M1/ 295.12
Ej. 2

LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA PROVINCIA DE MENDOZA. PERIODO 1976-1981

Dra. Liliana Ruvira

Hospital de Niños Emilio Civit

C. E. S.
Centro Estadístico de Servicios
DIRECCION DE DIFUSION
I.N. D. E. C.

04 AGO. 2011

LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA PROVINCIA DE MENDOZA. PERIODO 1976-1981

Dra. Liliana Ruvira

Hospital de Niños Emilio Civit
Ministerio de Bienestar Social
de la Provincia de Mendoza

Buenos Aires, 1986

Esta monografía es parte de un proyecto más amplio sobre "Mortalidad Infantil en la República Argentina. Análisis de sus determinantes y evaluación de las estrategias para su reducción". Monografías similares a ésta fueron realizadas para todas las demas jurisdicciones del país, lográndose así un panorama completo del fenómeno en la Argentina, sus principales características y cambios recientes. Durante el proceso de entrenamiento e investigación necesarios para la elaboración de estos trabajos se sentaron las bases de una red nacional de recursos humanos mejor capacitados para estudiar y actuar sobre problemas relacionados con la mortalidad infantil.

Este proyecto es, además, un ejemplo de las posibilidades que ofrece la colaboración entre organismos estatales -nacionales y provinciales- y privados. Las instituciones involucradas en este caso fueron el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), la Secretaría de Planificación de la Nación, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y la Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social y el Centro de Estudios de Población (CENEP), además de diversos organismos provinciales.

El **Comité Coordinador del Proyecto** está constituído por:

Director:
Licenciado Luis Beccaria (Director del INDEC)

Coordinador técnico:
Alfredo E. Lattes (Asesor, Secretaría de Planificación de la Nación)

Secretaría ejecutiva:
Licenciados César Moyano y Cristina Sabalain (Secretaría de Planificación de la Nación)

Miembros:
Dra. María Rosa Allub de Cortigiani (Directora, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud y Acción Social)

Lic. Elida Marconi (Directora, Dirección de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social)

Lic. Alberto Minujín Zmud (Director, Dirección Nacional de Estadísticas Sociodemográficas, INDEC)

Dra. Edith Alejandra Pantelides (Directora, CENEP)

El proyecto se realiza gracias a contribuciones nacionales y del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP).

Son editores de esta serie de monografías Sonia Mychaszula y Edith Alejandra Pantelides.

I N D I C E

Pág.

AGRADECIMIENTOS

CAPITULO I. INTRODUCCION 1

1. Orientaciones dominantes en la investigación sobre mortalidad.. 1
2. Objetivos, marco teórico y diseño de la investigación..... 1
   2.1. Objetivos y marco teórico 1
   2.2. Diseño de la investigación 2

CAPITULO II. CARACTERISTICAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA 7

1. Introducción 7
2. Aspectos de la estructura económica y social mendocina 10
3. Caracterización del nivel de vida 16
   3.1. Educación 16
   3.2. Nutrición 18
   3.3. Vivienda y servicios 19
   3.4. Salud 21
4. Crecimiento y distribución espacial de la población mendocina. 23
5. Composición por sexo y edad de la población 23
6. Algunos aspectos de la mortalidad en Mendoza..... 25

CAPITULO III. LA MORTALIDAD INFANTIL 27

1. Mortalidad infantil según edad y sexo 27
2. Mortalidad infantil por área geográfica 33
3. Mortalidad infantil por causa de muerte 36

CAPITULO IV. DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL. INVESTIGACION ESPECIAL PARA EL AÑO 1985..... 40

1. Introducción 40
2. Mortalidad infantil según zona de residencia 41
3. Mortalidad infantil según estrato socio-ocupacional 42
4. Mortalidad infantil según nivel de instrucción de la madre ... 42
5. Mortalidad infantil según situación conyugal de la madre 44
6. Mortalidad infantil según nivel de instrucción y residencia habitual de la madre 44
7. Mortalidad infantil según nivel de instrucción, estrato socio-ocupacional y residencia habitual de la madre 46

Pág.

CAPITULO V. DETERMINANTES BIOLOGICOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL. INVESTIGACION ESPECIAL PARA EL AÑO 1985. 48

1. Introducción 48
2. Relación de la mortalidad infantil con la edad de la madre ... 48
3. Relación de la mortalidad infantil con el número de hijos nacidos vivos 49
4. La mortalidad infantil por edad 52
5. Mortalidad infantil por peso al nacimiento 53
6. Mortalidad infantil y parto múltiple 53
7. Relación de la mortalidad infantil con los factores biológicos y socio-económicos considerados conjuntamente 55
8. La mortalidad infantil según causas de muerte 57

CAPITULO VI. RESUMEN Y CONCLUSIONES 67

ANEXO A. PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA OBTENER INFORMACION DE LOS CERTIFICADOS DE NACIMIENTO Y DEFUNCION DE MENORES DE UN AÑO... 69

1. Universo de los certificados de defunción 71
2. Universo de los certificados de nacimiento 71
3. Procesamiento 72

ANEXO B. CRITERIOS EMPLEADOS PARA LA ESTRATIFICACION DE LA POBLACION 73

ANEXO C. CLASIFICACION DE LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA INVESTIGACION ESPECIAL DE 1985..... 77

ANEXO D. TABLAS DE REFERENCIA 85

BIBLIOGRAFIA 113

INDICE DE CUADROS

Pág.

1. Mendoza según el Censo de Carlos III (1778) 8
2. La población de Mendoza desde 1778 a 1980 9
3. Mendoza. Estratos sociales según sectores de actividad en 1980.. 14
4. Tasas de actividad, desempleo, subempleo y doble empleo. Gran Mendoza, 1974-1985..... 15
5. Estado de situación de los centros de salud de la provincia de Mendoza por departamentos, c. 1984..... 22
6. Esperanza de vida al nacer y crecimiento anual de la e_0^0 en Mendoza, 1914-1980 26
7. Mendoza. Tasa de mortalidad infantil por edad y sexo. Período 1976-1981 30
8. Tasa de mortalidad infantil por zona geográfica. Mendoza, 1976 y 1981 33
9. Tasas de m ortalidad infantil, neonatal y postneonatal por departamento. Ambos sexos. Mendoza, 1976-1981 35
10. Estructura de la mortalidad infantil por edad y causa de muerte. Mendoza, 1976-1981 37
11. Tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal por causa de muerte. Mendoza, 1976-1981 38
12. Tasa de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal, según zona de residencia de la madre. Mendoza, 1985 41
13. Tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal, según estrato socio-ocupacional. Mendoza, 1985 42
14. Tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal, según nivel de instrucción de la madre. Mendoza, 1985 43
15. Tasa de mortalidad infantil según la situación conyugal de la madre. Mendoza, 1985 44
16. Tasa de mortalidad infantil según nivel de instrucción y zona de residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 45
17. Tasa de mortalidad infantil según estrato socio-ocupacional, nivel de instrucción y zona de residencia de la madre. Mendoza, 1985 46
18. Tasa de mortalidad infantil según edad y zona de residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 49
19. Tasa de mortalidad infantil según número de hijos nacidos vivos y estrato socio-ocupacional. Mendoza, 1985 52
20. Distribución de la mortalidad infantil por edad según zona de residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 52
21. Tasa de mortalidad infantil según edad y peso al nacimiento. Mendoza, 1985 53

Pág.

22. Mortalidad infantil en gemelares. Mendoza, 1985 54
23. Tasa de mortalidad infantil según nivel de instrucción de la madre y número de hijos nacidos vivos. Mendoza, 1985 55
24. Tasa de mortalidad infantil según número de hijos nacidos vivos y zona de residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 56
25. Tasa de mortalidad infantil por edad y situación conyugal de la madre. Mendoza, 1985 56
26. Tasa de mortalidad infantil según edad y causa de muerte. Mendoza, 1985 58
27. Tasas de mortalidad neonatal y postneonatal por causa de muerte, estrato socio-ocupacional y zona de residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 60
28. Tasas de mortalidad neonatal y postneonatal según causa de muerte y nivel de instrucción de la madre. Mendoza, 1985 61
29. Tasas de mortalidad neonatal y postneonatal según causa de muerte y edad de la madre. Mendoza, 1985 63
30. Tasas de mortalidad neonatal y postneonatal según causa de muerte y número de hijos nacidos vivos. Mendoza, 1985 64
31. Tasas de mortalidad neonatal y postneonatal según causa de muerte y peso al nacimiento. Mendoza, 1985 65

INDICE DE TABLAS DEL ANEXO D

1. Mendoza. Hospitales por zona, con indicación de los recursos en pediatría. 1985 87
2. Centros de salud de la provincia de Mendoza según área, por departamento y zona sanitaria, c. 1985 90
3. Nacidos vivos por departamento de residencia de la madre y por sexo. Mendoza, 1976-1981 91
4. Defunciones de menores de un año por edad y departamento de residencia de la madre. Mendoza, 1976-1981 92
5. Defunciones de menores de un año por edad y sexo. Mendoza, 1985. 93
6. Indice de variación de la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal, por sexo. Mendoza, 1976-1981 94
7. Relación entre las tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal de cada departamento y las correspondientes de la provincia. Mendoza, 1976-1985 95
8. Defunciones infantiles según causa de muerte. Mendoza, 1976-1985. 96
9. Defunciones infantiles por edad según estrato socio-ocupacional y zona de residencia de la madre. Mendoza, 1985 97

Pág.

10. Nacidos vivos según nivel de instrucción y zona de residencia de la madre. Mendoza, 1985 (cifras muestrales y expandidas) 97
11. Defunciones infantiles según nivel de instrucción y zona de residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 98
12. Nacidos vivos según edad y situación conyugal de la madre. Mendoza, 1985 (cifras muestrales y expandidas) 99
13. Defunciones infantiles según edad y situación conyugal de la madre. Mendoza, 1985 99
14. Nacidos vivos según estrato socio-ocupacional y nivel de instrucción de la madre. Mendoza, 1985 (cifras muestrales y expandidas) 100
15. Defunciones infantiles según estrato socio-ocupacional y nivel de instrucción de la madre. Mendoza, 1985 100
16. Nacidos vivos según estrato socio-ocupacional y zona de residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 (cifras muestrales y expandidas) 101
17. Defunciones infantiles según estrato socio-ocupacional y zona de residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 101
18. Nacidos vivos según estrato socio-ocupacional, nivel de instrucción y zona de residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 (cifras muestrales y expandidas)..... 102
19. Defunciones infantiles según estrato socio-ocupacional, nivel de instrucción y zona de residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 102
20. Nacidos vivos según edad y zonade residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 (cifras muestrales y expandidas) 103
21. Defunciones infantiles según edad y zona de residencia habitual de la madre. Mendoza, 1985 103
22. Nacidos vivos según estrato socio-ocupacional y número de hijos nacidos vivos. Mendoza, 1985 (cifras muestrales y expandidas)... 104
23. Defunciones infantiles según estrato socio-ocupacional y número de hijos nacidos vivos. Mendoza, 1985 104
24. Defunciones infantiles por edad y nacidos vivos, según peso al nacimiento. Mendoza, 1985 105
25. Nacidos vivos según nivel de instrucción de la madre y número de hijos nacidos vivos. Mendoza, 1985 (cifras muestrales y expandidas) 106
26. Defunciones infantiles según nivel de instrucción de la madre y número de hijos nacidos vivos. Mendoza, 1985 106
27. Nacidos vivos según zona de residencia habitual de la madre y número de hijos nacidos vivos. Mendoza, 1985 107
28. Defunciones infantiles según residencia habitual de la madre y número de hijos nacidos vivos. Mendoza, 1985 107

Pág.

29. Defunciones neonatales y postneonatales según causa de muerte, estrato socio-ocupacional, zona de residencia y atención médica durante la última enfermedad. Mendoza, 1985 108
30. Defunciones neonatales y postneonatales según causa de muerte y nivel de instrucción de la madre. Mendoza, 1985 109
31. Defunciones neonatales y postneonatales según causa de muerte y edad de la madre. Mendoza, 1985 110
32. Defunciones neonatales y postneonatales según causa de muerte y número de hijos nacidos vivos. Mendoza, 1985 111
33. Defunciones neonatales y postneonatales según causa de muerte y peso al nacimiento. Mendoza, 1985 112

INDICE DE GRAFICOS

Pág.

1. Modelo conceptual para el estudio de los determinantes de la mortalidad de la niñez 3
2. Mendoza. Relaciones porcentuales entre el PBG de cada Gran División en 1976 y 1980 y los valores correspondientes en 1970 17
3. Mendoza. Pirámide de población. 1980 24
4. Mendoza. Mortalidad infantil total y por sexo. 1976-1981 29
5. Mendoza. Mortalidad infantil de varones, por edad. 1976-1981 ... 31
6. Mendoza. Mortalidad infantil de mujeres, por edad. 1976-1981 ... 32
7. Mendoza. Mortalidad infantil por departamentos y zonas geográficas. 1976-1981 34
8. Mendoza. Mortalidad infantil por edad y residencia habitual de la madre. 1985 50
9. Mendoza. Mortalidad infantil según número de hijos nacidos vivos y estrato socio-ocupacional. 1985 51

PIECECITOS

Por Gabriela Mistral

Piececitos de niños
azulosos de frío
¡Cómo os ven y no os cubren,
Dios mío!

Piececitos heridos
por los guijarros todos,
ultrajados de nieves
y lobos!

El hombre ciego, ignora
que allí donde os posáis,
una flor de luz viva
dejáis;

que allí donde poneis
la plantita sangrante,
en nardo nace más
fragante.

Vosotros que marchais
por los caminos rectos,
sed puros como sois
perfectos.

Piececitos de niño,
dos joyitas sufrientes,
¿Cómo pasan sin veros
las gentes?

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación fue realizada con el constante apoyo del Sr. Paulino Moreno, a quien le agradezco sus valiosas sugerencias.

También manifiesto mi gratitud a los Dres. Carlos Soler Patiño y Eduardo Chahla, los que hicieron posible que me contactara con los organizadores de este proyecto. Asimismo deseo reconocer la colaboración del personal de la Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas, del Departamento de Bioestadística y de la Dirección de Planificación y Control de la provincia de Mendoza.

Muy especialmente agradezco a mi padre, el Sr. Roberto Oscar Ruvira, su ayuda incondicional en la realización de esta tarea, tanto en la revisión idiomática como en el mecanografiado de la misma.

CAPITULO I. INTRODUCCION

1. Orientaciones dominantes en la investigación sobre mortalidad.

De acuerdo con los conocimientos actuales, el nivel de mortalidad de una sociedad depende de múltiples factores biológicos y socioeconómicos.

En épocas antiguas predominaba la concepción biologista y se desconocían los factores socioeconómicos y culturales, ya que éstos no incidían mayormente en el nivel de mortalidad a causa de los escasos avances de la medicina. Con la difusión de los descubrimientos científicos comenzaron a individualizarse los factores socioeconómicos ya que dichos avances técnicos estaban al alcance de los grupos sociales más privilegiados cultural y económicamente. Al mismo tiempo se desarrolló la medicina preventiva y social que contribuyó a mejorar el estado sanitario de las poblaciones en general, aunque las sociedades más atrasadas demoraron el inicio de sus programas de salud, ya sea por falta de medios económicos o por el rechazo cultural y religioso de sus pueblos.

En esta investigación se tiene en cuenta la línea general enunciada, que puede ser designada como enfoque bilógico-económico-social. Los factores biológicos que se considerarán son los siguientes: sexo, edad, peso al nacer, parto múltiple, edad de la madre y orden del nacimiento. Con respecto a los factores económicos y sociales, se analizarán: educación de la madre, estado civil o situación conyugal, clase social, residencia urbana o rural y atención médica en la última enfermedad del fallecido. Se tratará de relacionar los factores biológicos entre sí, y con los socioeconómicos, y todos éstos con las causas de muerte, para verificar la manifestación de dichos factores socioeconómicos a través de los biológicos.

2. Objetivos, marco teórico y diseño de la investigación

2.1. Objetivos y marco teórico.

El objetivo general de esta monografía consiste en investigar las re-

laciones de la mortalidad infantil con sus determinantes biológicos y socioeconómicos.

Se adopta como modelo conceptual el esquema de Mosley (1982) para el estudio de los determinantes de la mortalidad en la niñez, si bien éstos no podrán ser analizados en su totalidad por falta de tiempo y por no disponer de información suficiente.

Como se dijo en el punto anterior, el marco teórico incluye tanto los determinantes biológicos como los socioeconómicos, puesto que éstos operan a través de algunos mecanismos biológicos o variables intermedias para producir el fenómeno demográfico en estudio.

2.2. Diseño de la investigación.

Este diseño se ha construído en base a un modelo de relaciones entre una serie de variables. Las variables y temas que considero más relevantes para este análisis son las siguientes:

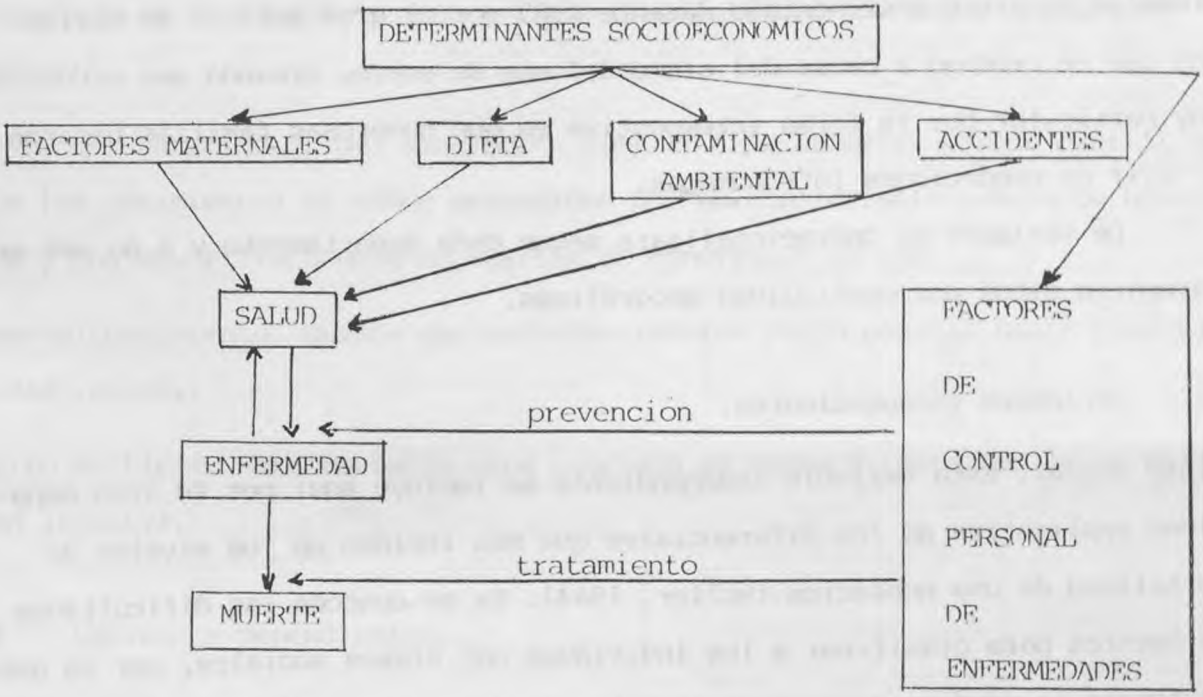
a) Variables contextuales.

Análisis histórico del desarrollo socioeconómico de la población en estudio. Su objeto es señalar, como trasfondo del análisis, el grado de desarrollo de las fuerzas productivas de la provincia, sus principales actividades económicas, el grado de alfabetización y la estratificación socioeconómica de la población económicamente activa (de 14 años y más), partiendo de la categoría ocupacional, grupo de ocupación y rama de actividad económica. Se incluye también una descripción de los aspectos más relevantes de la problemática demográfica de Mendoza y la organización de salud de la provincia.

Distribución espacial de la mortalidad. La provincia de Mendoza se caracteriza por concentrar más de la mitad de su población en los departamentos denominados del "Gran Mendoza", (alrededor del 10% de su superficie), mientras la otra mitad se encuentra distribuída en el resto del territorio, con bajas densidades.

GRAFICO 1

MODELO CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ



Fuente: Ruzicka, L. (1983).

La población rural ha sufrido en los últimos años el desacierto de la política económica que semidestruyó sus principales fuentes de producción, entre ellas la vitivinicultura. Como consecuencia se ha observado una migración del campo a las ciudades, agudizando el problema de infraestructura de servicios y viviendas en el cinturón de las mismas. Además, este grave problema se ha visto incrementado durante 1985 por el gran déficit de viviendas que se produjo a causa del sismo del mes de enero, creando una situación muy particular por la forma intempestiva en que numerosas familias pasaron a vivir en condiciones infrahumanas.

La variable se operacionalizará según cada departamento y a su vez se agruparán éstos por contigüidad geográficas.

b) Variables independientes.

Clase social. Esta variable independiente se incluye aquí por su gran capacidad explicativa de los diferenciales que más inciden en los niveles de mortalidad de una población (Müller, 1984). Ya se conocen las dificultades existentes para clasificar a los individuos por clases sociales, por lo que se tomará la condición ocupacional del jefe del hogar como aproximación indirecta a la estratificación por clase social de los niños fallecidos. Para tal fin se utilizarán las categorías ocupacionales y grupos de ocupación (Clasificación del Censo de 1980) reagrupándolas en dos grandes estratos socio-ocupacionales: a) alto y medio y b) bajo.

Nivel educacional. Se ha seleccionado la educación como una de las variables más significativas en la explicación de los diferentes niveles de mortalidad. La educación de los progenitores, en especial de la madre, además de ser un indicador de la condición socioeconómica, es una de las variables que mejor discrimina entre niveles de mortalidad infantil, afectando directamente la probabilidad de morir del niño a través del conocimiento que pueda poseer la madre respecto de los cuidados que son necesarios para la crianza de los hijos (Chackiel, 1984).

c) Variables intermedias.

Fueron seleccionadas como intermedias algunas variables biológicas de la madre y el niño (siguiendo a Chackiel, 1984).

Edad de la madre. Observóse que la fecundidad en edades extremas del período reproductivo se encuentra asociada positivamente con una mayor mortalidad infantil.

