitaria, por su parte, es un parámetro que expresa el grado en que esas políticas pueden lograr una distribución justa de las condiciones de bienestar. OMS (2009) (25)

El desarrollo y la mortalidad infantil

Según la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación (2013), (26), “*La tasa de mortalidad infantil (TMI) relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año.*” La extensión de esta definición refiere a los límites de un territorio, para Argentina, la división de distritos, va desde lo local, en los registros civiles a lo provincial y nacional a través de los ministerios de salud. Se considera a la mortalidad infantil un buen indicador de desarrollo socioeconómico general, por su asociación con características socioeconómicas, políticas y demográficas (tales como nivel de ingreso, tamaño y estructura familiar, educación de la madre, situación nutricional, acceso a infraestructura pública, entre otros). También es un indicador de la disponibilidad, utilización y calidad de la atención en salud.

Dado que la mayoría de las muertes en menores de un año son prevenibles, se considera a la mortalidad infantil, un indicador de la calidad de vida y bienestar de una población y es imprescindible como indicador de monitoreo del derecho a la salud. La sobremortalidad infantil puede interpretarse como una brecha en la implementación del derecho a la salud, producto de la discriminación estructural. Por otra parte, para los pueblos indígenas, la mortalidad en edades jóvenes y más aún en la infancia, rompe un ciclo natural y se interpreta como el resultado de una trasgresión a las normas que mantienen el equilibrio de su mundo. CEPAL (CELADE 2007) (27).

Cuando nos preguntamos cuál es la importancia de este indicador en el desarrollo, debemos determinar la asociación entre el mismo y los determinantes de la salud, Soares (2007) (28), asocia los determinantes de la mortalidad al desarrollo en los países emergentes, encontrando que el vínculo entre desarrollo y mortalidad, son los condicionantes de carácter social, político, económico y cultural, las asociaciones más robustas se encuentran en las variables de Educación, Nutrición, Hábitat, Servicios Sanitarios y Acceso a los Servicios de Salud. La OMS (2010) (29), en su Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, encontró abundante evidencia que los canales de vinculación de las inequidades en salud residen en el desarrollo político, económico y social. Las principales vías de comunicación entre desarrollo y salud pasan por entender los condicionantes socio-políticos, económicos y culturales, de las siguientes variables, el consumo de alcohol, las enfermedades cardiovasculares, la mal nutrición en la niñez, la diabetes, la insuficiente provisión de alimentos, los desordenes mentales, las enfermedades infecciosas, la falta de cuidados bucodentales, el embarazo no planificado, el consumo de tabaco, la tuberculosis y la violencia.

La asociación entre desarrollo medido por la inequidad en la distribución del ingreso y la alta mortalidad infantil, es robusta y largamente estudiada, la recomendación más citada es apuntar hacia políticas de redistribución y equidad en el ingreso (Torre et al, 2011) (30). Por otro lado la disminución de la mortalidad infantil y los avances tecnológicos, en los distintos países, fueron asociados en varios trabajos, como los de Preston (2007) y

Ferrarini (2010) (31,32), concluyendo que a partir de altos ingresos y tecnología se mejora la expectativa de vida al nacer. Sin embargo, estos trabajos muestran limitaciones en su marco de estudio, ya que están centrados en explicar fenómenos complejos a partir de una variable, el ingreso. Otros autores llegaron a la conclusión que el ingreso es robusto para explicar la mortalidad infantil, pero no para explicar la salud (Cutler et al, 2006) (33), es decir la relación del ingreso y su distribución explica solo una parte del fenómeno de la morbimortalidad materno-infantil.

En el marco del desarrollo en el año 2000 los jefes de estados del mundo a instancias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se reunieron y plantearon un plan de metas con enfoques multidimensionales. Fue a partir de los objetivos del milenio que se monitorean ocho grupos de indicadores para evaluar el desarrollo a través del bienestar humano, ausencia de hambre y pobreza extrema; educación de buena calidad, empleo productivo y decente, buena salud y vivienda; el derecho de las mujeres a dar a luz sin correr peligro de muerte y un mundo en el que la sostenibilidad del medio ambiente sea una prioridad y en el que tanto mujeres como hombres vivan en igualdad. (ONU: Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2010) (34).