Orden del nacimiento. Una asociación similar a la anterior parece existir entre los nacimientos de niños precedidos por un considerable número de hermanos y una mayor frecuencia de muertes de menores de un año.

Peso al nacimiento. Existe una relación inversa entre peso al nacer y mortalidad infantil.

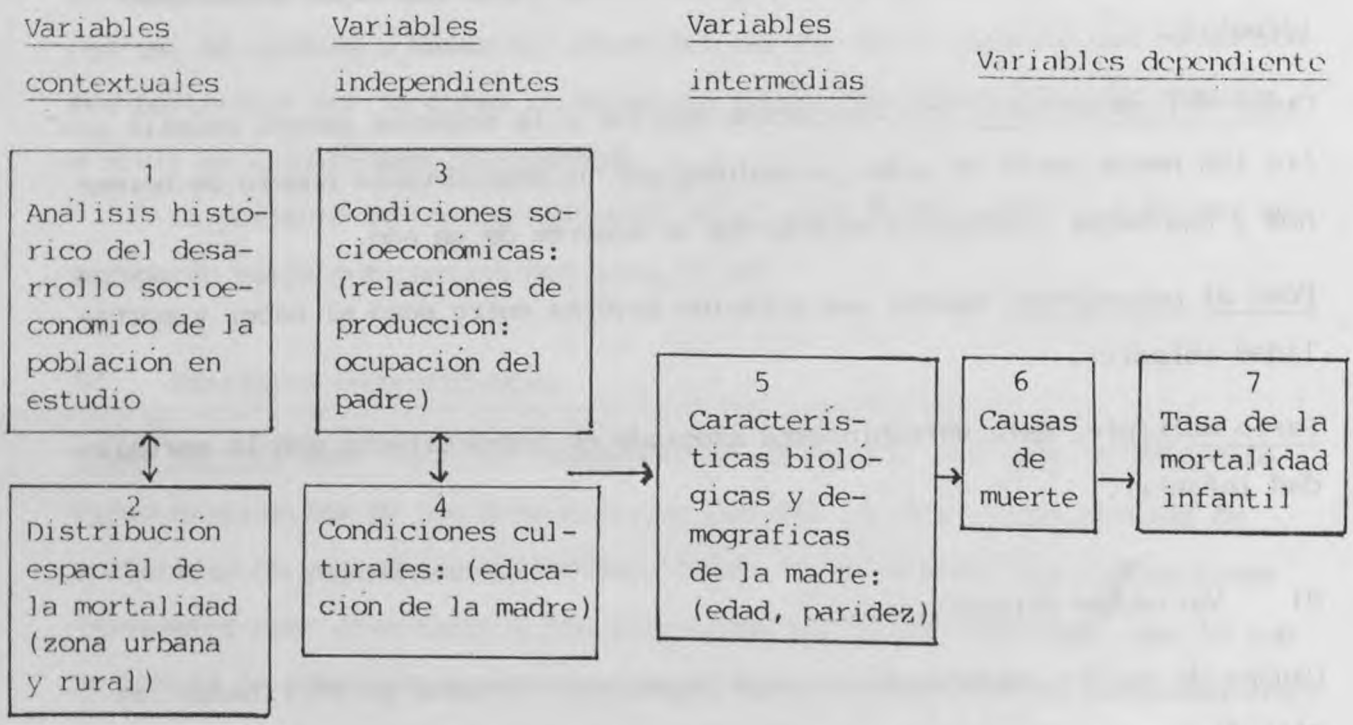
Parto múltiple. Esta variable está asociada en forma directa con la mortalidad infantil.

d) Variables dependientes.

Causas de muerte. Para analizar esta importante variable se utilizarán las clasificaciones propuestas por Erica Taucher (1978), que permiten agrupar las causas en evitables y no evitables para cada grupo de edad del individuo en el momento de morir (neonatal y postneonatal) (Müller, 1984).

Tasa de mortalidad. Las tasas de mortalidad de los menores de un año son el hecho que se analizará haciendo jugar las distintas variables enumeradas anteriormente. Se pretende encontrar alguna correlación entre las variables asociadas y este fenómeno.

El gráfico siguiente expone en forma suscinta la cadena de relaciones entre las variables enunciadas que contienen una capacidad explicativa creciente, aunque no deben ser interpretadas como la expresión de vínculos exclusivamente lineales.



Nota: Este esquema ha sido propuesto en "Determinants of infant and child mortality. Specific Report of Group N°2", en A New Approach to Coperative Research in the Population Field, CICRED, 1979. Citado en Müller, 1984, p.34.

CAPITULO II. CARACTERIZACION DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

1. Introducción

La provincia de Mendoza ocupa una posición central dentro de la frontera oeste argentina. Esta ubicación la sitúa a más de 1.000 kilómetros de los puntos extremos norte y sur de las fronteras de nuestro país, en un espacio netamente continental. Su territorio se encuentra dividido administrativamente en 18 departamentos (Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras, Maipú, Luján, Junín, Rivadavia, San Martín, Santa Rosa, Lavalle, La Paz, Tupungato, San Carlos, Tunuyán, San Rafael, General Alvear y Malargüe) los que han sido agrupados en zonas para fines estadísticos, quedando configuradas:

- Gran Mendoza (1-6)
- Este (7-9)
- Noreste (10-12)
- Centro Oeste (13-15)
- Sur (16-18)

La superficie total provincial es de 148.827 Km^2. Las características del territorio y la posibilidad de regadío, han determinado la distribución contrastante entre grandes áreas vacías y oasis ocupados por el hombre y sus actividades. Estos últimos sólo representan el 2,8% de la superficie total. Geomorfológicamente se distinguen tres grandes regiones: a) la región de las montañas, b) la región de las planicies y c) la región volcánica.

Los primeros habitantes de la zona, los huarpes, cultivaban la tierra bajo riego por canales que habían construído con técnicas introducidas por los incas (Argentina, INDEC, s.f. pág. XVIII)." Los huarpes tenían una colonia agrícola, que regaban con aguas del río Mendoza, derivadas por tres grandes canales. Desde su comienzo, el asentamiento poblacional en Mendoza estuvo influído por la posibilidad de regadío de las tierras, originando un

paisaje de desierto y de oasis que perdura hasta hoy" (Argentina, INDEC, s.f.).

Desde 1895 a 1914, hubo una gran incorporación de inmigrantes europeos. Según el censo de 1914, el 32% de los habitantes eran extranjeros. Los españoles, los más numerosos, representaban el 14,9% y los italianos el 10,3%. "Entre 1947 y 1960, Mendoza recibió migrantes internos e inmigrantes extranjeros, aunque al final del período perdió a su vez población joven por emigración" (Argentina, INDEC, s.f.).

Cuadro 1

MENDOZA, SEGUN EL CENSO DE CARLOS III (1778).

	Blancos	Naturales	Negros y Mulatos	Mestizos	Total
Población total:	4.491	1.359	2.129	786	8.765
En las ciudades	4.344	446	2.125	563	7.478
En la campaña	147	913	4	223	1.287

Fuente: Argentina, INDEC (s.f.), p. XXX.

Cuadro 2

LA POBLACION DE MENDOZA DESDE 1778 a 1980.

Año	Población (1)	Tasa de crecimiento anual medio o/oo
1778	8.765	--
1785	10.098	20
1812	13.318	10
1857	47.478	29
1864	57.426	28
1869	65.413	26
1895	116.136	22
1914	277.535	47
1947	588.231	23
1960	824.036	26
1970	973.075	17
1980	1.196.228	21
	Crecimiento 1778 - 1980	25

Fuente: Argentina, INDEC (s.f.), p. XXX.

2. Apectos de la estructura económica y social mendocina[1]

Oasis. La palabra supone, obviamente, utilización del agua. Pero, en el caso de los de la provincia de Mendoza, se añaden varias connotaciones significativas. En primer lugar, se trata de oasis mayores. Las cuencas de los ríos Mendoza, Tunuyán, Diamante y Atuel, tienen caudales medios anuales suficientes como para haber conformado zonas cultivables que, en conjunto, suman alrededor de 700.000 Ha., si agregamos a las aguas superficiales las del subsuelo, intensamente explotadas en los últimos veinte años. En segundo término, el aprovechamiento del agua ha variado según la época, el ámbito de difusión del poblamiento y las posibilidades técnico económicas; pero un rasgo resaltante es la sistematización del riego, racionalmente administrado desde hace ya un siglo (Ley de Aguas de Mendoza, 1884), lo cual, paisajística y estructuralmente, tiene una influencia decisiva en la caracterización geográfica.

Estructuralmente, el riego se relaciona de muchas maneras con la trama de lo agrario y aún de lo urbano. Basta señalar su incidencia en el parcelamiento rural y en el plano de las ciudades. si consideramos a los oasis como un sistema, cabe admitir, pues, que la energía fundamental le es transmitida por esta nervadura acuífera que es insoslayable para poder materializar los deseos y las necesidades de los habitantes.

En el marco desértico -200 mm. de precipitaciones anuales- los oasis acogen lo sustancial del poblamiento, de las actividades y de los medios de comunicación regionales, pese a representar un muy escaso porcentaje de la superficie total de la provincia: 3%. Los focos de comando y decisión, tanto con alcance provincial como regional, se encuentran implantados en los oasis.

El paisaje de los oasis mendocinos ha sido comparado al bocage fran-

---

[1] Siguiendo a Zamorano (1983).

cés . La similitud de rasgos proviene del verdor de los cultivos en el período estival, del cierre de las propiedades, de la presencia reiterada del árbol, de la abundancia de caminos de enlace, de la dispersión de las viviendas y de la valoración individualista del suelo. Por supuesto no encajan en el modelo europeo, ni la regularidad del parcelamiento, ni la orientación económica.

En lo que respecta al poblamiento, su frecuente dispersión es una consecuencia de la separación de la fase agrícola e industrial en la vitivinicultura y, en el ámbito agrario, de la atención directa de las parcelas así como de los imperativos del riego con aguas superficiales, en cuanto conducen a una dependencia, con relación a los turnos que establecen las autoridades de cauces. Las casas de los agricultores se disponen en fila, aunque bien separadas, a lo largo de los caminos, o se apoyan en la trama de los canales.

La dispersión comentada no es impedimento, sin embargo, para que exista -siempre en el medio rural- una alta densidad de población, y acompaña a la tendencia hacia formas concentradas que se han manifestado últimamente en estos oasis relativamente poco extensos en los que crecen cada vez más ciudades de apreciables dimensiones. El hábitat disperso desaparece en las nuevas instalaciones nacidas exclusivamente con el aprovechamiento del agua subterránea y promovidas por grandes empresas que se orientan decididamente hacia la concentración en todos los aspectos: un monocultivo intensivo de la vid, un sistema único de equipamiento hidráulico y una agrupación de las viviendas de los trabajadores en verdaderos barrios rurales.

Como ya se dijo, la dispersión del hábitat se da dentro de una densidad de población exclusivamente rural, bastante elevada, que puede estimarse en 50 habitantes por Km^2, y en ciertos sectores llega a 150. La ocupación intensa del espacio demuestra también la constitución de núcleos de mayores dimensiones en comparación con las fórmulas laxas de otras provincias. Según el censo de 1980, Mendoza poseía 22 centros de más de 2.000

habitantes y 17 entre mil y 2.000. Solamente el 30,2% de la población de Mendoza se encontraba en pueblos de menos de 1.000 personas o dispersa.

La vitivinicultura es clave para comprender el panorama socioeconómico de esta provincia andina y sus características se inscriben profundamente en el paisaje. Lo es con claridad a despecho de otros horizontes de actividad que la acompañan en lo agrario -horticultura, olivicultura, fruticultura- y de la gran importancia de Mendoza en el concierto petrolífero nacional. En este último caso el sistema de regalías diluye el aporte para la provincia misma. En consecuencia la vitivinicultura continúa siendo el soporte de la economía, tanto a través de sus ingresos por su comercialización, como por el movimiento interno que engendra con una intensa movilización financiera estatal, empresarial privada y con una intervención decisiva en la captación de la mano de obra de la provincia. Los flujos financieros, ocupacionales y de otra índole que podemos adjudicar al cultivo de la vid, trascienden los límites de su presencia paisajística y conciernen no sólo a la totalidad de las provincias vitícolas sino a otras que se vinculan operativamente a esta línea del agro-industrial (caso del Gran Buenos Aires).

Con referencia a las crisis de comercialización, los defectos de estructura de los viñedos crean una inestabilidad económica y desequilibrios sociales evidentes. Las crisis no sólo son coyunturales; contribuyen a ellas también, como hechos estructurales, el régimen de tenencia de la tierra, las modalidades de la comercialización de la uva y la diferenciación social agraria.

Se podrían establecer cinco peldaños en la estructura social agraria: los grandes bodegueros, los trasladistas (que producen solo para terceros encargados de la comercialización final), el viñatero sin bodega con propiedad mediana o grande, los pequeños propietarios en un mismo nivel que aparceros y contratistas, y los obreros rurales. Entre estos grupos los roces y conflictos son frecuentes.

Focos de concentración del poblamiento y de las actividades esenciales, los oasis son asimismo los que poseen la mayor disponibilidad de medios de comunicación. El elemento que mejor canaliza los movimientos de superficie son los caminos. En la consolidación de las microrredes hay una influencia indudable de la actividad agrícola: los caminos se concibieron esencialmente al servicio de la viticultura. Los enlaces interregionales se encuentran dificultados por las condiciones del medio natural: zonas desérticas, relieve, etc.

El poderío de los oasis en la organización global del espacio mendocino se comprueba, en suma, el analizar el poblamiento, las actividades y las redes de circulación. En lo interno, los oasis se enfrentan especialmente a dos problemas cruciales: el agotamiento factible de las posibilidades de expansión de la agricultura y el avance de las formas urbanizadas.

El Cuadro 3 contiene la cantidad de personas económicamente activas de 14 años y más, correspondiente a cada estrato social dentro de cada sector de actividad. Los porcentajes respectivos nos informan que el 66% de dicha población pertenece a los estratos bajos y el 34% a los medios y altos.

Cuadro 3

MENDOZA. ESTRATOS SOCIALES SEGUN SECTORES DE ACTIVIDAD EN 1980.

Estratos Sociales	SECTORES DE ACTIVIDAD			
	Sector 1rio.	Sector 2rio.	Sector 3rio.	Total
Estratos medios y altos	9.109 (2,3%)	27.074 (6,8%)	98.710 (24,9%)	134.893 (34,0%)
Estratos bajos	83.516 (21,0%)	85.075 (21,4%)	93.743 (23,6%)	262.334 (66,0%)
TOTAL	92.625 (23,3%)	112.149 (28,2%)	192.453 (48,5%)	397.227 (100,0%)

Fuente: ARGENTINA, INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 1980, Tabulados inéditos.

Nota: Los criterios utilizados para la estratificación figuran en el Anexo B.

Cuadro 4

TASAS DE ACITIVDAD, DESEMPLEO, SUBEMPLEO Y DOBLE EMPLEO. GRAN MENDOZA, 1974-1985.

(en porcentaje)

Meses	Año	Pobl.econ. activa	Desempleo	Subemp.	Doble emp.
abril	1974	39,1	4,9	6,8	9,6
oct.	1974	38,4	4,7	7,2	9,6
abril	1975	40,3	4,1	6,7	10,6
oct.	1975	39,3	4,4	7,5	8,0
abril	1976	40,0	5,9	8,8	10,6
oct.	1976	39,6	4,8	9,2	9,1
abril	1977	38,7	4,4	9,3	8,8
oct.	1977	39,1	4,4	8,6	9,1
abril	1978	38,5	2,9	8,4	9,1
oct.	1978	40,1	3,5	7,5	10,0
abril	1979	40,3	2,9	7,4	9,3
oct.	1979	41,2	3,3	6,9	10,4
abril	1980	40,8	1,4	6,2	13,6
oct.	1980	39,2	3,1	11,5	8,5
abril	1981	39,0	4,1	7,1	8,6
oct.	1981	39,2	5,1	11,4	9,1
abril	1982	39,9	4,2	10,9	7,4
oct.	1982	39,9	3,3	10,8	8,5
abril	1983	39,7	4,5	9,1	7,9
oct.	1983	38,8	4,5	10,0	8,9
abril	1984	38,9	3,3	9,4	9,0
oct.	1984	37,3	3,9	7,2	9,3
mayo	1985	35,0	3,7	9,0	8,2

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares. Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas. Instituto Nacional de Estadística y Censos.

En el Cuadro 4 se observa como ha disminuído en el último año la tasa de actividad; sería necesario analizar con más detenimiento este fenómeno que tal vez esté asociado con la migración hacia otras provincias más atractivas en su faz económica y también a la disminución de la oferta y la demanda de trabajo, esta última producida por "desaliento".

El PBG de Mendoza, expresado en millones de pesos Ley de 1970, fue de 3.229,0 en dicho año; en el año 1976 ascendió a 3.981,2 y en 1980 a 4.303,2. Dentro de esos totales la mayor participación relativa correspondió a la Gran División "Industrias manufactureras" con 23,3%, 28,7% y 28,8% respectivamente para cada año analizado. El segundo lugar lo ocupó "Servicios comunales, sociales y personales" con 18,9% en 1970 y 15,4% en 1980; en 1976, con 15,3%, ocupó el tercer lugar. En orden de importancia decreciente sigue "Agricultura, caza, silvicultura y pesca" con 14,2% en 1970, 13,8% en 1980 y 17,6% en 1976, fecha en que ocupó el segundo lugar. Continuando en dicho orden, se ubican "Comercio al por mayor y menor, restaurantes y hoteles", "Explotación de minas y canteras", "Construcción", "Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas", "Transporte, almacenamiento y comunicaciones" y "Electricidad, gas y agua" (datos proporcionados por el CFI).

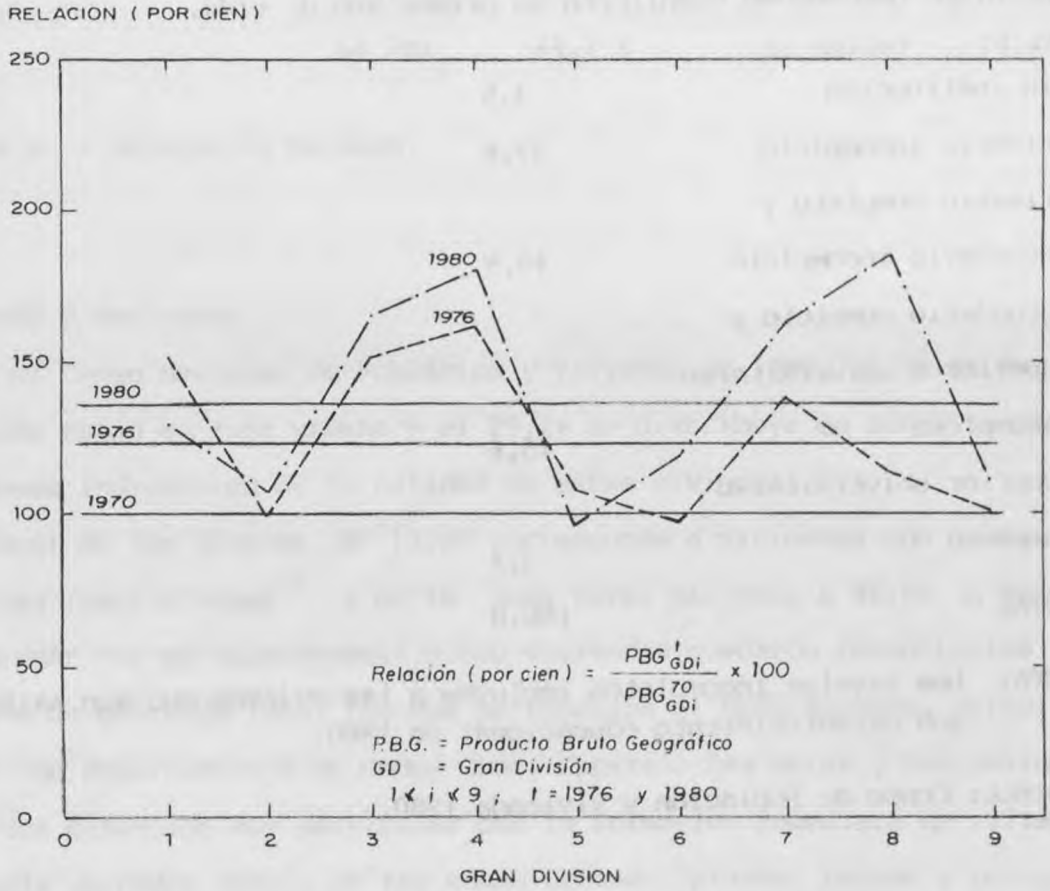
Finalmente el gráfico 2 representa las relaciones porcentuales entre el PBG de cada Gran División en 1976 y 1980 y los valores correspondientes en 1970. Asimismo se han graficado las relaciones entre los valores del PBG total de los años citados.

3. Caracterización del nivel de vida

3.1. Educación

El grado de alfabetismo es uno de los indicadores clásicos del nivel de desarrollo de una población. Tomando como fuente el Censo Nacional de Población y vivienda de 1980, resultados obtenidos por muestra, los varones

GRAFICO 2 - MENDOZA, RELACIONES PORCENTUALES ENTRE EL PBG DE CADA GRAN DIVISION EN 1976 Y 1980 Y LOS VALORES CORRESPONDIENTES EN 1970.



y mujeres de 15 años y más de zonas urbanas presentaron 4,2 y 5,2% de analfabetos, respectivamente, y los varones y mujeres de zonas rurales tuvieron un porcentaje de analfabetos de 14,9 y 13,8%, respectivamente.

Dada la influencia que ejerce la educación de la madre sobre el cuidado de su hijo durante un proceso de enfermedad y aún cuando está sano, se presenta a continuación el máximo nivel de instrucción alcanzado por las mujeres de 15 a 49 años, intervalo de edades al que pertenecen en general las madres de los niños que aún no cumplieron su primer año de vida.

Sin instrucción	3,5
Primario incompleto	27,6
Primario completo y secundario incompleto	49,9
Secundario completo y superior o universitario incompleto	15,6
Superior universitario completo	3,4
TOTAL	100,0

NOTA: Los niveles incompletos incluyen a las mujeres que aún asistían a algún establecimiento educacional en 1980.

Fuente: Censo de Población y Vivienda 1980.