Este enfoque social holístico llevó a que muchos investigadores en ciencias sociales salieran de los sistemas simples e incorporaran en sus modelos la influencia del medioambiente y las condiciones sociales de vida, Schultz (1996), Formichella (2008), Sen-Kliksberg (2009) y London et al (2009) (35, 36, 17, 37), muestran la importancia de las variables de educación, esquemas sanitarios, acceso a servicios de salud y medicamentos, medioambiente y condiciones sociales, además de la desigualdad, la pobreza y la distribución del ingreso, como condicionantes del desarrollo y de la salud y la mortalidad materno infantil.

Concluimos que la salud es un buen indicador de desarrollo, medida a través de la mortalidad infantil, variable que es tomada en cuenta en todos los países del mundo, nos da una buena idea del desarrollo de los países de un modo eficiente que incluye lo político, lo social y lo económico.

La mortalidad infantil

Unicef (2011) (38), informó en su parte de prensa que, durante el año 2010, más de 24.000 niños menores de cinco años, murieron por día, en el planeta, aproximadamente uno cada tres segundos, en su mayor parte por causas que se pueden evitar. Las patologías que mayoritariamente los afectan, son de tratamientos de bajo costo y altamente efectivos, muchas veces sólo se requieren sales de rehidratación oral, antibióticos, mosquiteros, vacunas, servicios de agua potable y saneamiento.

En Argentina, durante el año 2010, murieron 10.407 menores de cinco años, más de uno por hora, siendo las principales causas de muerte la prematuridad y el bajo peso al nacer. (Ministerio de Salud 2011) (39).

La mortalidad infantil registrada en 2010, fue de 11,9 * 1.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud 2011). De estos niños menores de un año, 5.689 murieron por causas evitables es decir, 7,5 * 1000 N.V. La diferencia entre Argentina y el primer mundo, es que estas muertes serían tratables por controles y cuidados médicos, mientras que en el primer mundo las principales causas de muerte son las malformaciones congénitas (OMS, 2012) (40), en las que poco se puede hacer con cuidados médicos.

Los resultados encontrados por Chiesa et al (2012) (41), sugieren que la mayor frecuencia de morbi-mortalidad de los niños en Argentina, ocurre, entre los que no poseen cobertura de obra social, por ende sus padres no deben poseer trabajo estable, ni un buen nivel de ingreso, sus madres poseen bajo nivel de instrucción, escasean los servicios de agua potable y cloacas y proliferan las madres adolescentes.

Todas estas características configuran territorios donde la morbi-mortalidad infantil y

materna van teniendo lugar, los niños se enferman y mueren en las poblaciones de más bajos ingresos con baja educación de la madre, ausencia de cobertura médica, alta maternidad adolescente, alta fertilidad (Waldman 1992, Lawn, 2005 y UCA 2011) (42-44), donde los servicios públicos de salud, los médicos y las camas se hallarían desvinculados de la salud materno infantil, (Tafani et al 2009, 2010, 2011) (45-47).

Obejtivos, alcance y diseño

Este estudio tiene por objetivo general regionalizar a Argentina en función de variables de salud, educación, demográficas y económicas, todas ellas presentes en la discusión del desarrollo. Su alcance es descriptivo y correlacional y su diseño retrospectivo transversal.

Objetivos específicos

Analizar la relación entre la mortalidad infantil y el producto bruto geográfico per cápita.

Describir en un plano bidimensional las relaciones entre indicadores de salud, educación, renta, servicios e infraestructura.

Agrupar a los distritos políticos de Argentina en regiones en función de los indicadores mencionados.

Analizar las diferencias entre los grupos.

Métodos y fuentes de datos

Establecido el problema como la regionalización de Argentina en función de variables vinculadas con el desarrollo, primero se examinan las variaciones de la tasa de mortalidad infantil en Argentina en los últimos veinte años, y se vincula la relación entre ese indicador y el producto geográfico bruto durante el último año en estudio.

En segundo lugar, con el objeto de visualizar el comportamiento de indicadores de desarrollo en dos dimensiones, se exploraron las relaciones entre veinte de esos indicadores¹, buscando el grado de correlación, para determinar cuáles son los ejes más explicativos de las similitudes y diferencias, que permitan regionalizar, los mismos reflejan la situación de salud, educación, renta, servicios e infraestructura, de los veinticuatro distritos políticos de Argentina.

La técnica utilizada fue el análisis de factores, que permite visualizar la asociación de las variables, a través de las distancias euclideas de las mismas, en un plano bi-dimensional, en donde a menor distancia entre ellas corresponde mayor grado de asociación.

Por medio de un análisis clasificatorio se distribuyeron los distritos en conglomerados de gran homogeneidad interna y grandes diferencias entre ellos.