3.2. Nutrición

Respecto a la población con carencias nutricionales, una idea aproximada de su magnitud la proporciona la incidencia de la población atendida por el PAN (Plan Alimentario Nacional) en la población estimada para junio de 1985 según zonas.

Gran Mendoza: 13,8%		Este: 11,96%		Centro Oeste: 16,7%	
Capital	8,5 %	Junín	14,7 %	S. Carlos	19,6%
Godoy Cruz	10,5 %	Rivadavia	19,7 %	Tunuyán	14,3%
Guaymallén	10,7 %	S. Martín	11,5 %	Tupungato	16,4%
Las Heras	22,4 %	Noreste: 36,46%		Sur: 18,5%	
Luján	16,0 %	Lavalle	35,9 %	G. Alvear	18,8%
Maipú	15,0 %	Sta. Rosa	29,4 %	Malargüe	22,3%
		La Paz	44,1 %	S. Rafael	14,4%

Fuente: P.A.N. - Delegación Mendoza.

3.3. Vivienda y servicios

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1980, el 70,8% de las viviendas están en zona urbana y el 29,2% se distribuye en zonas rurales. Veamos algunos indicadores de la calidad de estas viviendas.

Del total de las urbanas, el 12,8% corresponde a viviendas con necesidades básicas insatisfechas [1] y en la zona rural asciende a 45,4%. A esto hay que agregar que aproximadamente 9.000 viviendas quedaron inhabitables por el sismo de enero de 1985, las que pertenecían al Gran Mendoza, principalmente a los departamentos de Godoy Cruz, Capital, Las Heras y Guaymallén. Esto creó una situación muy particular con la formación inmediata de villas de emergencia ubicadas dentro de las zonas urbanas (plazas, paseos y parques públicos). Las viviendas destruídas si bien eran de adobe y mixtas, pertenecían en su gran mayoría a viviendas de tipo A, (con provisión de agua por cañería dentro de la vivienda, retrete con descarga de agua, piso que no es de tierra).

---

[1] Mendoza. Información suministrada por la Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas.

Estos cuatro departamentos en su zona urbana tenían un promedio de 10% de viviendas inadecuadas, pasando a tener un 17% luego del sismo y llevando el porcentaje general de la zona urbana de 12,8% a 17,4% de viviendas con necesidades básicas insatisfechas.

El material predominante en paredes exteriores de las viviendas es la mampostería (casi el 60%) y en segundo lugar el adobe (algo más del 38%).

El 71,4% de las viviendas de Mendoza se abastecen de agua por redes públicas, el 9,8% por perforación, el 6,3% con agua de pozo y el 12,5% por otras fuentes. El 71% de la población dispone de agua potable ya sea provista por OSM (76,7% de los usuarios), por los municipios (10,9%), o por entes comunitarios (12,5%). El 75,9% de las viviendas tienen instalación de cañerías de agua dentro de las mismas, el 7,9% canillas dentro del terreno y 13,5% se abastecen de agua por otros sistemas. El 90,7% de las viviendas tienen electricidad, en su gran mayoría (90,2%) provista por la red pública.

La población de Mendoza tiene servicio de cloacas en un 30,4%, servido por OSM un 87,6% y 12,4% por municipios.[1]

Más del 80% del total de las viviendas de Mendoza tienen retrete con descarga de agua, de los cuales 39,9% poseen desagüe a red pública y 60,1% otro sistema de desagüe mientras que 14,3% tienen retrete sin descarga de agua y el 5,6% no tienen retrete.

El 91,4% de las viviendas urbanas y el 53% de las rurales poseen retrete con descarga de agua, de las cuales tienen desagüe a la red pública 49,4% de las viviendas urbanas y 0,3% de las rurales. Retrete sin descarga de agua se observa en 7,0% de las viviendas urbanas y 31,9% de las rurales. Sin retrete sólo el 1,6% urbanas y 15% rurales.

La eliminación final de las excretas de parte del Gran Mendoza (Capital, Las Heras, Godoy Cruz y Guaymallén), se realiza por sedimentación, digestión

---

[1] Mendoza. Información suministrada por la Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas.

y secado de barros. El agua residual se destina para riego de chacras del departamento de Lavalle; esta agua posee alto contenido bacteriológico con elevada incidencia de salmonelosis en los animales, plantas y pobladores de la zona. San Martín tiene el mismo sistema y el material residual también tiene alto contenido bacteriológico y sólidos en suspensión. San Rafael también utiliza el mismo sistema. General Alvear elimina excretas por medio del pozo IMHOFF. Los demás departamentos, incluídos Godoy Cruz, Guaymallén y Las Heras, tienen, como destino final, lagunas facultativas (Provincia de Mendoza, DEIE, 1985).

3.4. Salud

En el año 1980 Mendoza tenía 79 establecimientos de salud que contaban con internación, de los cuales 35 dependían del sector oficial, 4 de obras sociales y 40 del sector privado. Para el mismo año el total de establecimientos sin internación era 262. Del sector oficial dependían 148 centros sanitarios, 30 lo hacían de obras sociales y 84 eran privados.

El Cuadro 5 indica la situación de los centros de salud dependientes del Ministerio de Bienestar Social, sus recursos humanos en clínica y pediatría y el estado de los edificios y el equipamiento.

La tabla 1 del Anexo D nos informa sobre los recursos sanitarios con los que cuenta el sector oficial de la provincia de Mendoza actualmente, por departamento y zona sanitaria; la tabla 2 del mismo Anexo especifica los servicios de pediatría y sus recursos en personal médico, según especialidad.

El número de pediatras rentados por el gobierno provincial es insuficiente para atender las necesidades de la población infantil cuyos padres tienen escasos recursos económicos. Esto se produce por la mala distribución de los recursos humanos, lo cual se observa en forma más notoria en los centros de salud que poseen un radio de acción densamente poblado, donde algunos médicos pediatras atienden hasta 50 niños por día. El 53,5% de los centros de salud tienen el equipamiento mínimo o inadecuado y el 39,5% funcionan en edificios inadecuados.

Cuadro 5

ESTADO DE SITUACION DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE MENDOZA POR DEPARTAMENTO, C. 1984.

Departamento	Cant. Centros Salud	Recursos Humanos		Equipamiento			Estado del edificio		
		Clínica Gral.	Pediatría	adecuad.	inadec.	mín.	Buc.	Reg.	Mal.
Capital	2	--	5.300	1	1	--	2	--	--
G. Alvear	7	3.712	--	1	6	--	5	1	1
G. Cruz	7	2.120	13.780	7	--	--	7	--	--
Guaymallén	12	2.120	15.900	7	5	--	6	5	1
Junín	5	3.710	1.060	1	4	--	2	3	--
La Paz	1	530	--	--	--	--	--	--	--
Las Heras	11	3.180	13.780	9	2	--	4	4	3
Lavalle	14	4.726 (1)	--	--	7	--	--	2	5
Luján	8	4.770	2.120	7	1	--	6	1	1
Maipú	11	5.300	4.710	4	7	--	6	4	1
Malargüe	7	3.709	--	1	6	--	6	1	--
Rivadavia	6	10.069	--	2	--	4	5	1	--
S. Carlos	6	3.180	1.060	6	--	--	6	--	--
S. Martín	12	9.010	1.060	3	2	7	8	3	1
S. Rafael	16	10.600	--	8	8	--	10	3	3
Sta. Rosa	4	9.656	--	1	3	--	1	2	1
Tunuyán	4	3.180	--	2	2	--	2	--	2
Tupungato	4	2.120	--	--	4	--	2	1	1
TOTAL	137	81.692	58.770	60	58	11	78	31	20

(1) Servicio Asistencial Aéreo = 7

Fuente: Datos suministrados por la Dirección de Planificación y Control. Diciembre 1984.

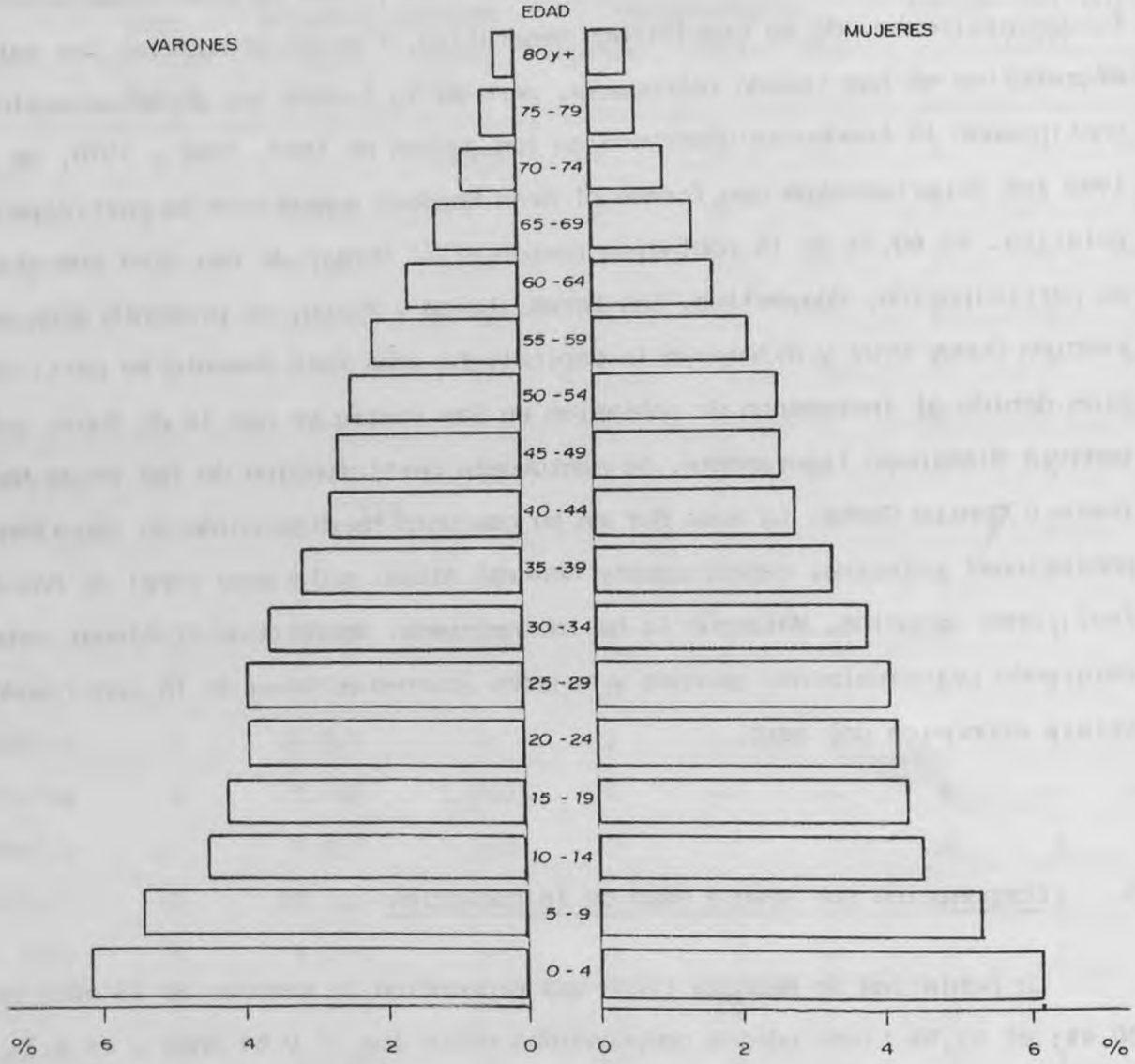
4. Crecimiento y distribución espacial de la población mendocina

En 1984, Mendoza tenía una población estimada de 1.283.032 habitantes, con una superficie total de 148.827 Km^2 y una densidad media de 8,6 hab./Km^2. El crecimiento total de la población entre 1970 y 1980 ha sido consecuencia, fundamentalmente, de su crecimiento vegetativo. A nivel provincial los saldos migratorios no han tenido relevancia, pero sí la tienen los departamentales. Continuando la tendencia observada en los censos de 1947, 1960 y 1970, en 1980 los departamentos que forman el Gran Mendoza aumentaron su participación relativa. El 60,5% de la población reside allí. Dentro de esa área aumentaron su participación, Guaymallén, Las Heras, Luján y Maipú, no presentó gran variación Godoy Cruz y disminuyó la Capital. La zona Este aumentó su participación debido al incremento de población en San Martín ya que la de Junín y Rivadavia disminuyó ligeramente. Se mantuvo la participación de las zonas Noreste y Centro Oeste. La zona Sur en su conjunto ha disminuído su importancia poblacional relativa, especialmente General Alvear y la zona rural de San Rafael; como exepción, Malargüe la ha incrementado. Desde General Alvear están emigrando principalmente varones y mujeres jóvenes a causa de la continuada crisis económica del agro.

5. Composición por sexo y edad de la población

La población de Mendoza tiene una proporción de menores de 15 años de 30,4%; el 62,9% tiene edades comprendidas entre los 15 y 64 años y el 6,7% de las personas superan esta edad. Es una distribución característica de las poblaciones con estructura de edad madura (Véase gráfico 3). El índice de dependencia potencial (razón entre los grupos de edades extremas -0-14 y 65 y más- y la población entre 15 y 64 años) nos informa que en 1980 por cada 100 personas potencialmente activas había 59 potencialmente dependientes.

GRAFICO 3 - MENDOZA, PIRAMIDE DE POBLACION 1980.



FUENTE : CENSO NACIONAL DE POBLACION 1980.

La tasa de masculinidad de la provincia indica que hay 96,3 varones cada 100 mujeres. Los valores más bajos se registraron en Capital (84,5%), Godoy Cruz (89,4%), Guaymallén (94,0%) y General Alvear (95,5%), los que no superan la tasa media de la provincia. Los valores máximos se registraron en Santa Rosa(111,2%), Malargüe (120,7%), Tupungato (115,2%), Lavalle (112,9%), La Paz (105,5%) y San Carlos (103,2%), todos ellos con fuerte predominio de población rural (Mendoza, DEIE, 1985).

6. Algunos aspectos de la mortalidad en Mendoza

Una de las medidas utilizadas para describir el nivel y la tendencia de la mortalidad en una población es la esperanza de vida al nacer (e_0^0). Esta se define como el número de años que en promedio se espera que viva cada componente de una cohorte desde su nacimiento hasta el final de su vida. Constituye el índice sintético más empleado cuando se desea, en forma suscinta y conveniente, conocer el riesgo de muerte de los habitantes de una zona.

La evolución histórica de la e_0^0 en Mendoza, aparece en el Cuadro 6. Este pone de manifiesto que el crecimiento anual de la e_0^0 presenta un comportamiento descendente hasta 1965, pero en los últimos 15 años (1965-1980), se ha duplicado el crecimiento anual correspondiente al período anterior (1960-1965), lo que ha llevado a que la e_0^0 supere los 67 y 73 años para varones y mujeres, respectivamente. Pero también se advierte que, a pesar de ello, el crecimiento anual 1965-80 no llegó a los niveles alcanzado en los dos períodos anteriores,lo cual es lógico, pues una vez logrado un nivel de mortalidad relativamente bajo, los incrementos relativos de la esperanza de vida son cada vez menores.

Cuadro 6

ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y CRECIMIENTO ANUAL DE LA e_0^0 EN MENDOZA, 1914-1980.

	Esperanza de vida al nacer		Crecimiento anual de la e_0^0 (en años)	
Año	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1914	39,3	40,2	--	--
1947	56,4	60,1	0,52	0,60
1960	61,9	67,5	0,43	0,57
1965	62,6	68,4	0,13	0,17
1980	67,4	73,5	0,33	0,34

Fuente: Jofré, pág. 17.

CAPITULO III. LA MORTALIDAD INFANTIL.

1. Mortalidad infantil según edad y sexo

Las tasas de mortalidad infantil de la provincia de Mendoza, entre 1970 y 1983, presentan una tendencia descendente. El valor máximo para este período corresponde a 1970, con 58,9‰; luego se observa un comportamiento oscilante hasta llegar a 1976 con un valor de 47,2‰ y desde ahí comienza un descenso rápido hasta 1980, que conduce a una tasa de 31,8‰ en esa fecha. Las tasas se estabilizan entre 1981 y 1983, 25,7‰ y 24,8‰ respectivamente.

En estos 14 años ha habido una disminución respecto a 1970 de alrededor del 57,9% del nivel de la mortalidad infantil y en el período 1976-1981 un descenso del 45,5% respecto del nivel observado al comienzo del mismo (Mendoza, MBS, s.f.).

La tasa de mortalidad infantil en 1984[1] (27,2‰) ha sufrido un incremento del 9,7% respecto a 1983. Los niveles observados en 1984 por zona son: Gran Mendoza 22,3‰, Este 32,1‰, Noreste 37,9‰, Centro Oeste 34,3‰ y Sur 28,0‰. La Paz, Santa Rosa, Lavalle y Tupungato, son los departamentos que tienen tasas más elevadas.

Volviendo ahora al período 1976-1981, en el gráfico 5 se puede observar la tendencia descendente de la mortalidad infantil en ese lapso. En el año 1976, la tasa fue de 47,5‰ y en 1981 de 26,0‰, lo que implica una reducción de 45,3%.

Discriminando la mortalidad infantil en la correspondiente a los períodos neonatal (menores de 28 días) y postneonatal (de 28 días a 1 años), vemos que la mortalidad neonatal tiene una tendencia descendente suave comparada conla postneonatal (gráficos 6 y 7 y Cuadro 7). El descenso de la mor-

---

[1] Elaborada con información de nacimientos suministrados por la Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas y defunciones infantiles suministradas por el Departamento de Bioestadística de Mendoza.

talidad neonatal entre 1976 y 1981 fue del 28,5‰, mientras que la mortalidad postneonatal bajó un 62,4%.

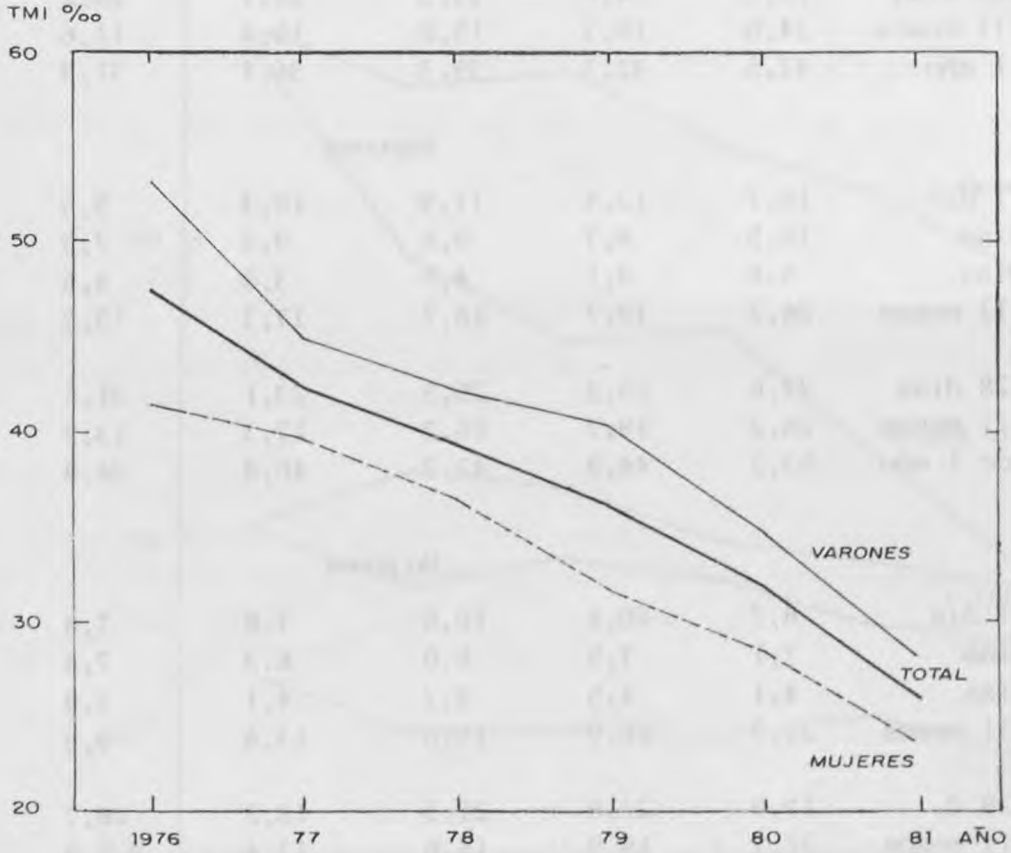
En 1976 la tasa neonatal fue de 23,5‰ y en 1981 de 17‰, con un descenso de 27,6%. Las tasas de mortalidad infantil postneonatal para los mismos años fueron de 24‰ y 9,2‰, respectivamente, la disminución fue de 62,4% .

Como ya se conoce, la mortalidad infantil neonatal se debe en general a causas endógenas (malformaciones, lesiones debidas al parto, etc.). Por el contrario, en la mortalidad infantil postneonatal las causas predominantes son de tipo exógeno (enfermedades infecciosas y parasitarias, diarreas, etc.), las que han sido controladas con mayor eficacia por las campañas sanitarias, vacunación masiva y uso de nuevas drogas antimicrobianas. Por ello es dable esperar, tal como sucedió, que el descenso de la tasa de mortalidad infantil, se deba principalmente a la disminución de la postneonatal.

La mortalidad infantil varía según el sexo en una relación aproximada de 1,2:1 para varones respecto de las mujeres; esto se observa tanto en la mortalidad neonatal como en la postneonatal (Cuadro 7 y gráficos 5 y 6).

Se ha subdividido la mortalidad neonatal en la de menores de 1 día, de 1 a 6 días y de 7 a 27 días, observándose reducciones menos importantes para las dos primeras subdivisiones (21,4 y 27,3%) que para la última (46,0%) (Cuadro 7).

GRAFICO 4 - MENDOZA, MORTALIDAD INFANTIL TOTAL Y POR SEXO, 1976 - 1981.



FUENTE : CUADRO Nº 7.