Por último un análisis discriminante múltiple corroboró la consistencia de esos conglomerados, con valores de probabilidad aceptables ($p \leq 0,05$), dando lugar a las distintas regiones en que quedó particionada Argentina.

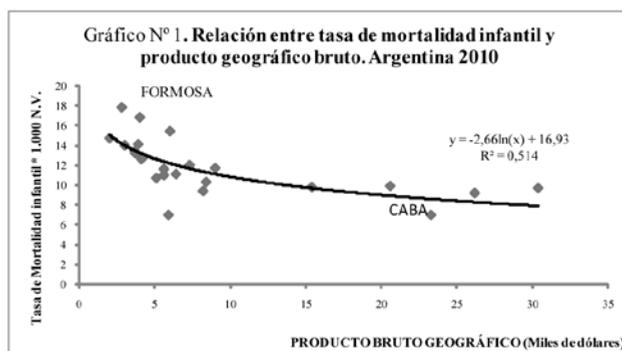
Los datos surgen del Censo de Población, Hogares y Viviendas, (INDEC, 2010) (48), de Argentina, los Anuarios estadísticos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2011, 2012) (39) y de la Organización Panamericana de la Salud (2010, 2012) (49, 52).

¹ Tasa de mortalidad infantil, porcentaje de analfabetismo, porcentaje de madres que ingresaron a escuela secundaria, tasa de fecundidad total, porcentaje de niños nacidos de madres menores de 15 años, índice de Fritz, porcentaje de población cubierta con agua potable, porcentaje de población cubierta con servicios cloacales, porcentaje de población sin cobertura de obra social o plan médico, gasto per cápita en salud público provincial, producto geográfico bruto per capita, promedio de camas disponibles cada 10.000 habitantes, parto en institución, establecimientos de salud pública con y sin internación, razón de médicos cada 10.000 habitantes; otras variables exploradas resultaron triviales y no fueron incorporadas al análisis de factores, como razón de muerte materna, establecimientos privados con internación, establecimientos privados sin internación, tasa de prevalencia de tuberculosis

Análisis y discusión de resultados

La evolución de la mortalidad infantil (MI), por quinquenio para los últimos 20 años, sigue un comportamiento logarítmico, la línea se va amesetando hacia ciertos valores, por lo que un valor cercano a $10 \cdot 1.000$, sería un excelente logro para el quinquenio 2011-2015, ya que en el primer año del último quinquenio la MI solo cedió dos décimos de 11,9 a $11,7 \cdot 1000$ (2010 a 2011) y todavía las diferencias sociales, políticas y económicas, en síntesis, de desarrollo, siguen siendo importantes entre las provincias argentinas.

Cuando se busca relacionar la MI con las variables económicas, la primer asociación que se analiza es MI y PGB, esa relación sugiere una asociación entre mayor PGB y menor MI,



Elaboración propia. Fuente de datos. Anuario estadístico. Ministerio de Salud de la Nación Argentina 2011 (39) y abceb en Iprofesional 2008 (50).

El gráfico N° 1 muestra una relación entre renta y mortalidad infantil, se evidencian dos grandes conclusiones, la primera la alta disparidad entre Formosa y CABA y la segunda que existen dos grupos bien diferenciados de baja mortalidad infantil y alta renta, y baja renta y mayor mortalidad infantil.

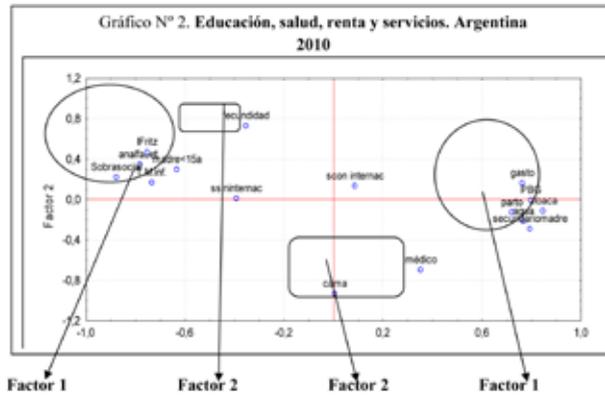
Hacia el interior del país, la relación entre la tasa de mortalidad infantil y el ingreso bruto geográfico es logarítmica; por encima de 7.000 dólares, cada dólar, incide menos que el anterior en la solución del problema de la salud infantil, obsérvese en el gráfico que quince distritos políticos, casi 2/3 poseen menos de 7.000 dólares de PBG. En conclusión en gran parte de Argentina el efecto del crecimiento de la renta en la disminución de la MI, es importante.