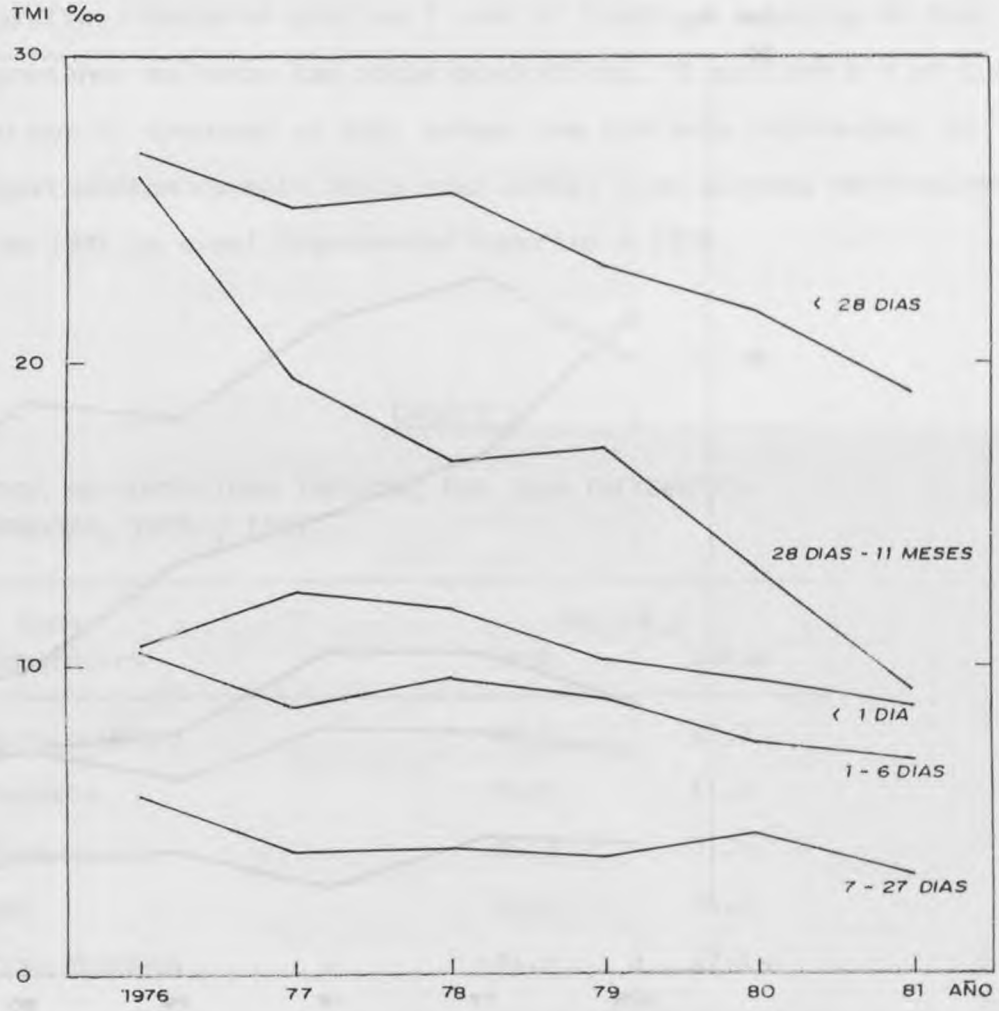
Cuadro 7

MENDOZA. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD Y SEXO. PERIODO 1976-1981.

Edad	1976	1977	1978	1979	1980	1981
			Ambos Sexos			
Menos 1 día	9,8	11,4	11,2	9,1	8,5	7,7
1-6 días	8,8	8,3	8,8	7,7	7,4	6,4
7-27 días	5,0	4,3	3,4	3,9	4,3	2,7
28 d. 11 meses	24,0	18,3	15,8	15,4	11,6	9,2
Menos 28 días	23,5	24,0	23,5	20,7	20,2	16,8
28 d. 11 meses	24,0	18,3	15,8	15,4	11,6	9,2
Menos 1 año	47,5	42,3	39,3	36,1	31,8	26,0
			Varones			
Menos 1 día	10,7	12,4	11,9	10,3	9,5	8,8
1-6 días	10,5	8,7	9,6	9,0	7,5	7,0
7-27 días	5,8	4,1	4,0	3,8	4,6	3,2
28 d. 11 meses	26,2	19,7	16,7	17,3	13,2	9,2
Menos 28 días	27,0	25,2	25,5	23,1	21,6	19,0
28 d. 11 meses	26,2	19,7	16,7	17,3	13,2	9,2
Menos de 1 año	53,2	44,9	42,2	40,4	34,8	28,2
			Mujeres			
Menos 1 día	8,7	10,4	10,6	7,8	7,4	6,5
1-6 días	7,1	7,9	8,0	6,3	7,4	5,8
7-27 días	4,1	4,5	2,7	4,1	3,9	2,1
28 d. 11 meses	21,7	16,9	15,0	13,4	9,8	9,2
Menos 28 d.	19,9	22,8	21,3	18,2	18,7	14,4
28 d. 11 meses	21,7	16,9	15,0	13,4	9,8	9,2
Menos 1 año	41,6	39,7	36,3	31,6	28,5	23,6

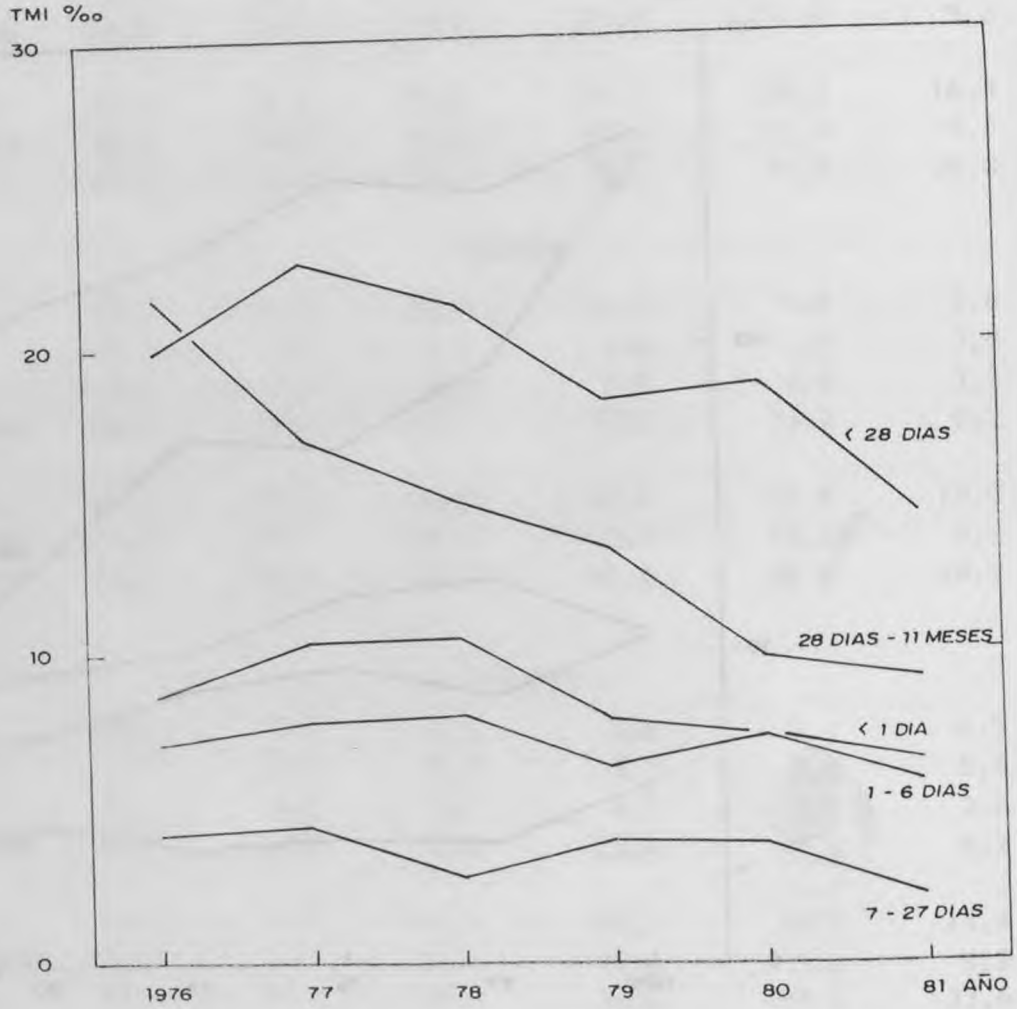
Fuente: Tablas 3 y 4 del Anexo D.

GRAFICO 5 - MENDOZA, MORTALIDAD INFANTIL DE VARONES POR EDAD, 1976 - 1981.



FUENTE : CUADRO 7 .

GRAFICO 6 - MENDOZA, MORTALIDAD INFANTIL DE MUJERES POR EDAD, 1976-1981.



FUENTE CUADRO 7

2. Mortalidad infantil por área geográfica

Como ya se ha dicho, los departamentos de Mendoza son agrupados para fines estadísticos en 5 zonas: Gran Mendoza, Este, Noreste, Centro Oeste y Sur. El Cuadro 8 muestra las tasas de mortalidad infantil por departamento de residencia de la madre, pero es más fácil comprenderlas si se las agrupa por zona geográfica. Tanto el gráfico 7 como el Cuadro 8 muestran un descenso muy importante en todas las zonas geográficas. El gráfico 8 y el Cuadro 9 indican que el descenso se dió, aunque con distinta intensidad, en todos los departamentos excepto Santa Rosa donde, tras algunas oscilaciones, se registra en 1981 un nivel ligeramente superior a 1976.

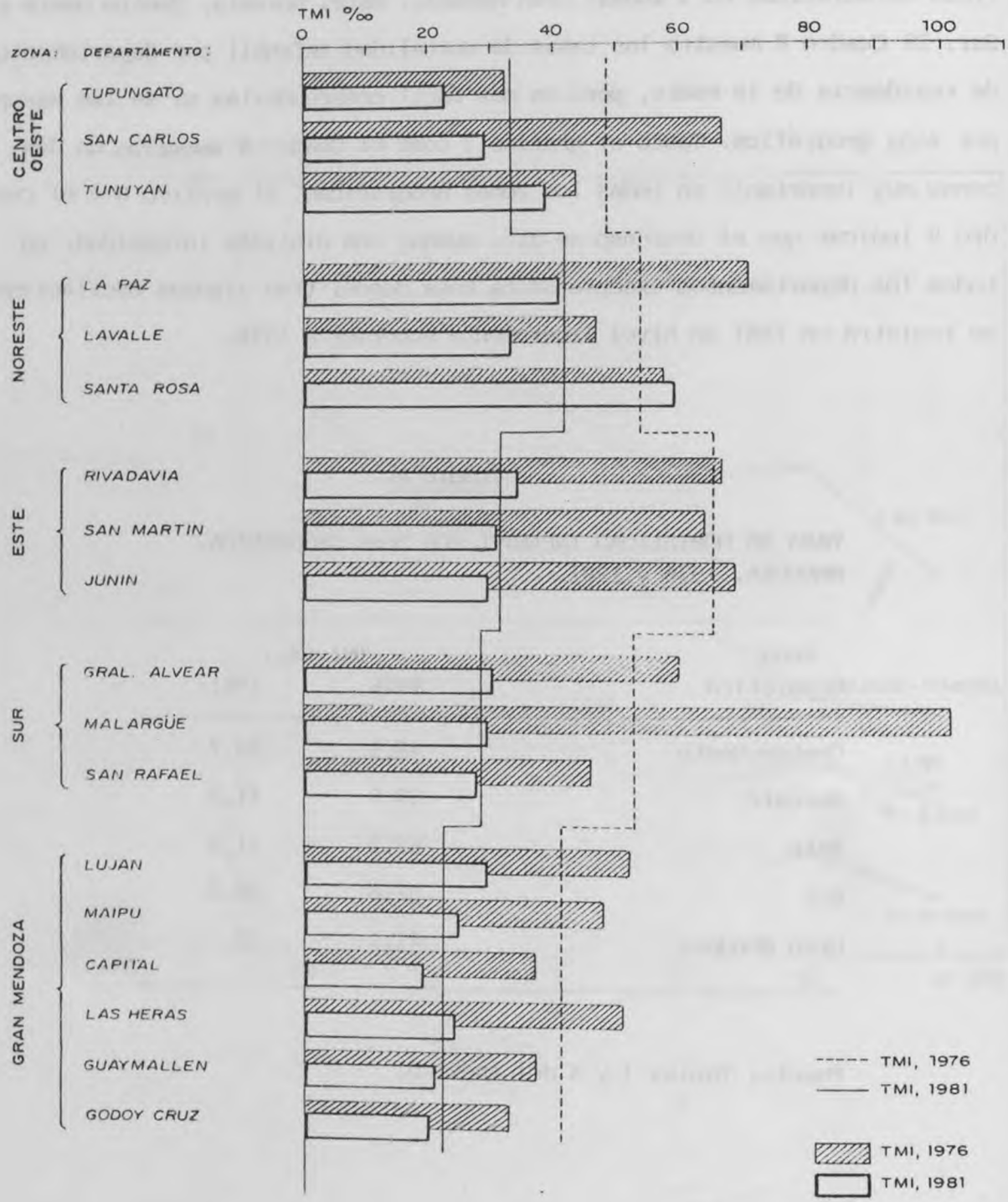
Cuadro 8

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR ZONA GEOGRAFICA. MENDOZA, 1976 y 1981.

Zona Geográfica	TMI (‰) 1976	1981
Centro Oeste	48,5	32,7
Noreste	53,5	41,2
Este	65,3	31,6
Sur	52,6	28,2
Gran Mendoza	41,1	22,1

Fuente: Tablas 3 y 4 del Anexo D.

GRAFICO 7 - MENDOZA, MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTOS Y POR ZONAS GEOGRAFICAS, 1976 y 1981.



FUENTE: CUADROS 8 Y 9.

Cuadro 9

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL, POR DEPARTAMENTO. AMBOS SEXOS. MENDOZA. 1976-1981.

DEPARTAMENTO	INFANTIL						NEONATAL						POSTNEONATAL					
	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1976	1977	1978	1979	1980	1981
TOTAL	47,5	42,3	39,3	36,1	31,8	26,0	23,5	24,0	23,5	20,7	20,2	16,8	24,0	18,3	15,8	15,4	11,6	9,2
Capital	36,5	42,9	29,1	30,6	21,6	18,7	19,7	27,0	18,7	19,9	14,5	12,2	16,8	15,9	10,4	10,7	7,1	6,5
Gral. Alvear	59,7	52,9	73,7	41,2	37,9	30,0	41,7	36,5	43,4	20,6	32,6	18,0	18,0	16,4	30,3	20,6	5,3	12,0
Godoy Cruz	32,2	26,6	26,0	24,0	19,1	19,6	17,9	17,2	16,2	15,6	12,0	14,7	14,3	9,4	9,8	8,4	7,1	4,9
Guaymallen	37,0	32,0	31,2	25,7	26,3	20,8	16,9	16,7	19,4	15,6	18,8	13,6	20,1	15,3	11,8	10,1	7,5	7,2
Junín	68,5	57,8	54,7	31,0	35,4	29,6	25,4	27,7	34,7	18,4	20,6	19,3	43,1	30,1	20,0	12,6	14,8	10,3
La Paz	70,4	57,5	24,4	88,4	25,8	41,0	23,5	22,1	4,1	44,2	20,6	20,5	46,9	35,4	20,3	44,2	5,2	20,5
Las Heras	50,8	37,1	37,6	30,0	31,8	23,8	23,7	23,4	22,7	17,1	19,5	15,8	27,1	13,7	14,9	12,9	12,3	8,0
Lavalle	46,5	61,8	48,9	67,9	46,9	33,3	16,9	25,3	23,8	29,1	18,5	11,1	29,6	36,5	25,1	38,8	28,4	22,2
Luján	51,8	43,8	35,4	38,8	29,7	28,6	25,9	31,1	17,7	17,9	18,5	15,4	25,9	12,7	17,7	20,9	11,2	13,2
Maipú	47,9	41,7	36,7	37,2	27,1	24,2	23,1	24,8	23,5	22,5	19,6	15,6	24,8	16,9	13,2	14,7	7,5	8,6
Malargüe	101,6	35,2	40,0	41,3	50,8	29,1	63,8	30,8	27,4	31,0	29,0	21,8	37,8	4,4	12,6	10,3	21,8	7,3
Rivadavia	66,1	48,1	60,1	48,0	39,0	34,1	38,7	29,7	37,8	30,1	21,1	21,4	27,4	18,4	22,3	17,9	17,9	12,7
San Carlos	66,6	67,1	61,0	53,8	50,4	29,4	32,5	37,0	36,9	27,7	26,0	18,5	34,1	30,1	24,1	26,1	24,4	12,4
San Martín	63,7	49,3	49,3	45,2	41,8	30,9	30,8	29,5	28,8	26,7	24,8	21,7	32,9	19,8	20,5	18,5	17,0	9,2
San Rafael	45,5	44,7	37,8	35,0	35,0	27,6	22,2	22,5	22,8	20,3	22,7	18,5	23,3	22,2	15,0	14,7	12,3	9,0
Santa Rosa	57,5	53,8	45,3	62,1	45,1	59,0	20,1	30,4	30,2	34,5	28,5	47,8	37,4	23,4	15,1	27,6	16,6	11,2
Tunuyán	43,8	52,7	44,0	54,4	47,7	38,6	12,5	19,0	22,0	28,8	29,9	20,3	31,3	33,7	22,0	25,6	17,8	18,3
Tupungato	32,5	59,2	57,0	66,7	26,8	22,6	20,9	16,3	28,5	19,1	10,3	16,4	11,6	42,9	28,5	47,6	16,5	6,2

Fuente: Tablas 3 y 4 del Anexo D.

3. Mortalidad infantil por causa de muerte

Se ha elegido para la clasificación de las causas de muerte, la propuesta por Erica Taucher para la República Argentina. La autora se ha basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción (OMS 9a. Revisión) empleada actualmente por el sistema unificado de Estadísticas de Salud de la Argentina. Partiendo de ciertos criterios médicos, las causas de muerte son agrupadas en reducibles o evitables y no evitables, teniendo en cuenta el nivel alcanzado hasta el presente por el conocimiento médico preventivo y curativo. Divide el universo de niños menores de un año en dos grupos de edad: niños menores de 28 días y niños de 28 días y más. Esta clasificación permite obtener una descripción de la incidencia de las distintas causas de muerte infantil y nos hace reflexionar sobre las posibles acciones a emprender con relación a las causas evitables.

Entre los años 1976 y 1978 las causas de muerte se codificaban según la 8a. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción. A partir de 1979 entra en vigencia la 9a. Revisión. Este cambio introduce algunas diferencias inevitables en la agrupación de causas de muerte en ambos períodos que pueden incidir en las conclusiones finales.

En el Cuadro 10 se puede observar que para el grupo de edad neonatal, las causas de muerte más frecuentes son las parcialmente reducibles durante todo el período analizado ocupando el segundo lugar, en los primeros tres años, se encuentran las reducibles por buena atención del parto y, desde 1979 a 1981, las reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz. Se nota la disminución de la participación porcentual de las causas reducibles por distintas acciones (excepto las reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz) y el aumento de las parcialmente reducibles y no evitables. Cabe señalar el incremento relativo de las causas desconocidas y otras causas, que relativizan el análisis.

En el grupo de edad postneonatal, la mayor frecuencia corresponde a "otras reducibles". En segundo lugar para los primeros tres años se ubican

Cuadro 10

ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD Y CAUSA DE MUERTE. MENDOZA, 1976-1981.

Grupos de causas de muerte	1976	1977	1978	1979	1980	1981
			NEONATAL			
Reducibles por:						
.Buen control embar.	0,7	1,2	0,6	0,8	1,2	0,8
.Buena atención parto	12,0	13,7	13,9	8,2	8,6	8,1
.Diag. y trat. precoz	9,1	9,8	9,7	12,2	11,9	11,8
Otras reducibles	4,7	4,4	4,1	3,5	4,4	3,9
Parcialm. reducibles	16,1	19,2	21,5	22,4	22,0	23,7
No evitables	5,6	7,1	5,6	7,7	7,7	9,2
Desconocidas	--	0,3	0,1	2,0	6,2	5,5
Otras causas	1,2	1,1	4,1	0,5	1,4	1,7
SUB-TOTAL	49,4	56,8	59,8	57,3	63,4	64,6
			POSTNEONATAL			
Reducibles por:						
. Prevención	1,9	1,6	0,9	0,9	0,6	--
. Diag. y trat. precoz	7,6	6,7	5,2	3,7	2,2	3,6
Otras reducibles	30,8	25,3	22,0	26,5	21,9	19,5
Parcialmente reducibles	3,3	2,8	3,7	1,8	2,6	1,8
No evitables	4,2	4,3	4,1	4,9	4,1	6,2
Desconocidas	1,2	0,5	0,4	1,4	2,1	1,5
Otras causas	1,6	2,0	3,9	3,5	3,1	2,8
SUB-TOTAL	50,6	43,2	40,2	42,7	36,6	35,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Tabla 8 del Anexo D.

Cuadro 11

TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL Y POSTNEONATAL, POR CAUSAS DE MUERTE. MENDOZA, 1976-1981.

(por 100.000 nacidos vivos)

Grupos de causas de muerte	1976	1977	1978	1979	1980	1981
			NEONATAL			
Reducibles por:						
. Buen control embar.	32,5	50,8	25,4	27,9	37,0	21,6
. Buena aten. parto	572,4	578,1	547,3	297,4	274,7	210,1
. Diag. y tratam. precoz	432,5	416,1	381,8	440,0	376,6	305,8
Otras reducibles	224,4	187,4	162,3	127,0	138,9	102,0
a) Por saneamiento	58,5	63,5	35,0	21,7	37,0	9,3
b) Accidentes	22,8	22,2	35,0	24,8	24,7	27,8
c) Otras reducibles	143,1	101,7	92,3	80,5	77,2	64,9
Parcialmente reducibles	764,2	813,2	846,4	808,7	697,6	614,8
No evitables	266,7	301,8	219,5	278,8	243,8	237,9
Desconocidas	--	12,7	3,2	71,3	197,5	142,1
Otras causas	58,5	44,5	162,3	18,6	46,3	43,2
TOTAL	2.351,3	2.404,7	2.348,2	2.069,7	2.012,5	1.677,6
			POSTNEONATAL			
Reducibles por:						
. Prevención	91,1	66,7	35,0	31,0	18,5	--
. Diag. y tratam.precoz	361,0	282,7	203,6	133,2	71,0	92,7
Otras reducibles	1.463,5	1.073,7	865,5	957,4	694,5	506,7
a) Por saneamiento	754,5	482,8	257,7	325,3	191,4	132,8
b) Accidentes	52,1	50,8	73,2	71,3	33,9	55,6
c) Otras reducibles	656,9	540,0	534,6	560,8	469,2	318,2
Parcialmente reducibles	156,1	117,5	146,4	65,1	83,3	46,3
No evitables	198,4	181,1	162,3	176,6	129,6	160,6
Desconocidas	55,3	22,2	15,9	49,6	67,9	40,2
Otras causas	74,8	85,8	152,7	127,0	98,8	74,1
TOTAL	2.400,1	1.829,7	1.581,4	1.539,9	1.163,6	920,7

Fuente: Tablas 3 y 8 del Anexo D.

las"reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz", que ceden su posición en los siguientes tres años a las causas "no evitables".