Regionalización de Argentina

En este apartado el objetivo es ver qué condicionantes de la mortalidad infantil diferencian a las provincias argentinas y como los mismos se asocian a la mortalidad infantil.

En el gráfico N° 2 se distinguen tres ejes o factores en torno a los cuales se relacionan las variables, podríamos decir que mortalidad infantil y sus condicionantes, como educación, saneamiento, maternidad adolescente, etc., están asociadas al eje I, mientras que en el eje II se encuentran los médicos y las camas de internación públicas y privadas.

Los servicios públicos con internación, básicamente hospitales, se hallan en un tercer eje.



Elaboración propia. Fuente de datos: Ministerio de Salud de la Nación (39, 51), INDEC(48), Organización Panamericana de la Salud (49, 52), abeceb en IPProfesional.com (50).

Del análisis de los ejes se desprende lo siguiente:

El primero explica más de la mitad (55%) de los condicionantes de la mortalidad infantil, se podría representar como el eje de la educación, la infraestructura y la renta. En el semieje derecho las variables mencionadas son condicionantes protectores de la mortalidad infantil, servicios de agua potable, servicios cloacales, ingreso de la madre a escuela secundaria, gasto en salud, producto bruto geográfico. En el semieje izquierdo se ubicaron los condicionantes negativos de la mortalidad infantil, el analfabetismo, la ausencia de cobertura de obra social, el alto índice de Fritz² y los mayores porcentajes de madres menores de 15 años.

El segundo eje capta un 13% de variabilidad y podría llamarse la relación de los médicos y los nacimientos. En su semieje positivo se ubica la tasa de fertilidad, es decir donde están las mujeres jóvenes y fértiles o sea los nacimientos, y en su semieje negativo las camas y los médicos, donde se encuentra la población de mayor edad y mayores cuidados médicos, internación y tecnología.

Los médicos, como se muestra en el gráfico, se contraponen con la tasa de fertilidad, es decir, se ubican en las provincias más prósperas, en términos de PBG per cápita, mientras que los niños pobres nacen en las más retrasadas.

El tercer eje explica el 7% de las diferencias entre provincias, este factor refiere a los servicios de atención pública de la salud, el cual muestra que los servicios públicos están ubicados transversalmente en las provincias, o dicho de otra forma la salud pública no hace diferencia entre provincias prósperas y retrasadas.

Concluyendo, en Argentina los niños se mueren donde es alto el porcentaje de población joven, medido por el índice de Fritz, donde prevalecen las madres menores de 15 años, el porcentaje de analfabetos es alto y donde falta el trabajo en blanco, evidenciado por la baja cobertura de obra social. Son condicionantes protectores, el parto llevado a cabo por personal especializado, el grado de acceso al agua potable y saneamiento, la matriculación de la madre en escuela secundaria, el gasto en salud y el producto bruto geográfico, todo ello representado por el primer factor o eje horizontal. A su vez la mortalidad infantil es independiente de la presencia de médicos, camas y servicios públicos de salud, con y sin internación, ejes II y III.

2 Índice de Fritz, es la razón entre población joven y madura. Si la relación: $\frac{\text{Individuos menores de 20 años de una población}}{\text{Individuos de 30 a 50 años de la misma población}} > 1,6$ la población es joven, si el índice es $< 0,6$, la población es envejecida, entre 0,6 y 1,6 la población es adulta (Mohino Serrano, 1999) (53).

Clasificación de los distritos y análisis comprobatorio

El análisis de factores tuvo por objeto asociar variables, para luego reunir las provincias en función de esos indicadores, es decir plantear una regionalización.

Por medio del análisis de discriminante múltiple, se llegó a la comprobación que son tres los condicionantes de la Mortalidad Infantil que con significancia estadística ($p < 0,05$), permiten regionalizar los distritos de Argentina: gasto per cápita en salud, madre que ingresó a escuela secundaria e índice de Fritz. De acuerdo a ello Argentina queda regionalizada en 4 grupos

Tabla N°1. Agrupamiento de distritos políticos de Argentina, en función de las variables seleccionadas por medio del Análisis discriminante	
Grupo 1	CABA, Neuquén, Santa Cruz, Tierra del Fuego.
Grupo 2	Buenos Aires, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Mendoza, Río Negro, San Luis, Santa Fe, Tucumán.
Grupo 3	Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, San Juan.
Grupo 4	Chaco, Corrientes, Formosa, Misiones, Santiago del Estero.