Se ha producido un descenso importante en la participación de las causas reducibles por prevención, diagnóstico y tratamiento precoz, otras reducibles y parcialmente reducibles. El resto de causas han presentado oscilaciones. Los porcentajes subtotales manifiestan el aumento de la participación relativa de las defunciones neonatales en la mortalidad infantil.

Respecto a los riesgos de muerte por cada grupo de causas (Cuadro 11) se observa que para el período neonatal, las causas parcialmente reducibles presentan las mayores tasas que disminuyen en los dos últimos años. Le siguen, reducibles por buena atención del parto y por diagnóstico y tratamiento precoz, en ese orden, para los primeros tres años y en orden inverso para los últimos tres, disminuyendo también sus tasas hacia el final del período analizado.

Los riesgos reducibles por buen control del embarazo, tienen comportamiento errático mientras que los correspondientes a causas no evitables se mantienen relativamente estables.

En el período postneonatal, las tasas más elevadas corresponden a otras causas reducibles, pero con un descenso tan importante que el riesgo por este tipo de causas en 1981 es un tercio del valor inicial. Le siguen en importancia las reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz los tres primeros años ya que sus tasas son superadas por las de causas no evitables, los tres últimos años. Las tasas de mortalidad postneonatal por causas reducibles por prevención, por diagnóstico y tratamiento precoz, otras reducibles y parcialmente reducibles tienen un descenso marcado y sostenido mientras que las correspondientes a causas no evitables se mantienen relativamente constantes.

CAPITULO IV. DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL. INVESTIGACION ESPECIAL PARA EL AÑO 1985.

1. Introducción

Este capítulo y el que le sigue muestran los resultados de una investigación especial. Uno de los objetivos de esta investigación es poner de relieve el nivel de desigualdad en la distribución del fenómeno de la mortalidad infantil entre los diversos grupos socioeconómicos de la población.

Previo a mostrar los resultados es oportuno indicar algunas características de la investigación que inciden en los datos y, por consecuencia, en las conclusiones que de los mismos se derivan. Se han utilizado los certificados de defunción de los siete primeros meses del años 1985 y el número de nacimientos inscriptos durante ese mismo período, eliminando las inscripciones judiciales como muestra para extraer los datos pertinentes. Se ha debido utilizar este método por carecer de la totalidad de los certificados de nacimiento del año 1983 y 84 que hubieran permitido hacer al pareo con los certificados de defunción del año 1984. Además para calcular las tasas de mortalidad se realizó un muestreo aleatorio con repartición proporcional del 5 por ciento de los certificados de nacimiento que antes señalábamos.

Respecto a las variables a analizar se tomaron las siguientes decisiones. El lugar de residencia habitual de la madre se clasificó en dos categorías: urbana y rural (de acuerdo con la definición censal). Para clasificar el estrato socio-ocupacional se tuvo en cuenta: ocupación del padre o encargado, educación de la madre y situación conyugal de ésta. Cuando se desconocía la situación ocupacional del padre, se utilizaron las otras variables como indicadores. El nivel de instrucción de la madre se dividió en cuatro categorías: analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria y más. Con respecto a la situación conyugal de la madre, se la clasificó en tres categorías: soltera, casada y unida de hecho. En el caso de madres solteras con más de un hijo, se las incluyó como unidas de hecho del mismo modo

que a las casadas o divorciadas con el hijo de filiación extramatrimonial. Igualmente se ha hecho constar si el niño fallecido tuvo o no acceso a atención médica, durante su última enfermedad. Para todas las variables, los casos en que no constaban los datos, se distribuyeron en forma proporcional a la estructura de la información conocida.

Es importante señalar que se han detectado errores de declaración en los certificados de defunción, así como el deficiente llenado de los mismos.

2. Mortalidad infantil según zonas de residencia

A igualdad con áreas más desarrolladas del mundo, Mendoza presenta una tasa de mortalidad infantil según zona urbana y rural muy semejante.

Cuadro 12

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL, SEGUN ZONA DE RESIDENCIA DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

(por mil nacidos vivos)

Zona	Neonatal	Postneonatal	Total
Urbana	19,4	7,1	26,5
Rural	16,7	10,1	26,8
Total	18,5	8,1	26,6

Fuente: Tablas 9 y 10 del Anexo D.

El Cuadro 12 es muy ilustrativo respecto de esta circunstancia, pero, como veremos más adelante al relacionar la variable zona con otras, sí se observan diferencias cuantitativas de importancia en las tasas obtenidas.

Se podría esperar que la TMI Rural fuera sensiblemente superior a la urbana; tal vez debido a la excelente red caminera de la provincia y la distribución proporcional a las necesidades de los establecimientos asistenciales, esta desigualdad entre los niveles de la TMI Urbana y la TMI Rural no se verifica.

3. Mortalidad infantil según estrato socio-ocupacional

Esta variable se encuentra tan estrechamente ligada a la mortalidad infantil como el nivel de instrucción alcanzado por la madre, de ahí que se vean asociadas tan frecuentemente y que la última sea utilizada como indicador del nivel de vida.

Cuadro 13

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL NEONATAL Y POSTNEONATAL, SEGUN ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL. MENDOZA, 1985.

Estrato socio-ocupacional	Neonatal	Postneonatal	Total
A	13,5	2,1	15,6
B	22,3	12,7	35,0
Total	18,5	8,1	26,6

Fuente: Tabla 9 y 14 del Anexo D.

El Cuadro 13 nos demuestra que la más alta mortalidad infantil temprana se observa en el grupo B que corresponde al estrato socio-ocupacional bajo. En los dos estratos, la TMI postneonatal es inferior a la neonatal, pero mientras en la mortalidad postneonatal, el estrato B supera en más de seis veces al estrato A, en la mortalidad neonatal sólo lo supera en 1,7 veces, lo que pone en evidencia que la mortalidad postneonatal está más influenciada por los factores socioeconómicos que la neonatal.

4. Mortalidad infantil según nivel de instrucción de la madre

La educación tiene un efecto directo sobre algunos determinantes de la mortalidad infantil. La mortalidad infantil es influída por las creencias y

valores de la madre respecto del cuidado de su hijo durante los episodios mórbidos o cuando está sano, pero fundamentalmente, la educación está correlacionada con otros indicadores del nivel de vida y sus diferencias se expresan en la desigual distribución de recursos y servicios en la población.

Cuadro 14

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Nivel de instrucción	Tasa por mil nacidos vivos		
	Neonatal	Postneonatal	Total
Analfabeta	42,0	20,0	62,0
1° incompl.	21,3	14,9	36,2
1° completo	17,2	6,7	23,9
2° y más	15,1	2,1	17,2
Total	18,5	8,1	26,6

Fuente: Tablas 25 y 30 del Anexo D.

En el Cuadro 14 se observa como desciende en forma franca y progresiva la mortalidad infantil a medida que aumenta el nivel de instrucción materno. La mortalidad infantil postneonatal es inferior a la neonatal en todas las categorías de nivel de instrucción, pero las diferencias entre los riesgos correspondientes a los distintos niveles de instrucción son mayores en el período postneonatal que en el neonatal, con excepción de la diferencia en la mortalidad neonatal de hijos de madres analfabetas y de aquellas con primaria incompleta. Al igual que el estrato socio-ocupacional, el nivel de instrucción de la madre influye más sobre la mortalidad infantil postneonatal que sobre la neonatal.

5. Mortalidad infantil según situación conyugal de la madre

Tal vez sería más correcto clasificar la situación conyugal en estable e inestable, ya que muchas de las uniones de hecho son inestables como lo son también algunos casamientos de parejas muy jóvenes obligadas o no a contraer matrimonio. Lamentablemente se carece de información que permita tal clasificación, por lo cual el análisis debe referirse a las categorías convencionales de estado civil.

Cuadro 15

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN LA SITUACION CONYUGAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Situación conyugal	Tasa Mort. Infantil (°/oo)
Soltera	38,3
Casada	22,3
Unida de hecho	45,2
Total	26,6

Fuente: Tablas 12 y 13 del Anexo D.

El Cuadro 15 es elocuente. El riesgo de morir en hijos de madres solteras y en uniones de hecho, es más elevado que el riesgo de muerte en hijos de madres casadas, siendo la unión consensual el estado civil "más riesgoso" de todos en términos de la mortalidad infantil de los hijos.

6. Mortalidad infantil según nivel de instrucción y residencia habitual de la madre.

La mayoría de los estudios sobre el tema donde se cruzan estas varia-

bles, informan que los valores más bajos de mortalidad infantil se dan entre los hijos de madres con niveles de instrucción elevados que residen en zonas urbanas. Esta situación sólo se da parcialmente en Mendoza, ya que si bien la educación de la madre tiene el efecto esperado sobre la mortalidad infantil de los hijos, a todos los niveles de instrucción, las tasas rurales son más bajas que las urbanas (ver Cuadro 16).

Cuadro 16

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION Y ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

(por mil nacidos vivos)

Instrucción de la madre	Residencia de la madre		
	Urbana	Rural	Total
Analfabeta	75,0	55,9	62,0
Primaria incompleta	48,8	28,4	36,2
Primaria completa	24,1	23,4	23,9
Secundaria y más	17,9	9,4	17,2
Total	26,5	26,8	26,6

Fuente: Tablas 10 y 11 del Anexo D.

Este fenómeno podría interpretarse como una consecuencia de la migración hacia las ciudades; las elevadas TMI en los niveles bajos de instrucción en la zona urbana estarían determinadas por el cambio desde el medio ambiente natural a los cinturones urbanos. También es posible que se de un mayor subregistro de defunciones infantiles en la zona rural que en la urbana o que la calidad de la información sobre educación en una y otra área no sean comparables.

7. Mortalidad infantil según nivel de instrucción, estrato socio-ocupcional y residencia habitual de la madre

En el Cuadro 17 se observa que el estrato socio-ocupacional más bajo tiene tasas de mortalidad infantil superiores a las del estrato más alto, tanto en zonas urbanas como rurales.

Cuadro 17

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL, NIVEL DE INSTRUCCION Y ZONA DE RESIDENCIA DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Estrato Socio-ocupacional	Nivel de Instrucción				TOTAL
	Analfabeta	1° incompl.	1° compl.	2°y más	
		URBANA			
A	--	* 25,0	14,5	17,3	16,2
B	75,0	49,4	30,7	--	38,2
		RURAL			
A	--	--	14,4	* 9,4	12,9
B	55,9	28,8	29,7	--	31,2
		TOTAL			
A	--	* 12,5	13,9	16,7	15,6
B	62,0	36,7	30,8	--	35,0

Fuente: Tablas 18 y 19 del Anexo D.

*Menos de 19 defunciones.

Al cruzar las tres variables simultáneamente, las tendencias se hacen menos claras, probablemente debido al muestreo en los certificados de nacimiento y al efecto de la distribución proporcional de los desconocidos. Se advertirá que varias de las categorías (señaladas con asteriscos) contenían menos de diez casos.

La mortalidad infantil de niños del estrato B, con madres analfabetas

de zona rural es 3,2 veces superior a la mortalidad infantil de estrato A con el más alto nivel de instrucción materna y residencia urbana. Si se compara dentro de la zona urbana la mortalidad infantil de los niños del estrato B con madres analfabetas con la correspondiente del estrato A con madres con educación secundaria o más, vemos que la diferencia entre las respectivas tasas de mortalidad infantil aumenta a 4,3. Esto significa que por cada niño del estrato A con madre bien instruída que muere, fallecen 4,3 niños de estrato bajo con madre analfabeta.

CAPITULO V. DETERMINANTES BIOLOGICOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL. INVESTIGACION ESPECIAL PARA EL AÑO 1985.

1. Introducción

Al igual que los determinantes socioeconómicos, las variables de tipo biológico son fundamentales en el estudio de la mortalidad infantil.

En primer término, se analizará la relación de la mortalidad infantil con la edad de la madre, el orden del nacimiento, peso al nacer y parto múltiple. Si bien estas variables pueden ser consideradas biológicas, las tres primeras están influenciadas por factores socioeconómicos. El sexo, otra variable biológica, no será considerado aquí.

Luego de estudiar la composición de la mortalidad infantil por edad (neonatal y postneonatal), el análisis aborda las causas de muerte (conocidas, evitables y difícilmente evitables y desconocidas) para las diferentes subpoblaciones estudiadas.

2. Relación de la mortalidad infantil con la edad de la madre

En el Cuadro 18 se observa que las tasas de mortalidad infantil en las poblaciones urbana, rural y total aumentan hacia las edades extremas, observándose una curva en forma de U en la total y algunas oscilaciones en las tasas de las poblaciones urbana y rural (especialmente en esta última) que deforman un poco las curvas correspondientes (ver gráfico 8).

La menor tasa de mortalidad infantil se observa entre los hijos de mujeres con edades comprendidas entre los 30 y 34 años tanto para el total como para las residentes de áreas urbanas; para las residentes en zona rural, la menor tasa se observa en el intervalo comprendido entre los 35 y 39 años.

Cuadro 18

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN EDAD Y ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

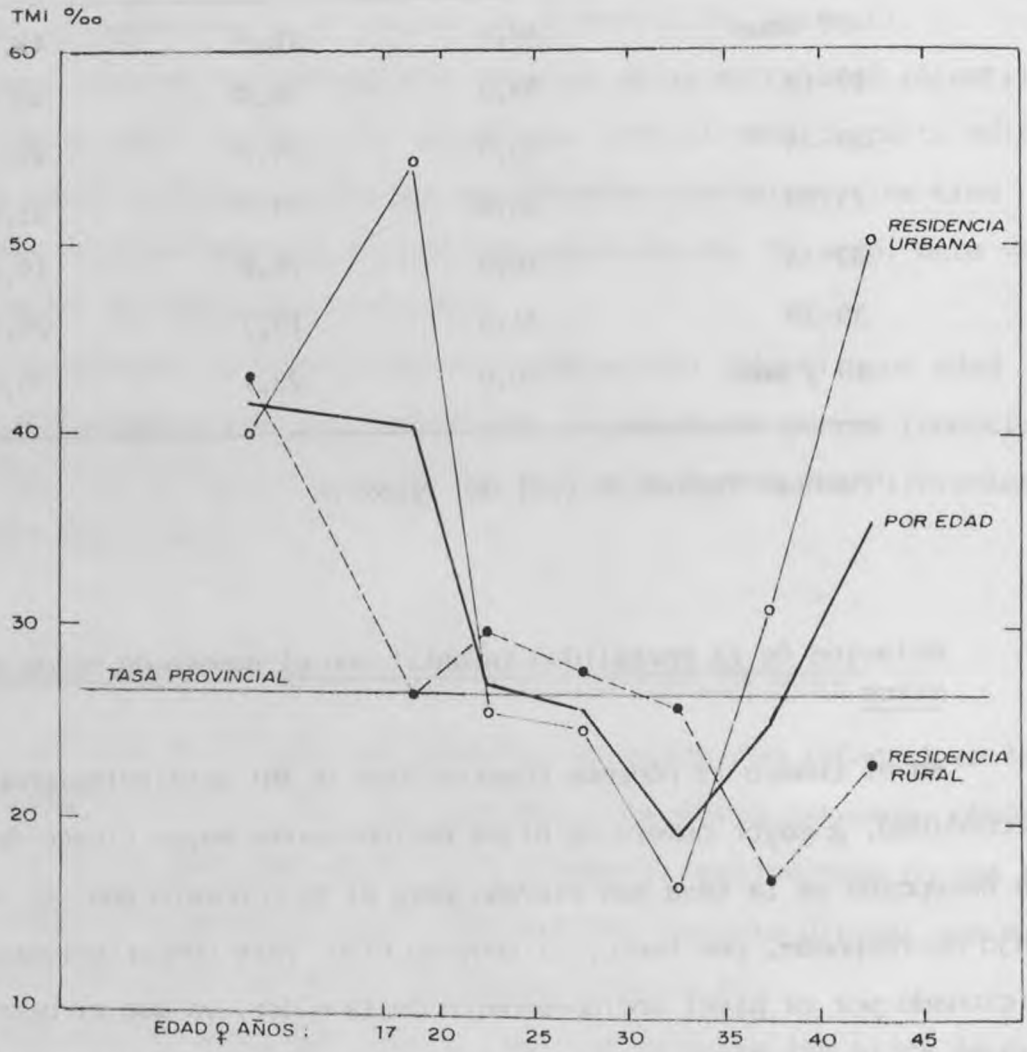
Edad de la madre	Residencia habitual		
	Urbana	Rural	Total
-17 años	40,0	42,9	41,2
17-19	54,3	26,4	40,1
20-24	25,9	29,8	27,3
25-29	25,0	27,9	25,9
30-34	16,9	26,0	19,4
35-39	31,0	17,1	25,3
40 y más	50,0	23,1	35,4

Fuente: Tablas 20 y 21 del Anexo D.

3. Relación de la mortalidad infantil con el número de hijos nacidos vivos

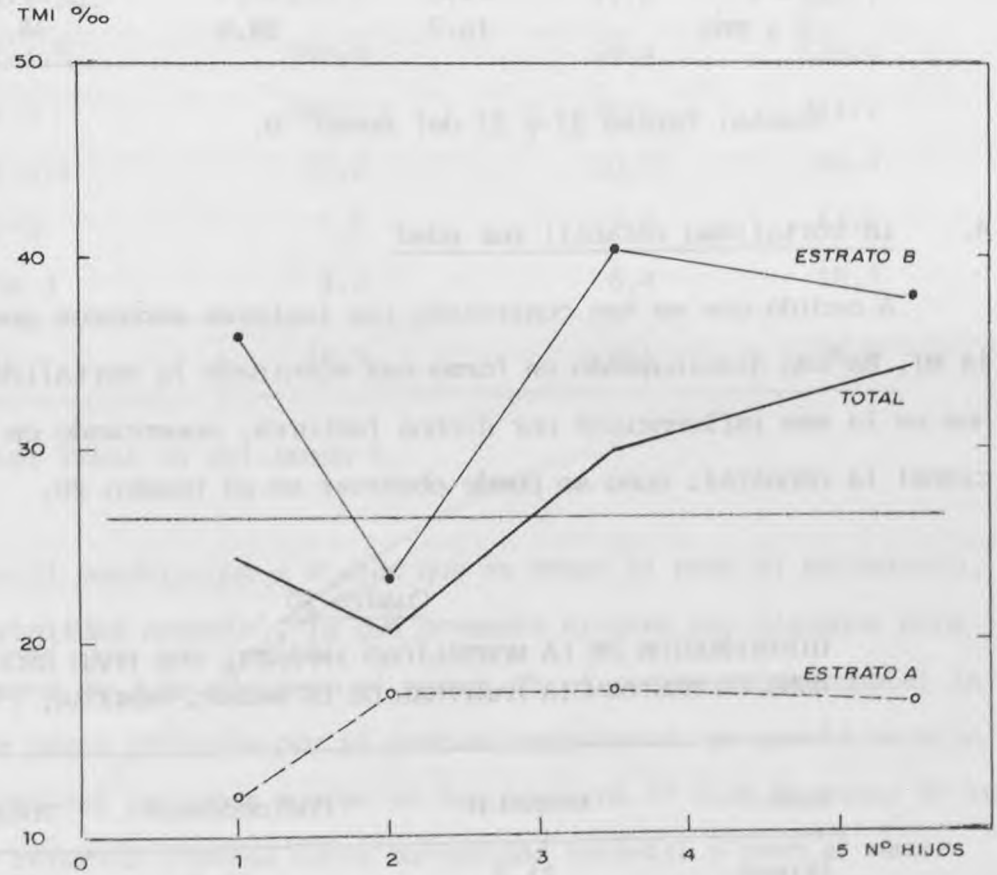
En el Cuadro 19 podemos observar que la TMI está relacionada con la fecundidad. A mayor número de hijos nacidos vivos mayor riesgo de muerte. La excepción es la tasa más elevada para el hijo número uno. El valor más bajo corresponde, por tanto, al segundo hijo. Este comportamiento está condicionado por el nivel socioeconómico de la mujer, ya que si bien lo anteriormente enunciado se cumple para el estrato B, en el estrato A el primer hijo es el que tiene menor riesgo de morir y de allí en adelante, el número de hijos no influye sobre la tasa de mortalidad.

GRAFICO 8 - MENDOZA, MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD Y RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE, 1985.



FUENTE : CUADRO 18

GRAFICO 9 - MENDOZA, MORTALIDAD INFANTIL SEGUN NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y ESTRATO SOCIOCUPACIONAL, 1985.



FUENTE: CUADRO 19.

Cuadro 19

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL. MENDOZA, 1985.

	Estrato socio-ocupacional		
N° hijos	A	B	Total
1	12,0	35,9	24,3
2	17,3	23,4	20,5
3-4	17,5	40,5	29,9
5 y más	16,7	38,0	34,3

Fuente: Tablas 22 y 23 del Anexo D.

4. La mortalidad infantil por edad

A medida que se han controlado los factores exógenos que inciden sobre la MI, ha ido disminuyendo en forma más acentuada la mortalidad postneonatal que es la más influenciada por dichos factores, aumentando en forma proporcional la neonatal, como se puede observar en el Cuadro 20.

Cuadro 20

DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD SEGUN ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Zona	Neonatal	Postneonatal	Total
Urbana	73,2	26,8	100
Rural	62,2	37,8	100
Total	69,5	30,5	100

Fuente: Cuadro 12.