Elaboración propia. Fuente de datos: Ministerio de Salud de la Nación (39, 51), INDEC(48), Organización Panamericana de la Salud (49, 52), abeceb en IProfesional.com (50).

Se observa en la tabla N° 1, que el grupo 1, geopolíticamente y por sus recursos naturales, clasificado como la Patagonia petrolera, con el nuevo análisis contiene a CABA y tres provincias patagónicas (50% de las provincias patagónicas).

El grupo 2, conocido como la Pampa agroexportadora, ahora contiene al resto de las patagónicas (50%), las cuatro centrales (100%), una del NOA (20%) y dos de Cuyo (50%).

El grupo 3, geopolíticamente conocida como Cuyo y donde principalmente se desarrolló la industria minera en Argentina, comprende a tres provincias del NOA (60%) y dos de Cuyo (50%).

En tanto que el grupo 4, es un conjunto de provincias que por condiciones de clima y suelos se las agrupa por sus características económicas, como de economías regionales, comprenden a las cuatro del NEA (100%) y una del NOA (20%).

Esta nueva división es explicada por tres de los veinte condicionantes de la mortalidad infantil utilizados en el análisis, Gasto público provincial en salud, Madre con ingreso a escuela secundaria e Índice de Fritz.

El grupo uno presenta las provincias con los índices de desarrollo más altos, es decir baja mortalidad, altas tasas de educación, infraestructura y gasto público, como principales variables.

El segundo se caracteriza por baja mortalidad y bajo gasto en salud que en promedio ronda los 460 dólares por habitante, como variable más significativa. El caso de Tucumán que es representada por una provincia pobre, cuando se incorporan las variables pasa a formar parte del grupo dos, explicado principalmente por el gran gasto relativo en salud, casi el doble que el de la provincia de Córdoba.

El tercer grupo destacado tradicionalmente por contener a las provincias mineras, comparte en esta regionalización muchas características con las provincias cordilleranas del norte, Salta y Jujuy, es decir en términos de salud, medido por la mortalidad infantil, no presentan diferencias con las provincias más pobres del NEA y NOA, el factor distintivo de estas dos provincias resultaron ser las bajas tasas de analfabetismo y altas tasas de educación materna, relativas a las provincias más pobres.

El grupo cuatro representa provincias de economías regionales, en general con bajos índices de educación, altas tasas de mortalidad infantil y lo que resalta del grupo es que,

en promedio para los valores de mortalidad infantil que presentan, tienen un alto gasto en salud, mayor a 400 dólares por habitante, esto refiere a una estructura de transferencias del Ministerio de Salud de la Nación (2013), como programas de protección social para esas poblaciones.

La regionalización basada en indicadores de salud, sociodemográficos y económicos, incorporó nuevas variables al análisis tradicional y de recursos naturales, que clasifica a las provincias en una división cuatripartita: petroleras, agroexportadoras, mineras y de economías regionales. Con ello se modificó el análisis anterior y presentó una división que incorpora además el factor social a los anteriores.

Las variables que explican las diferencias entre provincias, son de tipo económico, educativo y sociodemográfico (Tabla N° 2).

Tabla N° 2. Medianas de la distribución de la variable, en cada grupo				
Indicadores	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Gasto público provincial en salud en pesos	1263	460	552	474
Madre con ingreso a escuela cuela secundaria, como mínimo.	79,6%	65,5%	66,1%	47,6%
Índice de Fritz	1,25	1,31	1,58	1,80
Tasa de mortalidad infantil	8,1*1000 N.V.	10,8*1000 N.V.	14*1000 N.V.	13,7*1000 N.V.
Producto bruto geográfico por cápita en miles de dólares	24,75	6,85	4,2	3,0

Elaboración propia. Fuente de datos: Ministerio de Salud de la Nación (39, 51), INDEC(48), Organización Panamericana de la Salud (49,52), abeceb en IProfesional.com (50).

La tabla nos muestra que los condicionantes relevantes son cuatro más la mortalidad infantil, las diferencias que se muestran son, en primer lugar una gran diferencia entre el grupo uno y el resto en todos los condicionantes. El gasto en salud per capita, es más del doble en el primer grupo y bastante homogéneo en el resto.