5. Mortalidad infantil por peso al nacimiento

Cuadro 21

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN EDAD Y PESO AL NACIMIENTO. MENDOZA, 1985.

Peso Nacimiento	Neonatal	Postneonatal	Total
Hasta 1 Kg.	437,9	11,8	449,7
1,001-1,5	500,0	29,4	529,4
1,501-2	188,2	26,5	214,7
2,001-2,5	38,2	20,7	58,9
2,501-3	5,9	7,6	13,5
Más de 3	4,3	6,4	10,7
TOTAL	18,5	8,1	26,6

Fuente: Tabla 24 del Anexo D.

El Cuadro 21 muestra que a medida que es menor el peso al nacimiento, mayor es la mortalidad neonatal, la que presenta niveles muy elevados para los niños de menos de 2 kg. de peso al nacer. En el período postneonatal la mortalidad está menos influída por el peso al nacimiento, ya que la mayoría de los prematuros muy pequeños mueren en los primeros 27 días de vida; de todas maneras la relación inversa entre mortalidad infantil y peso al nacer también se da en la mortalidad postneonatal, aunque los niveles de riesgo son mucho más bajos. Tanto en la mortalidad neonatal como postneonatal se advierte una excepción a la tendencia dominante en la categoría de peso más bajo (hasta 1 kg. de peso), posiblemente por ser pequeño el número de casos.

6. Mortalidad infantil y parto múltiple

En los siete meses analizados sólo se han producido defunciones en ge-

melares, por lo que únicamente se estudiará esta variable como parto doble. Este tipo de parto es poco frecuente en la población y mucho más lo es el parto de más de dos niños.

Según el trabajo de la Dra. Manuela Palmero denominado Embarazo gemelar. Estudio descriptivo, realizado en el Hospital Lagomaggiore en 1983-84, la frecuencia de partos gemelares en nuestra provincia es de 0,8%; por lo tanto, nacen 16 gemelares cada 1.000 nacidos vivos lo que arroja una estimación de 272 gemelos en 16.980 nacidos vivos para el año 1985.

El Cuadro 22 nos informa la frecuencia absoluta de gemelares fallecidos en 1985 antes de cumplir su primer año de vida y su correspondiente tasa de mortalidad.

Cuadro 22

MORTALIDAD INFANTIL EN GEMELARES. MENDOZA, 1985.

	Gemelares fallecidos			Gemelares nacidos vivos
	1	2	Total	
Frec. absoluta	18	14	32	272
Tasa MI (por mil)	66,2	51,5	117,7	

La TMI en gemelares, es 4,4 veces superior a la de los niños nacidos de parto simple. Está muy relacionada con la prematuridad, bajo peso al nacer y en menor medida con la atención del parto. Dada su escasa frecuencia en la población, a pesar de que su riesgo de muerte es relativamente muy elevado, no se considera de importancia relevante en el estudio de la mortalidad infantil.

7. Relación de la mortalidad infantil con los factores biológicos y socioeconómicos considerados conjuntamente.

Al estudiar los factores biológicos y socioeconómicos en conjunto, las tendencias se hacen menos claras. Esto es así en parte porque el tamaño de la muestra no es suficiente como para permitir cruces de variables que contengan varias categorías.

El Cuadro 23 contiene las tasas de mortalidad infantil por nivel de instrucción de la madre y número de hijos nacidos vivos. Se observa que hasta el nivel de instrucción primario completo el valor más bajo de mortalidad es para el segundo hijo, y que la característica curva en U es más pronunciada cuanto menor es el nivel de instrucción materno. Algunas categorías, tales como las de madres analfabetas con 1, 2 y 5 y más hijos y las madres con secundaria o más y 5 y más hijos presentan valores distorsionados por haberse calculado con un reducido número de casos.

Cuadro 23

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE Y NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS. MENDOZA, 1985.

Instrucc. / N° Hijos	Analf.	1° incompl.	1° compl.	2° y más
1	100,0	38,3	24,2	12,3
2	50,0	22,7	16,4	25,0
3 - 4	116,7	39,7	27,2	17,5
5 y más	29,2	40,8	30,2	8,3

Fuente: Tablas 25 y 26 del Anexo D.

Cuadro 24

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Zona	Número de hijos			
	1	2	3-4	5 y más
Urbana	23,0	24,8	29,0	32,5
Rural	27,5	12,8	31,8	36,2

Fuente: Tablas 27 y 28 del Anexo D.

Al cruzar número de hijos nacidos vivos con zona de residencia se obtuvieron los resultados que se ven en el Cuadro 24. De ellos es interesante destacar que la tasa de mortalidad infantil aumenta con el orden del nacimiento en la zona urbana mientras que presenta un comportamiento en forma de U para la zona rural. En ambos casos, el riesgo más alto corresponde a los niños precedidos por al menos cuatro hermanos.

Cuadro 25

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD Y SITUACION CONYUGAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Edad	Situación conyugal			Total
	Soltera	Casada	Unión de hecho	
- 17 años	* 62,5	* 40,0	* 16,7	41,2
17-19	60,0	26,5	90,0	40,1
20-24	27,5	26,2	33,3	27,3
25-29	* 50,0	22,2	40,5	25,9
30-34	* 50,0	15,6	40,0	19,4
35-39	--	19,6	61,5	25,3
40 y más	--	29,4	* 70,0	35,4
TMI según sit.conyugal	38,3	22,3	45,2	26,6

* Menos de 10 defunciones.

Fuente: Tablas 12 y 13 del Anexo D.

Finalmente, en el Cuadro 25, en el que se combinan la situación conyugal yla edad de la madre, sólo se puede observar la característica forma en U, que refleja los mayores riesgos de los hijos de mujeres muy jóvenes o próximoas a la menopausia, entre las casadas. En los demás estados conyugales las tasas oscilan, y se hacen especialmente poco creíbles para los grupos de edad más joven. Esta falta de una tendencia clara, como ya decíamos, es probablemente resultado del número de casos con que se trabaja.

8. La mortalidad infantil según causas de muerte

A través del conocimiento de las causas de muerte, es posible detectar aproximadamente los diversos factores ambientales y socioeconómicos con mayor incidencia en la mortalidad infantil, las conclusiones extraídas sirven para diseñar programas de acción tendientes a reducir los niveles de mortalidad.

Al cruzar la variable causas de muerte con los determinantes biológicos y socioeconómicos, se pueden individualizar con mayor precisión los sectores de población expuestos a mayores y distintos tipos de riesgo.

En el Cuadro 26 se puede observar que aproximadamente el 70% de los muertos infantiles se producen en el período neonatal y lo más importante a tener en cuenta es que casi el 40% se deben a causas evitables o sea que pueden ser controladas haciendo uso de los conocimientos médicos y sanitarios disponibles en la actualidad.

El elevado porcentaje de defunciones postneonatales que tienen causas desconocidas, se debe a que constaban en los certificados de defunción, como "A determinar por laboratorio" y "a determinar por autopsia". No se pudo acceder a esta información, de ahí el abultado número de desconocidas. La mayoría de estos niños no tuvieron atención médica durante su última enfermedad.

Cuadro 26

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN EDAD Y CAUSA DE MUERTE. MENDOZA, 1985.

Causas	Distribución relativa (%)	TMI °/oooo
	NEONATAL	
Reducibles por:		
. Buen control de embar.	1,1	29,4
. Buena atención parto	7,1	188,5
. Diag. y trat. precoz	13,5	359,2
Otras reducibles	1,3	35,3
Parcialm. reducibles	32,1	853,2
No evitables	11,1	294,5
Desconocidas	1,3	35,3
Otras causas	2,0	53,0
SUB-TOTAL	69,5	1.849,2
	POSTNEONATAL	
Reducibles por:		
. Prevención	--	--
. Diag. y trat. precoz	3,1	82,4
Otras reducibles	13,7	365,1
Parcialmente reducibles	0,4	11,8
No evitables	7,1	188,5
Desconocidas	5,3	141,3
Otras causas	0,9	23,6
SUB-TOTAL	30,5	812,7
TOTAL	100,0	2.661,9

Fuente: Tabla 29 del Anexo D.

A continuación veremos la relación existente entre causas de muerte y las distintas variables analizadas anteriormente.

Las tasas de mortalidad neonatal por causas de muerte y estrato socio-ocupacional indican riesgos más elevados enel estrato B en todos los grupos de causas excepto "otras causas". Las mayores diferencias se manifiestan en las causas reducibles por buena atención del parto y por diagnóstico y tratamiento precoz. En ambos casos las tasas de mortalidad neonatal de niños de estrato socio-ocupacional B son más de tres veces superiores a las correspondientes del estrato A. Una situación similar se observa en el período post-neonatal (Cuadro 27).

Con respecto a causas de muerte y zona de residencia, la mortalidad neonatal por otras reducibles, parcialmente reducibles, no evitables y otras causas es menor en la zona rural que en la urbana. La mortalidad postneonatal rural es mayor que la urbana en todas las causas excepto las desconocidas u otras (Cuadro 27).

Vemos ya en este cuadro cómo se agravan los problemas provenientes del cruce de variables, ya que se observan celdas vacías o con un número de casos que no permite sacar conclusiones firmes. El problema es aún peor en los cuadros que siguen, por lo cual se los presentará a título ilustrativo y con los pocos comentarios a que den lugar.

Si analizamos causas de muerte según nivel de instrucción de la madre, vemos que los hijos de madres analfabetas tienen tasas de mortalidad altísimas en todas las causas neonatales (Cuadro 28). Las que muestran un descenso importante cuando el nivel de instrucción aumenta son las reducibles por buena atención del parto y por diagnóstico y tratamiento precoz y las otras reducibles. Aparentemente, las causas de muerte en el período postneonatal están más condicionadas por el nivel de instrucción materno. Así, en todos los grupos de causas para los que hay datos como para observar los distintos niveles de instrucción, se advierte una relación inversa entre dichos niveles y el de mortalidad.

Cuadro 27

TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL Y POSTNEONATAL POR CAUSA DE MUERTE, ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL Y ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Causas de muerte	Estrato		Zona	
	A	B	Urbana	Rural
		NEONATAL		
Reducibles por:				
. Buen control embar.	27,3*	31,1*	17,9*	51,5*
. Buena atención parto	82,0*	269,2	161,3	240,5
. Diag. y trat. precoz	136,6	528,0	349,5	378,0
Otras reducibles	27,3*	41,4*	44,8*	17,2*
Parcialm. reducibles	751,4	931,7	931,9	704,5
No evitables	218,6	352,0	340,5	206,2
Desconocidas	27,3*	41,4*	26,9*	51,5*
Otras causas	82,0*	31,1*	71,7*	17,2*
		POSTNEONATAL		
Reducibles por:				
. Prevención	--	--	--	--
. Diag. y trat. precoz	13,7*	134,6	62,7*	120,3*
Otras reducibles	41,0*	610,8	304,7	481,1
Parcialmente reducibles	--	20,7*	--	34,4*
No evitables	109,3*	248,4	161,3	240,5
Desconocidas	41,0*	217,4	152,3	120,3*
Otras causas	--	41,4*	26,9*	17,2*

Fuente: Tablas 14 y 29 del Anexo D.

*Calculado con menos de 10 defunciones.

Cuadro 28

TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL Y POSTNEONATAL SEGUN CAUSA DE MUERTE Y NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Causas	Nivel de instrucción				
	Analf.	1°incomp.	1°compl.	2° y más	Total
			NEONATAL		
Reducibles por:					
. Buen control embar.	200,0*	23,4*	23,8*	26,5*	29,4*
. Buena atención parto	1.200,0*	210,3*	154,4	105,8*	188,5
. Diag. y trat. precoz	1.000,0*	467,3	368,2	132,3*	359,2
Otras reducibles	--	46,7*	35,6*	26,5*	35,3*
Parcialm. reducibles	1.400,0*	841,1	855,1	793,7	853,9*
No evitables	--	443,9	213,8	343,9	294,5
Desconocidas	400,0*	46,7*	11,9*	26,5*	35,3*
Otras causas	--	46,7*	59,4*	52,9*	53,0*
Total	4.200,0	2.126,2	1.722,1	1.507,9	1.849,2
			POSTNEONATAL		
Reducibles por:					
. Prevención	--	--	--	--	--
. Diag. y trat. precoz	--	210,3*	47,5*	26,5*	82,4
Otras reducibles	1.000,0*	771,0	273,2	26,5*	365,1
Parcialmente reducibles	--	--	23,8*	--	11,8*
No evitables	400,0*	210,3*	190,0	132,8*	188,5
Desconocidas	400,0*	280,4	106,9*	26,5*	141,3
Otras causas	200,0*	23,4*	23,8*	--	23,6*
Total	2.000,0	1.495,3	665,1	211,6*	812,7

Fuente: Tablas 10 y 30 del Anexo D.

* Calculado con menos de 10 defunciones.

Cuando las causas de muerte son relacionadas con la edad de la madre observamos que la mortalidad neonatal por causas reducibles por control del embarazo y otras reducibles aumenta notoriamente en los hijos de madres de 40 años y más. Lo mismo ocurre con las reducibles por buena atención del parto, las que también muestran un aumento cuando la madre es menor de 17 años (Cuadro 29). En el período postneonatal se observa el mismo fenómeno: mientras más joven o de mayor edad es la madre -es decir, en los extremos de la variable edad- mayores son las tasas de mortalidad según todas las causas.

Las causas de mortalidad neonatal presentan tasas más bajas para el segundo hijo, excepto las parcialmente reducibles y las desconocidas, donde los valores varían poco. Por otro lado, las no evitables tienen su valor más bajo entre los hijos de las mujeres de paridez 5 y más. En el período postneonatal también los valores menores son para el segundo hijo, excepto para las causas desconocidas, en que el primer y segundo hijo tienen riesgos de muerte similares (Cuadro 30). Estos comentarios, volvemos a repetirlo, están muy condicionados por el pequeño número de casos en las celdas.

Cuando vemos el Cuadro 31, que relaciona peso al nacimiento y causas de muerte neonatales, enseguida nos asombran las tasas de mortalidad neonatal de niños de hasta 1.500 grms. por causas de muerte parcialmente reducibles y, en menor medida, las reducibles por buena atención del parto y, por diagnóstico y tratamiento precoz y las no evitables. Para los niños con peso al nacer entre 1.500 y 2.000 grms., las causas de muerte más sobresalientes son las reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz, parcialmente reducibles, no evitables y reducibles por buena atención del parto. En la categoría de 2.000 a 2.500 grms. las no evitables son las más importantes, seguidas de las reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz y las parcialmente reducibles. En la categoría siguiente las no evitables son las más importantes junto con las reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz. Finalmente, entre los niños con más de 3 Kg. de peso al nacer se destacan las reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz, seguidas de las reducibles por buena atención del parto y las no evitables.

Cuadro 29

TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL Y POSTNEONATAL SEGUN CAUSA DE MUERTE Y EDAD DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Causas	Edad						
	-17 a.	17-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 y más
				NEONATAL			
Reducibles por:							
. Buen control embar.	--	--	20,5*	21,7*	28,1*	58,8*	208,3*
. Buena atención parto	294,1*	211,3*	61,5*	282,6	84,3*	352,9*	625,0*
. Diag. y trat. precoz	294,1*	915,5	307,4	326,1	196,6*	352,9*	833,3*
Otras reducibles	--	70,4*	41,0*	43,5*	--	--	208,3*
Parcialm. reducibles	1.764,7*	1.478,9	922,1	782,6	674,2	588,2	625,0*
No evitables	294,1*	352,1	368,9	130,4*	280,9	470,6*	416,7*
Desconocidas	--	--	41,0*	65,2*	28,1*	--	--
Otras causas	--	70,4*	--	108,7*	84,3*	--	--
				POSTNEONATAL			
Reducibles por:							
. Prevención	--	--	--	--	--	--	--
. Diag. y trat. precoz	--	--	143,4*	87,0*	28,1*	58,9*	208,3*
Otras reducibles	1.176,5*	281,7*	368,9	413,0	280,9	411,8*	--
Parcialm. reducibles	--	140,8*	--	--	--	--	--
No evitables	294,1*	211,3*	225,4	173,9*	140,4*	176,5*	208,3*
Desconocidas	--	211,3*	204,9	152,2*	84,3*	--	208,3*
Otras causas	--	70,4*	20,5*	--	28,1*	58,9*	--

Fuente: Tablas 20 y 31 del Anexo D.

* Calculadas con menos de 10 defunciones.

Cuadro 30

TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL Y POSTNEONATAL SEGUN CAUSA DE MUERTE Y NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS. MENDOZA, 1985.

Causas	Número de hijos			
	1	2	3-4	5 y más
		NEONATAL		
Reducibles por:				
. Buen control embar.	--	--	73,0*	41,3*
. Buena atención parto	140,6*	97,6*	255,5	289,3*
. Diag. y trat. precoz	401,6	268,3	292,0	578,5
Otras reducibles	20,1*	--	54,7*	82,6*
Parcialm. reducibles	863,5	878,0	839,4	826,4
No evitables	301,2	292,7	365,0	124,0*
Desconocidas	20,1*	48,8*	36,5*	41,3*
Otras causas	80,3*	24,4*	36,5*	82,6*
		POSTNEONATAL		
Reducibles por:				
. Prevención	--	--	--	--
. Diag. y trat. precoz	--	48,9*	127,7*	206,6*
Otras reducibles	281,1	170,7*	401,5	785,1
Parcialm. reducibles	20,1*	--	18,2*	--
No evitables	160,6*	97,6*	273,7	206,6*
Desconocidas	120,5*	122,0*	182,5	124,0*
Otras causas	20,1*	--	36,5*	41,3*

Fuente: Tablas 22 y 32 del Anexo D.

* Calculado con menos de 10 defunciones.

Cuadro 31

TASAS DE MORTALIDAD NEONATALY POSTNEONATAL SEGUN CAUSAS DE MUERTE Y PESO AL NACIMIENTO. MENDOZA, 1985.

Causas	Peso al nacimiento					
	Hasta 1 kg.	1,001-1,5	1,501-2	2,001-2,5	2,501-3	Mas de 3 kg.
			NEONATAL			
Reducibles por:						
. Buen control embar.	--	735,3*	588,2*	109,0*	--	8,9*
. Buena atencion parto	--	6.617,6*	1.470,6*	327,2*	95,0*	98,2
. Diag. y trat. precoz	591,7*	6.617,6*	6.176,5	763,4*	190,0*	133,8*
Otras reducibles	--	--	294,1*	109,0*	47,5*	17,8*
Parcialm. reducibles	42.603,6	32.352,9	5.588,2	654,3*	23,7*	26,8*
No evitables	591 *	2.205,9*	4.117,6	1.526,7	190,0*	89,2
Desconocidas	--	--	294,1*	327,2*	23,7*	8,9*
Otras causas	--	1.470,6*	294,1*	--	23,7*	44,6*
Total neonatal	43.787,0	50.000,0	18.823,5	3.816,8	593,7	428,3
			POSTNEONATAL			
Reducibles por:						
. Prevención	--	--	--	--	--	--
. Diag. y trat. precoz	591,7*	--	588,2*	436,2*	71,2*	35,7*
Otras reducibles	591,7*	735,3*	1.470,6*	545,2*	380,0	303,4
Parcialm. reducibles	--	735,3*	--	109,1*	--	--
No evitables	--	735,3*	294,1*	872,4*	118,7*	151,7
Desconocidas	--	--	294,1*	109,1*	190,0*	124,9
Otras causas	--	735,3*	--	--	--	26,8*
Total postneonatal	1.183,4	2.941,2	2.647,0	2.072,0	759,9	642,5

Fuente: Tablas 24 y 33 del Anexo D.

* Calculadas con menos de 10 defunciones.

Los niños de muy bajo peso al nacimiento difícilmente llegan a la edad postneonatal y los que lo hacen y fallecen durante ese período tienen una distribución de causas de muerte (Cuadro 31) muy artificial, debido a los pocos casos con que se calculan las tasas. Entre los niños de 1.500 a 2.000 grms. las causas más frecuentes son las reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz, al igual que entre los niños de 2.500 grms. y más. En la categoría de 2.000 a 2.500 grms. las causas más importantes son las no evitables y entre los de 2.500 a 3.000 grms. las otras reducibles.

CAPITULO V. RESUMEN Y CONCLUSIONES

La mortalidad infantil en el lapso comprendido entre 1976 y 1981, tiene una tendencia descendente que conduce a una reducción del 45,3% en los seis años. Discriminando la mortalidad infantil en los períodos neonatal y postneonatal, la tendencia descendente en el neonatal es suave comparada con la del postneonatal; la reducción de las tasas de mortalidad neonatal y postneonatal en el mismo período es de 28,5% y 62,4%, respectivamente. Eso se produce porque es relativamente más fácil controlar la mortalidad postneonatal ya que se debe principalmente a factores exógenos.

Los departamentos que tienen tasas de mortalidad infantil más elevadas, son Santa Rosa, La Paz y Tunuyán y los de menor tasa, corresponden al "Gran Mendoza" (Capital, Guaymallén, Godoy Cruz, Las Heras y Maipú). En todos, excepto Santa Rosa, se registra un descenso de la mortalidad infantil durante el período.

Las causas de muerte más frecuentes en el grupo de edad neonatal son las parcialmente reducibles; le siguen las reducibles por buena atención del parto y reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz. Las tasas de mortalidad por causas no evitables son más o menos constantes durante todo el período.

En el postneonatal las tasas más elevadas corresponden a otras reducibles, le siguen las reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz y no evitables. Las dos primeras han disminuído significativamente junto con las reducibles por prevención y las parcialmente reducibles.

En el lapso comprendido entre enero y julio de 1985, se estudió la influencia de factores biológicos y socioeconómicos sobre la mortalidad infantil.

Los siguientes son los resultados más notables:

1) A menor instrucción de la madre, mayor mortalidad infantil.

2) Los estratos socio-ocupacionales bajos presentan mayor riesgo de muerte

de menores de un año, respecto a los estratos medios y altos.

3) La mortalidad infantil en las zonas urbana y rural no presenta diferencia, probablemente por el aumento brusco de población en las ciudades, provenientes del campo, que genera asentamientos poblacionales provisorios y marginados.

4) Las madres muy jóvenes (menores de 20 años) y las añosas (40 años y más), presentan las tasas de mortalidad infantil más elevadas, conformando la relación entre edad de la madre y mortalidad infantil una curva en forma de "U".

5) Las TMI según el número de hijos nacidos vivos, forman también una curva en "U", pues los que tienen menor probabilidad de morir son los segundos hijos, aumenta un poco en el primer hijo y el riesgo se incrementa a partir de los terceros hijos y más.

6) La mortalidad neonatal es 2,3 veces superior a la postneonatal.

7) La mortalidad infantil por causas de muerte presenta el mismo patrón de causas que las del período 1976-81; aproximadamente el 70% de las muertes infantiles se producen en la época neonatal y lo más importante es que el 40% de muertes infantiles se debe a causas evitables, o sea que pueden ser controladas haciendo uso de los conocimientos médicos y sanitarios disponibles.

A N E X O A

PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA OBTENER INFORMACION DE LOS CERTIFICADOS DE NACIMIENTO Y DEFUNCION DE MENORES DE UN AÑO

Ante la imposibilidad de realizar el pareo de certificados de nacimiento y defunciones de un año completo (1984), se decidió utilizar la información de los nuevos certificados de defunción que comenzaron a utilizarse en la provincia de Mendoza a partir de 1985, encontrándose disponibles para su análisis los primeros siete meses del año. Respecto de los certificados de nacimiento, se procedió a hacer un muestreo aleatorio con repartición proporcional del 5%.

1. Universo de los certificados de defunción.

Se delimitó el universo de los certificados de defunción a los correspondientes de los menores de un año, nativos de la provincia de Mendoza y fallecidos dentro de los límites provinciales durante enero a julio de 1985. Para obtener dicho universo fue necesario:

a) Tomar la edad declarada como base para esta selección.

b) Eliminar los certificados de menores de un año no nativos de la provincia de Mendoza.

c) No se pudo realizar ningún otro procedimiento para incorporar certificados tardíamente declarados, porque hasta el momento del procesamiento sólo habían sido enviados a Bioestadística, procedentes de los distintos registros civiles, los certificados anotados hasta julio de 1985.

Por medio de los pasos descriptos se conformó un universo de 452 certificados de defunción de menores de un año, siendo posible que se hayan omitido algunos certificados por declaración tardía.

2. Universo de los certificados de nacimiento

a) Los certificados de nacimiento se encontraban archivados sin orden, por lo cual se procedió a ordenarlos por mes de nacimiento y departamento.

b) Se descartaron los certificados de niños nacidos en la provincia pero

con padres no residentes habituales en ella y las inscripciones judiciales.

c) Se realizó el muestreo del 5%, correspondiendo 849 certificados sobre un total de 16.977 certificados de nacimiento.

3. Procesamiento

Las tareas de procesamiento fueron realizadas por la autora en forma manual. No se hizo el pareo de certificados en razón de que los certificados de defunción contenían los datos necesarios y que el tiempo que insumiría el ordenar los certificados de nacimiento, justificaba realizar repartición proporcional de los datos desconocidos.

Extraída la información y codificada, se procedió a los cálculos estadísticos, también en forma manual.

A N E X O B

CRITERIOS EMPLEADOS PARA LA ESTRATIFICACION DE LA POBLACION

La información obtenida de los certificados de defunción, sólo permite alcanzar una aproximación a la clasificación de los individuos por estrato socio-ocupacional. Las principales variables utilizadas fueron la profesión u ocupación habitual del padre y/o de la madre y el nivel de instrucción de los mismos. Een los casos difíciles de clasificar, se utilizaron, el domicilio habitual, la filiación del niño fallecido y la situación conyugal de la madre.

Deseo dejar constancia que muchos de los certificados de defunción estaban llenados en forma parcial y en algunos casos sólo constaba el nombre del niño, la fecha de nacimiento, de defunción y las causas de muerte, lo que me motivó a comunicarme con algunos profesionales firmantes, conocidos por mí. En algunos casos referían que "el certificado de defunción es un trámite burocrático más con determinada finalidad, que no tiene objeto llenarlos con datos que no interesan al caso". En otros casos se trataba de niños abandonados, generalmente prematuros con menos de 2.000 gramos, internados en el servicio de neonatología del Hospital Lagomaggiore, único nosocomio que cuenta con terapia intensiva neonatal. Los padres de estos niños, al enterarse que sus hijos tienen pocas probabilidades de vivir, no vuelven por ellos, privándolos del afecto que tal vez haría la diferencia entre la vida y la muerte. A la mayoría de estos niños se los incluyó enla clase social baja, en virtud de carecer de todos los datos socioeconómicos y de estar el Hospital Lagomaggiore al servicio de las personas menos pudientes.

La"categoría ocupacional", que expresa la relación de dependencia en el trabajo (obrero, empleado, cuenta propia, etc.), permite apuntar a la contratación de trabajo asalariado y por lo tanto, con algunas salvedades, a la propiedad de capital; de este modo constituye la variable principal en la diferenciación de grupos socioeconómicos. La "rama de actividad" que alude a la actividad principal del establecimiento en que trabaja el individuo (agropecuario, industria manufacturera, etc.), permite básicamente diferenciar fracciones dentro de los grupos sociales. La variable "grupo de

ocupación", apunta a clasificar a los individuos según la tarea principal que realizan en el interior del establecimiento (profesionales y técnicos, directores y funcionarios públicos superiores, etc.), lo que posibilita diferenciar al sector directivo del resto de los asalariados. Los estratos sociales fueron entonces constituídos de la siguiente manera:

Se separaron los datos por sectores de actividad.

Primario. Gran División 1 y 2.

Secundario. Gran División 3, 4 y 5.

Terciario. Gran División 6, 7, 8 y 9.

Se excluyó la Gran División 0, actividad no bien especificada, ya que distribuirla proporcionalmente según el peso relativo de las restantes ramas en cada categoría, no modifica la estructura global.

Los estratos medios y altos para cada uno de los sectores de actividad definidos más arriba se construyeron combinando los grupos de ocupación según categoría ocupacional de la siguiente forma:

Empleado u obrero: Abarca desde el grupo 1 al 7 inclusive.

Cuenta propia: Grupo 1 a 7 inclusive.

Patrón o socio: Todos los grupos de ocupación.

Familiar sin remuneración: Grupos 1 y 2.

Los estratos sociales bajos se construyeron con:

Empleado u obrero: Grupos 8 a 11.

Cuenta propia: Grupos 8 a 11.

Familiar sin remuneración: Grupos 3 a 11.

Con respecto al contenido de los grupos de ocupación y de las grandes divisiones de la rama de actividad económica, las categorías usadas aquí son las de la OIT y el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1980 y que pueden consultarse, entre otros lugares, en ARGENTINA, INDEC (s.f.).

A N E X O C

CLASIFICACION DE LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA INVESTIGACION ESPECIAL DE 1985

La información sobre causas de muerte que se presenta a continuación, fue elaborada por la Dirección de Estadísticas de Salud con la colaboración de la Dirección de Maternidad e Infancia de la Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, a partir de los datos suministrados por el Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Los criterios de agrupamiento en que se basan las tabulaciones, fueron discutidos y acordados en reuniones de trabajo en las que participaron la Dra. Erika Taucher consultora de O.P.S., O.M.S., y los Dres. Luis Prudent, Omar Althabe y Pedro Zarraqueta.

El objetivo de este agrupamiento es promover el uso de los datos de mortalidad para orientar las acciones sectoriales en el área materno-infantil en función de determinados riesgos: en el nivel nacional para la planificación y normatización en dicha área, y en el nivel local para la programación de actividades y servicios.

Los criterios se refieren a "evitabilidad de las defunciones debidas a causas reducibles",entre otras acciones, por las desarrolladas en un servicio de salud y fueron definidos tomando como base la lista detallada de la Clasificación Internacional de Enfermedades, C.I.E. 9a. revisión.

Los agrupamientos seleccionados para defunciones neonatales (menores de 28 días), son los siguientes:

Reducibles por buen control del embarazo.

Reducibles por buena atención en el parto.

Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz.

Otras reducibles:

Parcialmente reducibles por buen control del embarazo.

No evitables.

Desconocidas.

Otras causas.

Para las defunciones postneonatales (de 28 días a 11 meses), se consideran los siguientes agrupamientos:

Reducibles por prevención.

Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz.

Otras reducibles:

No evitables.

Desconocidas.

Otras causas.

A continuación se presenta la codificación utilizada en la clasificación de ambos grupos de edades:

1. DEFUNCIONES NEONATALES (Menores de 28 días).

	Código CIE 9a.
1.1.- Reducibles por buen control del embarazo	
Sífilis congénita	090
Enfermedades de la madres	760
Enfermedad hemolítica del recién nacido ...	773
Tétanos	037 y 771.3
1.2.- Reducibles por buena atención del parto.	
Feto o recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical o de las membranas (1)	762
Feto o recién nacido afectado por otras complicaciones del trabajo o del parto	763
Trastornos relacionados con la duración prolongada de la gestación y con el peso elevado al nacer	766
Traumatismo del nacimiento	767
Hipoxia intrauterina y asfixia al nacer	768
Infecciones propias del período perinatal...	771 (excepto 771.3 y 771.8)

---

(1) Incluye placenta previa (762) que originariamente se asignó al grupo de reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz, y afecciones de la placenta y del cordón umbilical (762.1-762.3), ubicada originariamente al grupo no evitables. Las frecuencias de las mencionadas subcategorías (762.0-762.1 y 762) son muy bajas, por lo cual las tasas de esos grupos no resultan prácticamente afectadas.

1.3.- Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz

Septicemia	771.8
Enfermedades del aparato digestivo	520-579
Otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido (2)	770
Hemorragia fetal y neonatal (3)	772
Otras formas de ictericia perinatal	774
Trastornos perinatales del aparato digestivo ...	777
Otras reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz	680-709,775, 776,778

1.4.- Otras reducibles

Enfermedades infeccionas intestinales y trastornos hidrosalinos	001-009,276
Enfermedades del aparato respiratorio	460-519
Causas externas de traumatismo y envenenamientos	E800-E999

1.5.- Parcialmente reducibles

Deficiencias de la nutrición	260-269
Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal ...	764
Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	765
Síndrome de dificultad respiratoria	769

1.6.- No evitables

Tumores	140-239

---

(2) Incluye la subcategoría 770.1: síndrome de aspiración masiva, que debería incluirse en reducibles por buena atención del parto. Sin embargo, dado que su frecuencia es baja, y con el fin de evitar el uso del 4º dígito, se trabaja con la categoría 770 completa.

(3) Incluye la subcategoría 772,0: pérdida de sangre fetal, la que debería incluirse en el grupo de reducibles por buena atención del parto.

Enfermedades del aparato circulatorio 390-459

Anomalías congénitas 740-759

1.7.- Desconocidas

Otras afecciones y las mal definidas que se originan en el período perinatal 779

Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos 780-796,799

Síndrome de la muerte súbita del lactante 798

1.8.- Otras causas

Resto de las causas .....

2. DEFUNCIONES DE 28 DIAS A 11 MESES.

2.1.- Reducibles por prevención

Difteria 032

Tos ferina 033

Sarampión 055

Sífilis congénita 090

2.2.- Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz

Septicemia 038

Meningitis 036,320

Enfermedades del aparato digestivo 520-579

Enfermedades del aparato génito urinario 580-629

Otras reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz 345,380-384, 680-709

2.3.- Otras reducibles

Diarreas y hepatitis 001-009,070

Trastornos electrolíticos 276

Respiratorias 460-519

Accidentes 800-999

2.4.- Parcialmente reducibles

Deficiencias de la nutrición	260-269
Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal ...	764
Duración corta de la gestación y peso bajo al nacer	765

2.5.- No evitables

Varicela	052
Tumores	140-239
Enfermedades del aparato circulatorio	390-459
Anomalías congénitas	740-759
Otras no evitables	254,255,258, 259,343

2.6.- Desconocidas

Otras afecciones y deficiencias por causas desconocidas	779
Síntomas y estados mal definidos	780-796 y 799
Muerte súbita	798

2.7.- Otras causas

No incluídas en los códigos anteriores.

ANEXO D

TABLAS DE REFERENCIA

Tabla 1

MENDOZA. HOSPITALES POR ZONAS CON INDICACION DE LOS RECURSOS EN PEDIATRIA. 1985.

Hospital	N° de camas pediátricas	Serv.Pediatría	Med. Rent.	Resid.	Concurrentes	Total Prof. (3)
Central (1)	---	---	---	---	---	---
		ZONA I				
E. Civit	40	Cirugía	8	4	2	14
	40	Clínica	7	6	20	33
	70	Lactantes	13	6	19	38
	4	Terapia inten.	8	--	3	11
		Consult.externo	3	--	Con.dist.serv.	3
		Alergia	2	--	2	4
		Anestesia	1	--	--	1
		Radiología	1	--	--	1
		Neurocirugía	1	--	--	1
		Cardiología	2	--	2	4
		ORL	1	--	--	1
		Odontología	2	--	2	4
		Hematología	1	--	--	1
		Hemoterapia	1	--	--	1
		Psiquiatría	3	--	4	7
		Dermatología	1	--	4	5
		Guardia	21	--	4	25
		Neonatología	--	3	14	17
		Gastroentero-logía	--	--	4	4
		Nefrología	--	--	1	1
Lagomaggiore (2)	50	Neonatología	22	3 (pases)	14 (pases) 3	25
Lencinas	--	Infectología pediátrica	5	--	--	5
Gailhac	--	Pediatría gral.	2	--	--	2
Sicoli	11	Consult.externo	6	--	--	6
		Guardia	6	--	--	6
Carlos Pereyra (4)	--	--	--	--	--	--

Tabla 1 (Continuación)

El Sauce (4)	--	--	--	--	--	--
Fleming	s/d.	s/d.	s/d.	--	--	s/d.
El Carmen	s/d.	s/d.	s/d.	--	--	s/d.
Ferroviario	s/d.	s/d.	s/d.	s/d.	--	s/d.
TOTAL ZONA I	215	--	119	16	85	220
		ZONA II				
Metraux	8	Pediatría gral.	3	--	1	4
Paroissiens	23	Pediatría gral.	4	--	4	8
E.Bustos	2 7	Neonatología Pediatría gral.	1	--	--	1
C.Ponce	7 27	Neonatología Pediatría gral.	4	--	--	4
G. Las Heras	12	Pediatría	--	--	6	6
TOTAL ZONA II	86	----	12	--	11	23
		ZONA III				
Rural La Paz	4	Pediatría	2	--	--	2
Saporiti	18	Pediatría	5	--	1	6
Reg.San Martín (A. Perrupato)	14 50	Neonatología Pediatría	6	--	--	6
TOTAL ZONA III	86	----	13	--	1	14

Tabla 1 (Continuación)

			ZONA IV			
Reg.Gral.	24	Neonatología	2	--	--	2
Alvear	37	Pediatría	3	--	--	3
Reg. Malargüe	14	Pediatría	3	--	--	3
Jaime Prats	--	Pediatría	1	--	--	1
Schestakow	25	Neonatología	3	--	2	5
	52	Pediatría	7	--	--	7
	3	Cirug.Infant.	--	--	--	--
	3	Traum.Infant.	--	--	--	--
Ferroviario S. Rafael	s/d.	s/d.	s/d.	--	--	s/d.
TOTAL ZONA IV	158	----	19	--	2	21
TOTAL GENERAL	545	----	163	16	99	278

Fuente: Datos suministrados por la Dirección de Planificación y Control, marzo 1985.

Notas: (1) Hospital general que atiende niños ocasionalmente.

(2) El Hospital Lagomaggiore recibe 3 residentes y 14 concurrentes en pase por Neonatología que se contabilizan en el Hospital Emilio Civit.

(3) Los médicos de planta cumplen 24 horas semanales de trabajo, los concurrentes al menos 12 y los residentes al menos 48.

(4) Los hospitales C. Pereyra y El Sauce son neuropsiquiátricos que atienden niños ocasionalmente.

Tabla 2

CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE MENDOZA SEGUN AREA. POR DEPARTAMENTO Y ZONA SANITARIA. C. 1984

Departamentos y zona sanitaria	AREA							
	Urbana		Suburbana		Rural		Total	
	N°Centros	%	N°	%	N°	%	N°	%
Capital	2	8,7	-	-	-	-	2	1,5
Godoy Cruz	7	30,4	-	-	-	-	7	5,2
Guaymallén	6	26,1	6	18,8	-	-	12	8,8
Las Heras	4	17,4	2	6,3	5	6,2	11	8,1
Lavalle	-	-	1	3,1	13	16,1	14	10,3
SUB -TOTAL ZONA I	19	82,6	9	28,2	18	22,3	46	33,9
Luján	-	-	3	9,4	5	6,2	8	5,9
Maipú	1	4,4	6	18,8	4	4,9	11	8,1
Tunuyán	-	-	1	3,1	3	3,7	4	2,9
Tupungato	-	-	1	3,1	3	3,7	4	2,9
San Carlos	-	-	2	6,2	4	4,9	6	4,4
SUB-TOTAL ZONA II	1	4,4	13	40,6	19	23,4	33	24,2
San Martín	1	4,4	3	9,4	8	9,9	12	8,8
Junín	-	-	1	3,1	4	4,9	5	3,7
Rivadavia	-	-	1	3,1	5	6,2	6	4,4
Santa Rosa	-	-	1	3,1	3	3,7	4	2,9
La Paz	-	-	-	-	1	1,2	1	0,7
SUB-TOTAL ZONA III	1	4,4	6	18,7	21	25,9	28	20,5
San Rafael	-	-	3	9,4	12	14,8	16	11,0
Gral. Alvear	1	4,3	1	3,1	5	6,2	7	5,2
Malargüe	1	4,3	-	-	6	7,4	7	5,2
SUB-TOTAL ZONA IV	2	8,6	4	12,5	23	28,4	29	21,4
TOTAL	23	100,0	32	100,0	81	100,0	137	100,0

Fuente: Datos suministrados por la Dirección de Planificación y Control de Mendoza. Diciembre 1984.

Tabla 3

NACIDOS VIVOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA DE LA MADRE Y POR SEXO. MENDOZA, 1976-1981.

Departamento	1976	1977	1978	1979	1980	1981
TOTAL	30.749	31.480	31.428	32.275	32.398	32.368
Capital	3.101	2.889	2.787	2.711	2.689	2.622
Gral.Alvear	1.055	1.096	1.153	1.162	1.134	1.165
Godoy Cruz	3.289	3.306	3.266	3.324	3.402	3.463
Guaymallén	4.483	4.562	4.479	4.745	4.633	4.855
Junín	788	831	749	1.033	875	777
La Paz	213	226	246	226	194	195
Las Heras	2.873	2.991	2.949	3.098	3.078	3.107
Lavalle	709	712	797	516	810	809
Luján	1.582	1.576	1.577	1.678	1.782	1.748
Maipú	2.420	2.541	2.643	2.582	2.657	2.687
Malargüe	423	454	475	484	551	550
Rivadavia	1.239	1.143	1.164	1.227	1.231	1.262
San Carlos	615	730	704	613	615	647
San Martín	2.307	2.373	2.291	2.808	2.462	2.395
San Rafael	3.912	4.184	4.258	4.422	4.309	4.208
Santa Rosa	348	427	397	290	421	356
Tunuyán	959	949	998	936	1.069	1.036
Tupungato	430	490	456	420	486	486
SEXO						
Varones	15.745	16.119	16.093	16.526	16.555	16.787
Mujeres	15.004	15.361	15.335	15.749	15.843	15.581

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Tabla 8 (1976-1979) y Tabla 1 (1980-1981) y CENEP, estimaciones inéditas.

Tabla 4

DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO POR EDAD Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA DE LA MADRE. MENDOZA, 1976-1981.

Departamentos	1976			1977			1978			1979			1980			1981		
	Neo.	Post.	Total	Neo.	Post.	Total	Neo.	Post.	Total	Neo.	Post.	Total	Neo.	Post.	Total	Neo.	Post.	Total
Total	723	738	1.461	757	576	1.333	738	497	1.235	668	497	1.165	652	377	1.029	543	298	841
Capital	61	52	113	78	46	124	52	29	81	54	29	83	39	19	58	32	17	49
Gral. Alvear	44	19	63	40	18	58	50	35	85	24	24	48	37	6	43	21	14	35
Godoy Cruz	59	47	106	57	31	88	53	32	85	52	28	80	41	24	65	51	17	68
Guaymallén	76	90	166	76	70	146	87	53	140	74	48	122	87	35	122	66	35	101
Junín	20	34	54	23	25	48	26	15	41	19	13	32	18	13	31	15	8	23
La Paz	5	10	15	5	8	13	1	5	6	10	10	20	4	1	5	4	4	8
Las Heras	68	78	146	70	41	111	67	44	111	53	40	93	60	38	98	49	25	74
Lavalle	12	21	33	18	26	44	19	20	39	15	20	35	15	23	38	9	18	27
Luján	41	41	82	49	20	69	28	28	56	30	35	65	33	20	53	27	23	50
Maipú	56	60	116	63	43	106	62	35	97	58	38	96	52	20	72	42	23	65
Malargüe	27	16	43	14	2	16	13	6	19	15	5	20	16	12	28	12	4	16
Rivadavia	48	34	82	34	21	55	44	26	70	37	22	59	26	22	48	27	16	43
San Carlos	20	21	41	27	22	49	26	17	43	17	16	33	16	15	31	12	8	20
San Martín	71	76	147	70	47	117	66	47	113	75	52	127	61	42	103	52	22	74
San Rafael	87	91	178	94	93	187	97	64	161	90	65	155	98	53	151	78	38	116
Santa Rosa	7	13	20	13	10	23	12	6	18	10	8	18	12	7	19	17	4	21
Tunuyán	12	30	42	18	32	50	22	22	44	27	24	51	32	19	51	21	19	40
Tupungato	9	5	14	8	21	29	13	13	26	8	20	28	5	8	13	8	3	11

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Tabla 23 (1976-1979) y Tabla 16 (1980-1981) y CENEP, estimaciones inéditas.

Tabla 5

DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO POR EDAD Y SEXO. MENDOZA, 1976-1981.