En cuanto a la instrucción, está clara la relación entre educación de la madre y mortalidad infantil, un índice de ingreso a escuela secundaria del 80%, corresponde a una MI de un dígito, cuando baja a dos tercios sube entre 10 y 12 por cada mil y cuando el índice es inferior a 50% la mortalidad infantil se aproxima al 15 por mil.

Por otro lado el índice de Fritz separa a las provincias en dos grupos, uno de población adulta, grupo 1 y 2, y el otro de población joven grupo 3 y 4 y responden al momento de la transición demográfica en que se encuentra cada región.

Para el caso de la renta o PBG, como se vio a lo largo del trabajo, Argentina se encuentra en una posición mundial en donde la renta deja de ser un factor de suma importancia para explicar la mortalidad infantil, se ubica cercano al punto de inflexión de la curva mortalidad infantil-Renta.

El caso de la mortalidad infantil evidencia grandes disparidades entre las provincias y al mismo tiempo hacia el interior de las regiones y de las provincias, esto debería verse en un estudio de aglomerados y en comparación con el resto de localidades de menos de 100.000 habitantes. Una hipótesis a testear es la gran disparidad de la Mortalidad Infantil medida en la capital de las provincias a partir de los datos de los aglomerados, en relación a ciudades más pequeñas.

Conclusiones

El desarrollo es un concepto multidimensional que puede ser abordado desde lo regional y local en función de la adaptación de los territorios a distintas innovaciones, en el caso planteado adecuación de tecnologías, adopción de pautas culturales y procesos educativos

El gasto público provincial per cápita en salud, no responde a motivos epidemiológicos, sino que las que más gastan son las que más producto per cápita tienen, un segundo grupo de bajo gasto per cápita en salud, mediano PBG per cápita y baja MI, y un tercer grupo de bajo PBG per cápita, alta tasa de MI, alto gasto en salud, debido a los subsidios en salud para las provincias más desfavorecidas.

El índice de Fritz apartó claramente dos regiones, noreste y noroeste, en los primeros dos grupos se encuentran el mayor número de población joven y las mayores tasas de fertilidad, en el resto del país se encuentran indicadores de transición demográfica más avanzada.

La variable mortalidad infantil, muestra que hay una gran diferencia tanto entre provincias regiones, Argentina presenta hacia sus adentros diferencias aún no resueltas que inciden de forma significativa en la salud de la población y tienen un tratamiento desigual en las distintas provincias, ello son el acceso a los servicios de agua y saneamiento, la educación de la mujer y las diferencias de renta per cápita de los habitantes.

El gasto público provincial en salud y riqueza provincial no siempre van juntos. La escolarización materna es directa a la riqueza provincial e inversa a la mortalidad infantil. La relación parece ser a mayor riqueza provincial, mayor educación materna y menor mortalidad infantil. Más gasto en salud sin educar a las madres no resuelve la mortalidad, esto indica que la educación materna es clave para reducir el problema y avanzar en el desarrollo de los territorios.

La regionalización del desarrollo de Argentina en función de la mortalidad infantil y sus condicionantes sociales, políticos y económicos, indica fuertes diferencias entre los grupos presentados y aportan nuevas variables sociales para entender las brechas de desigualdad.

Por último debemos decir que medido el desarrollo en función de la Mortalidad Infantil y sus condicionantes, las regiones de Argentina no presentan homogeneidad en su desarrollo y es necesario en primer lugar abordar los tres temas centrales para un desarrollo equitativo, que resultaron del trabajo, primero, aumento del gasto en salud en las provincias de mayor MI, en segundo lugar programas de planificación familiar y por último un fuerte énfasis en los programas de educación materna.

Muchos interrogantes quedan mirando hacia futuro uno de ellos sería estudiar a nivel de microdatos el efecto del crecimiento económico en la tecnología médica, las obras públicas de infraestructura, educación y promoción de programas de salud materno infantil, como así también analizar si el desarrollo a que se refiere esta publicación es sustentable, en relación al cuidado del medio ambiente. Queda pendiente un análisis acerca del impacto de la inversión en infraestructura pública en la MI.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, que entró en vigor el 7 de abril de 1948. <http://apps.who.int>.
2. ----- . Glosario de promoción de la salud. Traducción del Ministerio de Sanidad. 1999. Madrid. <http://www.Msc.es/profesionales/saludpublica>.
3. Schumpeter J. Historia del Análisis económico. Madrid: Ariel; 2008.
4. Roig, A. El desarrollo como conflicto Institucionalizado. Realidad Económica. 2008; 237: 80-92.
5. Valcarcel M. Desarrollo y desarrollo rural: enfoques y reflexiones. Pontificia Universidad Católica del Perú. Departamento de Ciencias Sociales. <http://departamento>.

pucp.edu.pe/ciencias-sociales/files/2012/01/DesarrolloyDesarrolloRural.2007.

6. Nurske, R. Problems of Capital Formation in Under-Developed Countries. Oxford: University Press; 1953.

7. Lewis, A. The Theory of Economic Growth. London: George Allen & Unwin; 1955.

8. Baran, P. La economía política del crecimiento. México: Fondo de Cultura Económica; 1967.

9. Rostow. W. Las etapas del crecimiento económico. México: Fondo de cultura económico; 1962.

10. Economistas del mercosur, grandes economistas. Raúl Prebisch o la teoría de la dependencia. Economistas latinos. Sep 2012; <http://www.wordpress.com>

11. Cardoso F; Faletto D. Dependencia y Desarrollo en América Latina. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 1999.

12. Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana. Opciones para el futuro. Aut. Santiago de Chile: Biblioteca CF+S <http://.aq.upm.es>;1986.

13. North, D. La nueva economía institucional y desarrollo. <http://ideas.repec.org>. 1993.

14. Guillén M. The Limits of Convergence. Globalization and Organizational Change in Argentina, South Korea, and Spain. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press 2001b.

15. Putnam, R. The prosperous community: social capital and public life. The American Prospect. 1993; 4(13): 11-18.

16. Kliksberg B, Tomassini L. Capital social y cultura: claves para el desarrollo. Buenos Aires: Banco Interamericano de Desarrollo; 2000.

17. Sen A, Kliksberg B. Primero la gente. Buenos Aires. 12ª ed.: Tema; 2011

18. Boisier S. América Latina en un medio siglo (1950/2000): el desarrollo, ¿Dónde estuvo? Observatorio Iberoamericano del desarrollo local y la economía social (OIDLES). 2007 sep: 3 – 41.

19. Vázquez Barquero A. Endogenous Development. Networking, innovation, institutions and cities. Londres: Routledge; 2002.

20. Becattini G. Il distretto industriale. Un nuovo modo di interpretare il cambiamento economico, Torino: Rosenberg; 2000.

21. Porter, M. Clusters versus industrial policy. On Competition. Boston: HBS Press; 1998.

22. Maillat, D. Millieux innovateurs et dynamique territoriale, en Rallet A, Torre, A., Economie industrielle et économie spatiale. Paris: Economica; 1995b.

23. Dupuy J, Gilly J. Aprendizaje colectivo y dinámicas territoriales, en Vázquez Barquero A, Garófoli, G, Gilly, J. P. Gran Empresa y Desarrollo Económico. Madrid: Síntesis, Fundación Duques de Soria; 1997.

24. Alburquerque, F. Desarrollo económico local y descentralización en América Latina. Revista de la CEPAL 2004:82. Pp. 157-171

25. Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. comisión sobre los determinantes sociales de la salud, informe final. OMS; 2009.

26. República Argentina. Ministerio de Salud. Secretaria de Ambiente y Desarrollo Sustentable. Indicadores de Desarrollo Sostenible, 2013. <http://www.ambiente.gov.ar/?idarticulo=5940>

27. CEPAL 2007 <http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/> (ingreso mayo 2013)

28. Soares S, et al. Conditional cash transfers in Brazil, Chile and Mexico: impacts upon inequality. Brasilia, Centro Internacional de Pobreza (Documento de trabajo 35; <http://www.undp-povertycentre.org/pub/IPCWorkingPaper35.pdf>). (2007).

29. Organización Mundial de la Salud. Equidad, determinantes sociales y programas de salud pública, editado por Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup, OMS;2010.

30. Torre R, Myrskylä M. Income inequality and population health: a panel data analysis on 21 developed countries. Max Planck Institute for Demographic Research (Alemania). 2011 Feb; 1-34. (En línea). Disponible en <http://www.demogr.mpg.de>
31. Preston S. The changing relation between mortality and level of economic development. *Int J Epidemiol (Oxford)*. 2007; 36:484-90.
32. Ferrarini, T, Norström T. Family policy, economic development and infant mortality: a longitudinal comparative analysis. *Int J Soc Welfare (Oxford)*. 2010: 1-14.
33. Cutler D, Deaton A, Lleras Muney A. The Determinants of Mortality. *J Econ Perspect (Pittsburg, PA 15203)*. 2006; summer; 20 (3): 97-120.
34. Organización de Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe realizado por expertos sobre los indicadores de los objetivos del Milenio. Nueva York; ONU; 2010; Jun. MDG Report 20100612r9.indd3. (En línea). Disponible en <http://un.org/es/mdg/>. Acceso 20 de agosto de 2013.
35. Schultz. T. Mortality Decline in the low-income world: Causes and Consequences. *Am J Econ Rev*. 1993; 83 (2): 337-41.
36. Formichella M. Una explicación de las trampas de pobreza a nivel microeconómico: el círculo vicioso entre el nivel de educación y el nivel de ingresos de las familias. *Estud. Econ./Bahía Blanca*. 2009; Ene; 26(52):49-80. (En línea). Disponible en <http://www.economia.uns.edu.ar/publications/GED2010>.
37. London S, Temporelli K, Monterublanesi P. Vinculación entre Salud, ingreso y educación. Un Análisis Comparativo para América Latina. *Econ. Soc. (Redalyc) [México]*. 2009; Ene-jun; XIV, (23): 125-146.
38. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Parte de prensa. Nueva York; UNICEF; 2011. (En línea). Disponible en <http://www.unicef.org>. Acceso 20 de agosto de 2013.
39. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud. Secretaria de Políticas y Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales e información básica; 2011- y 2012. (En línea). Disponible <http://www.deis.gov.ar>.
40. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Washington D.C.: OMS; 2012. (En línea). Disponible en http://www.who.int/whosis/gho/publications/Word_health.../2012
41. Chiesa G., Tafani R., Caminati R., Roggeri M., Gaspio N. Regionalización de Argentina en función de la salud y su cobertura. En: Congreso Panamericano de Salud Pública.VII Jornadas Internacionales de Salud Pública; Córdoba 2012. Nov. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Argentina. *Rev Salud Pública (Edición especial)-Arg. (Córdoba)*. 2012; nov; 16 (4) 60.
42. Waldmann R. Income distribution and infant mortality. *Quarterly J Econ*. 1992; nov; 107 (4): 1283-1302.
43. Lawn J, et.al., Neonatal Survival 1. 4 million neonatal deaths. When, where, whi. *Lancet neonatal survival Steering team*. 2005; mar; 3: 9-18. (En línea). Disponible en <http://www.TheLancet.Com>.
44. UCA. Deudas y Progresos Sociales en un País que hace frente a su bicentenario. Argentina 2004-2010. Observatorio de la deuda social Argentina. 2011
45. Tafani R, Gaspio N. Pobreza, enfermedad y muerte en Argentina. *Rev Salud Pública-Arg (Córdoba)*. 2009; jun; 13(1): 18-32
46. Tafani R, Roggeri M, Chiesa G, Gaspio N, Tafani ML. Dinámica poblacional y salud en Argentina. *Rev Salud Pública- Arg. (Córdoba)*. 2010; Jun; 14 (1) 45-53.
47. Tafani R, Roggeri M, Chiesa G, Gaspio N, Tafani. M. L, Caminati R. Argentina. Tendencias en indicadores de salud. primera década del milenio. *Rev Salud Pública- Arg. (Córdoba)*. 2011; dic; 15 (2) 70-82.
48. República Argentina. Ministerio de Economía de la Nación. Instituto Nacional

de Estadísticas y Censos. Población. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda; 2001 y 2010. (En línea). Disponible <http://www.indec.mecon.gov.ar>. Acceso 20 de abril de 2012.

49. Organización Panamericana de la Salud. Datos y estadísticas. Indicadores básicos de salud de Argentina. Buenos Aires: OPS Argentina; 2012. (En línea). Disponible <http://www.ops.org.ar>.

50. Abeceb: Cuáles son las provincias que presentan mayor riqueza por habitante. En Consultora en el área de negocios, con foco en el análisis económico (IProfesional), 2008. (En línea). Disponible <http://www.iprofesional.com>.

21. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina .sisa2013.. (En línea). Disponible <https://sisa.msal.gov.ar/sisa>

52. Organización Panamericana de la Salud. CEPAL. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina 2011.: trayectos y nuevos desafíos. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Buenos Aires: PNUD Argentina; 2010.

53. Mohino Serrano M. Tema 17. Demografía Sanitaria. Década probable [1999?] (En línea). Disponible <http://www.ocenf.org/ciudadreal/03>.