Edad	1976	1977	1978	1979	1980	1981
			AMBOS SEXOS			
Menos 1 día	300	360	353	294	272	249
1-6 días	270	262	278	247	239	207
7-27 días	153	135	107	127	141	87
28 d.-11 meses	738	576	497	497	377	298
Total menos 28 días	723	757	738	668	652	543
Total 28 días-11 meses	738	576	497	497	377	298
Total menos 1 año	1.461	1.333	1.235	1.165	1.029	841
			VARONES			
Menos 1 día	168	200	192	170	156	147
1-6 días	165	140	155	148	123	117
7-27 días	92	66	64	64	77	54
28 d.-11 meses	412	317	268	286	221	155
Total menos 28 días	425	406	411	382	356	318
Total 28 días-11 meses	412	317	268	286	221	155
Total menos 1 año	837	723	679	668	577	473
			MUJERES			
Menos 1 día	131	159	161	123	116	102
1-6 días	106	122	122	99	116	90
7-27 días	62	69	43	64	64	33
28 d.-11 meses	325	260	230	211	156	143
Total menos 28 días	299	350	326	286	296	225
Total menos 1 año	624	610	556	497	452	368

Fuente: P.N.E.S., Tabla N° 23 (1976-1979) y Tabla N° 16 (1980-1981) y CENEP, estimaciones inéditas.

Tabla 6

INDICE DE VARIACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL, POR SEXO. MENDOZA, 1976-1981.

	1976	1977	1978	1979	1980	1981
			AMBOS SEXOS			
Infantil	100,0	89,1	82,7	76,0	66,9	54,7
Neonatal	100,0	102,1	100,0	88,1	86,0	71,5
Postneonatal	100,0	76,2	65,8	64,2	48,3	38,3
			VARONES			
Infantil	100,0	84,4	79,3	75,9	65,4	53,0
Neonatal	100,0	93,3	94,4	85,6	80,0	70,4
Postneonatal	100,0	75,2	63,7	66,0	50,4	35,1
			MUJERES			
Infantil	100,0	95,4	87,3	76,0	68,5	56,7
Neonatal	100,0	114,6	107,0	91,5	94,0	72,4
Postneonatal	100,0	77,9	69,1	61,8	45,2	42,4

Fuente: Cuadro 7.

$$\text{Indice } (1976 = 100) = \frac{TM_i^t}{TM_i^{1976}} \times 100$$

i = infantil, neonatal, postneonatal

$1976 \leq t \leq 1981$

Tabla 7

RELACION ENTRE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL DE CADA DEPARTAMENTO Y LAS CORRESPONDIENTES DE LA PROVINCIA. MENDOZA, 1976-1981.

Departamentos	INFANTIL						NEONATAL						POSTNEONATAL					
	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1976	1977	1978	1979	1980	1981
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Capital	76,0	101,4	74,8	84,8	67,9	70,4	83,8	112,5	79,6	96,1	72,1	72,6	70,0	86,9	65,8	69,5	60,7	70,7
Gral. Alvear	125,7	127,2	187,5	116,9	119,2	115,4	177,4	152,1	184,7	99,5	162,2	107,1	75,0	89,6	191,8	133,8	45,3	130,4
Godoy Cruz	68,4	62,9	66,9	65,9	60,1	75,4	76,2	71,7	68,9	75,4	59,7	87,5	59,6	51,4	62,0	54,5	60,7	53,3
Guaymallen	77,5	75,2	79,4	70,6	82,7	80,0	71,9	69,6	82,6	75,4	93,5	81,0	83,7	83,6	74,7	65,6	64,1	78,3
Junín	144,2	136,6	139,2	83,1	111,3	118,8	108,1	115,4	147,7	88,9	102,5	114,9	179,6	164,5	126,6	81,8	126,5	112,0
La Paz	158,1	135,9	62,1	245,2	81,1	157,7	100,0	92,1	17,4	213,5	102,5	122,0	195,4	193,4	128,5	287,0	44,4	222,8
Las Heras	106,9	87,7	94,9	83,1	100,0	91,5	100,9	97,5	96,6	82,6	97,0	94,0	112,9	74,9	94,3	83,8	105,1	87,0
Lavalle	94,9	146,1	127,7	187,8	147,5	128,5	71,9	105,4	101,3	140,6	92,0	66,1	123,3	199,5	158,9	251,9	242,7	241,3
Luján	109,1	101,9	90,3	107,2	93,4	112,3	110,2	129,6	75,3	86,5	92,0	91,7	107,9	69,4	112,0	135,7	95,7	143,5
Maipú	100,0	99,5	94,4	103,0	85,2	93,1	98,3	103,3	100,0	108,7	97,5	92,9	103,3	92,3	83,5	95,5	64,1	93,5
Malargüe	218,9	88,4	96,4	120,2	159,7	105,0	271,5	128,3	116,6	149,8	144,3	129,8	157,5	24,0	79,7	66,9	186,3	79,3
Rivadavia	139,4	113,7	150,9	135,5	122,6	131,2	164,7	123,7	160,9	145,4	105,0	127,4	114,2	100,5	141,1	116,2	153,0	138,0
San Carlos	140,4	158,6	151,9	153,7	158,5	113,1	138,3	154,2	157,0	133,8	129,4	110,1	142,1	164,5	152,5	169,5	208,5	134,8
San Martín	134,9	116,5	124,4	125,2	131,4	118,8	131,1	122,9	122,6	129,0	123,4	129,2	137,1	108,2	129,7	120,1	145,3	100,0
San Rafael	95,8	105,7	96,2	97,0	110,1	106,2	94,5	93,7	97,0	98,1	112,9	110,1	97,1	121,3	94,9	95,5	105,1	97,8
Santa Rosa	121,1	127,4	115,3	162,3	141,8	237,7	85,5	126,7	128,5	166,7	141,8	284,5	155,8	127,9	95,6	179,2	141,9	121,7
Tunuyán	89,9	122,0	112,2	151,0	150,0	148,5	53,2	79,2	93,6	139,1	148,8	120,8	130,4	184,2	139,2	166,2	152,1	198,9
Tupungato	73,5	140,0	150,6	184,8	84,3	86,9	88,9	67,9	121,3	92,3	51,2	97,6	48,3	234,4	180,4	309,1	141,0	67,4

Fuente: Cuadro 9.

$$\text{Indice} = \frac{TM_i^t\ x}{TM_i^t} \times 100$$

i = infantil, neonatal , postneonatal

$1976 \leq t \leq 1981$

x = departamento

Tabla 8

DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN CAUSA DE MUERTE. MENDOZA, 1976-1981.

Causa de muerte	1976	1977	1978	1979	1980	1981
			NEONATAL			
Reducibles por:						
Buen control embarazo	10	16	8	9	12	7
Buena aten. parto	176	182	172	96	89	68
Diagn.y trat. precoz	133	131	120	142	122	99
Otras reducibles:						
a) Por saneamiento	18	20	11	7	12	3
b) Accidentes	7	7	11	8	8	9
c) Otras reducibles	44	32	29	26	25	21
Subtotal otras reducibles	69	59	51	41	45	33
Parcialmente reducibles	235	256	266	261	226	199
No evitables	82	95	69	90	79	77
Desconocidas	--	4	1	23	64	46
Otras causas	18	14	51	6	15	14
TOTAL	723	757	738	668	652	543
			POSTNEONATAL			
Reducibles por:						
Prevención	28	21	11	10	6	--
Diag. y trat.precoz	111	89	64	43	23	30
Otras reducibles:						
a) por saneamiento	232	152	81	105	62	43
b) Accidentes	16	16	23	23	11	18
c) Otras reducibles	202	170	168	181	152	103
Subtotal otras reducibles	450	338	272	309	225	164
Parcialmente reducibles	48	37	46	21	27	15
No evitables	61	57	51	57	42	52
Desconocidas	17	7	5	16	22	13
Otras causas	23	27	48	41	32	24
TOTAL	738	576	497	497	377	298

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Tabla 32 (1976-1979) y Tabla 17 (1980-1981).

Tabla 9

DEFUNCIONES INFANTILES POR EDAD, SEGUN ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL Y ZONA DE RESIDENCIA DE LA MADRE. MENDOZA, 1985

	Neonatal	Postneonatal	Total
Zona			
Urbana	217	79	296
Rural	97	59	156
Total	314	138	452
Clase A	99	15	114
Clase B	215	123	338
Total	314	138	452

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 10

NACIDOS VIVOS SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION Y ZONA DE RESIDENCIA DE LA MADRE. MENDOZA, 1985 (cifras muestrales y expandidas).

Nivel de instrucción	Zona de residencia		
	Urbana	Rural	Total
Analfabeto	8 (160)	17 (340)	25 (500)
Primario incompleto	82 (1.640)	132 (2.640)	214 (4.280)
Primario completo	295 (5.900)	126 (2.520)	421 (8.420)
Secundario y más	173 (3.460)	16 (320)	189 (3.780)
TOTAL	558 (11.160)	291 (5.820)	849 (16.980)

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de nacimiento.

Tabla 11

DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION Y ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Zona	Nivel de instrucción				
	Analf.	Prim.incomp.	Prim.compl.	Sec. y más	Total
Urbana	12	80	142	62	296
Rural	19	75	59	3	156
Total	31	155	201	65	452

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 12

NACIDOS VIVOS SEGUN EDAD Y SITUACION CONYUGAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985 (cifras muestrales y expandidas).

Edad	Situación conyugal			
	Soltera	Casada	Unida de hecho	Total
- 17 años	4 (80)	10 (200)	3 (60)	17 (340)
17 - 19	10 (200)	51 (1.020)	10 (200)	71 (1.420)
20 - 24	20 (400)	191 (3.820)	33 (660)	244 (4.880)
25 - 29	6 (120)	187 (3.740)	37 (740)	230 (4.600)
30 - 34	2 (40)	151 (3.020)	25 (500)	178 (3.560)
35 - 39	3 (60)	69 (1.380)	13 (260)	85 (1.700)
40 y más	2 (40)	17 (340)	5 (100)	24 (480)
TOTAL	47 (940)	676(13.520)	126(2.520)	849(16.980)

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de nacimiento.

Tabla 13

DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN EDAD Y SITUACION CONYUGAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Edad	Situación conyugal			
	Soltera	Casada	Unida de hecho	Total
- 17 años	5	8	1	14
17 - 19	12	27	18	57
20 - 24	11	100	22	133
25 - 29	6	83	30	119
30 - 34	2	47	20	69
35 - 39	--	27	16	43
40 y más	--	10	7	17
TOTAL	36	302	114	452

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 14

NACIDOS VIVOS SEGUN ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL Y NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE. MENDOZA, 1985 (cifras muestrales y expandidas).

Estrato	Nivel de instrucción				
	Analf.	Prim.incomp.	Prim.compl.	Sec. y más	Total
A	--	4 (80)	173 (3.460)	189 (3.780)	366 (7.320)
B	25 (500)	210 (4.200)	248 (4.960)	--	483 (9.660)
TOTAL	25 (500)	214 (4.280)	421 (8.420)	189 (3.780)	849(16.980)

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de nacimiento.

Tabla 15

DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL Y NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Estrato	Nivel de instrucción				
	Analf.	Prim.incomp.	Prim.compl.	Sec. y más	Total
A	--	1	48	65	114
B	31	154	153	--	338
TOTAL	31	155	201	65	452

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 16

NACIDOS VIVOS SEGUN ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL Y ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985 (cifras muestrales y expandidas).

Estrato	Zona de residencia		
	Urbana	Rural	Total
A	296 (5.920)	70 (1.400)	366 (7.320)
B	262 (5.240)	221 (4.420)	483 (9.660)
TOTAL	558 (11.160)	291 (5.820)	849 (16.980)

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de nacimiento.

Tabla 17

DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL Y ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Estrato	Zona de residencia		
	Urbana	Rural	Total
A	96	18	114
B	200	138	338
TOTAL	296	156	452

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 18

NACIDOS VIVOS SEGUN ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL Y NIVEL DE INSTRUCCION Y ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985 (cifras muestrales y expandidas).

Estrato	Nivel de instrucción				
	Analf.	Prim.incomp.	Prim.compl.	Sec. y más	Total
			URBANA		
A	--	2 (40)	121 (2.420)	173 (3.460)	296 (5.920)
B	8 (160)	80 (1.600)	174 (3.480)	--	262 (5.080)
			RURAL		
A	--	2 (40)	52 (1.040)	16 (320)	70 (1.400)
B	17 (340)	130 (2.600)	74 (1.480)	--	221 (4.420)

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de nacimiento.

Tabla 19

DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL, NIVEL DE INSTRUCCION Y ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Estrato	Nivel de instrucción				
	Analf.	Prim.incomp.	Prim.compl.	Sec. y más	Total
			URBANA		
A	--	1	33	62	96
B	12	79	109	--	200
			RURAL		
A	--	--	15	3	18
B	19	75	44	--	138

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 20

NACIDOS VIVOS SEGUN EDAD Y ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985 (cifras muestrales y expandidas)

Edad de la madre	Residencia habitual					
	Urbana		Rural		Total	
- 17 años	10	(200)	7	(140)	17	(340)
17 - 19	35	(700)	36	(720)	71	(1.420)
20 - 24	160	(3.200)	84	(1.680)	244	(4.880)
25 - 29	162	(3.240)	68	(1.360)	230	(4.600)
30 - 34	130	(2.600)	48	(960)	178	(3.560)
35 - 39	50	(1.000)	35	(700)	85	(1.700)
40 y más	11	(220)	13	(260)	24	(480)
Total	558	(11.160)	291	(5.820)	849	(16.980)

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de nacimiento.

Tabla 21

DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN EDAD Y ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Edad de la madre	Residencia habitual		
	Urbana	Rural	Total
- 17 años	8	6	14
17 - 19	38	19	57
20 - 24	83	50	133
25 - 29	81	38	119
30 - 34	44	25	69
35 - 39	31	12	43
40 y más	11	6	17
Total	296	156	452

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 22

NACIDOS VIVOS SEGUN ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL Y NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS. MENDOZA, 1985 (cifras muestrales y expandidas).

Número de hijos	Estrato		
	A	B	Total
1	121 (2.420)	128 (2.560)	249 (4.980)
2	98 (1.960)	107 (2.140)	205 (4.100)
3 - 4	126 (2.520)	148 (2.960)	274 (5.480)
5 y más	21 (420)	100 (2.000)	121 (2.420)
Total	366 (7.320)	483 (9.660)	849 (16.980)

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de nacimiento.

Tabla 23

DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL Y NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS. MENDOZA, 1985.

Número de hijos	Estrato		
	A	B	Total
1	29	92	121
2	34	50	84
3 - 4	44	120	164
5 y más	7	76	83
Total	114	338	452

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 24

DEFUNCIONES INFANTILES POR EDAD Y NACIDOS VIVOS, SEGUN PESO AL NACIMIENTO. MENDOZA, 1985.

Peso al nacer	Defunciones infantiles por edad				Nacimientos
	- 1 día	1-27 días	28 d-11 meses	Total	
hasta 1 kg.	45	29	2	76	169
1,001 - 1,500	21	47	4	72	136
1,501 - 2,000	27	37	9	73	340
2,001 - 2,500	5	30	19	54	917
2,501 - 3,000	5	20	32	57	4.211
3,001 y más	13	35	72	120	11.207
TOTAL	116	198	138	452	16.980

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción y de nacimiento.

Tabla 25

NACIDOS VIVOS SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE Y NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS. MENDOZA, 1985 (cifras muestrales y expandidas).

Número de hijos	Nivel de instrucción				
	Analf.	Prim.incomp.	Prim.compl.	Sec. y más	Total
1	3 (60)	47 (940)	126 (2.520)	73 (1.460)	249 (4.980)
2	4 (80)	44 (880)	107 (2.140)	50 (1.000)	205 (4.100)
3 - 4	6 (120)	63 (1.260)	145 (2.900)	60 (1.200)	274 (5.480)
5 y más	12 (240)	60 (1.200)	43 (860)	6 (120)	121 (2.420)
Total	25 (500)	214 (4.280)	421 (8.420)	189 (3.780)	849 (16.980)

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de nacimiento.

Tabla 26

DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE Y NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS. MENDOZA, 1985.

Número de hijos	Nivel de instrucción				
	Analf.	Prim.incomp.	Prim.compl.	Sec. y más	Total
1	6	36	61	18	121
2	4	20	35	25	84
3 - 4	14	50	79	21	164
5 y más	7	49	26	1	83
Total	31	155	201	65	452

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 27

NACIDOS VIVOS SEGUN ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE Y NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS. MENDOZA, 1985 (cifras muestrales y expandidas).

Zona	Número de hijos				
	1	2	3-4	5 y más	Total
Urbana	178 (3.560)	131 (2.620)	186 (3.720)	63 (1.260)	558 (11.160)
Rural	71 (1.420)	74 (1.480)	88 (1.760)	58 (1.160)	291 ((5.820)
Total	249 (4.980)	205 (4.100)	274 (5.480)	121 (2.420)	849 (16.980)

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de nacimiento.

Tabla 28

DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE Y NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS. MENDOZA, 1985.

Zona	Número de hijos				
	1	2	3-4	5 y más	Total
Urbana	82	65	108	41	296
Rural	39	19	56	42	156
Total	121	84	164	83	452

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 29

DEFUNCIONES NEONATALES Y POSTNEONATALES SEGUN CAUSA DE MUERTE, ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL, ZONA DE RESIDENCIA Y ATENCION MEDICA DURANTE LA ULTIMA ENFERMEDAD. MENDOZA, 1985.

Causa de muerte	Estrato		Residencia		Atención Médica		Total
	A	B	U	R	Si	No	
			NEONATALES				
Reducibles por:							
. Buen control embarazo	2	3	2	3	4	1	5
. Buena atención parto	6	26	18	14	31	1	32
. Diag. y tratam.precoz	10	51	39	22	61	-	61
Otras reducibles	2	4	5	1	6	-	6
Parcialmente reducibles	55	90	104	41	143	2	145
No evitables	16	34	38	12	49	1	50
Desconocidas	2	4	3	3	1	5	6
Otras causas	6	3	8	1	9	-	-
TOTAL	99	215	217	97	304	10	314
			POSTNEONATALES				
Reducibles por:							
. Prevención	-	-	-	-	-	-	-
. Diag. y tratam.precoz	1	13	7	7	13	1	14
Otras reducibles	3	59	34	28	39	23	62
Parcialmente reducibles	-	2	-	2	1	1	2
No evitables	8	24	18	14	30	2	32
Desconocidas	3	21	17	7	5	19	24
Otras causas	-	4	3	1	4	-	4
TOTAL	15	123	79	59	92	46	138

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 30

DEFUNCIONES NEONATALES Y POSTNEONATALES SEGUN CAUSA DE MUERTE Y NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Causas de muerte	Nivel de instrucción				Total
	Analf.	1°Incompl.	1°Compl.	2 y más	
			NEONATALES		
Reducibles por:					
. Buen control embarazo	1	1	2	1	5
. Buena atención parto	6	9	13	4	32
. Diag. y tratam.precoz	5	20	31	5	61
Otras reducibles	--	2	3	1	6
Parcialmente reducibles	7	36	72	30	145
No evitables	--	19	18	13	50
Desconocidas	2	2	1	1	6
Otras causas	--	2	5	2	9
TOTAL	21	91	145	57	314
			POSTNEONATALES		
Reducibles por:					
. Prevención	--	--	--	--	--
. Diag. y tratam. precoz	--	9	4	1	14
Otras reducibles	5	33	23	1	62
Parcialmente reducibles	--	--	2	--	2
No evitables	2	9	16	5	32
Desconocidas	2	12	9	1	24
Otras causas	1	1	2	--	4
TOTAL	10	64	56	8	138

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 31

DEFUNCIONES NEONATALES Y POSTNEONATALES SEGUN CAUSA DE MUERTE Y EDAD DE LA MADRE. MENDOZA, 1985.

Causa de muerte	Edad de la madre							TOTAL
	-17 a.	17-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 y más	
				NEONATALES				
Reducibles por:								
. Buen control embarazo	--	--	1	1	1	1	1	5
. Buena atencion parto	1	3	3	13	3	6	3	32
. Diag. y tratam.precoz	1	13	15	15	7	6	4	61
Otras reducibles	--	1	2	2	--	--	1	6
Parcialmente reducibles	6	21	45	36	24	10	3	145
No evitables	1	5	18	6	10	8	2	50
Desconocidas	--	--	2	3	1	--	--	6
Otras causas	--	1	--	5	3	--	--	9
TOTAL	9	44	86	81	49	31	14	314
				POSTNEONATALES				
Reducibles por:								
. Prevencion	--	--	--	--	--	--	--	--
. Diag. y tratam.precoz	--	--	7	4	1	1	1	14
Otras reducibles	4	4	18	19	10	7	--	62
Parcialmente reducibles	--	2	--	--	--	--	--	2
No evitables	1	3	11	8	5	3	1	32
Desconocidas	--	3	10	7	3	--	1	24
Otras causas	--	1	1	--	1	1	--	4
TOTAL	5	13	47	38	20	12	3	138

Fuente: Datos obtenidos mediante computo directo de los certificados de defuncion.

Tabla 32

DEFUNCIONES NEONATALES Y POSTNEONATALES SEGUN CAUSA DE MUERTE Y NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS. MENDOZA, 1985.

Causa de muerte	Número de hijos				Total
	1	2	3-4	5 y más	
			NEONATALES		
Reducibles por:					
. Buen control embarazo	--	--	4	1	5
. Buena atención parto	7	4	14	7	32
. Diag. y tratam.precoz	20	11	16	14	61
Otras reducibles	1	--	3	2	6
Parcialmente reducibles	43	36	46	20	145
No evitables	15	12	20	3	50
Desconocidas	1	2	2	1	6
Otras causas	4	1	2	2	9
TOTAL	91	66	107	50	314
			POSTNEONATALES		
Reducibles por:					
. Prevención	--	--	--	--	--
. Diag. y tratam.precoz	--	2	7	5	14
Otras reducibles	14	7	22	19	62
Parcialmente reducibles	1	--	1	--	2
No evitables	8	4	15	5	32
Desconocidas	6	5	10	3	24
Otras causas	1	--	2	1	4
TOTAL	30	18	57	33	138

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

Tabla 33

DEFUNCIONES NEONATALES Y POSTNEONATALES SEGUN CAUSA DE MUERTE Y PESO AL NACIMIENTO. MENDOZA, 1985.

Causa de muerte	Peso al nacimiento						TOTAL
	h/1 kg.	1,001-1,5	1,501-2	2,001-2,5	2,501-3	+ 3 Kg.	
				NEONATALES			
Reducibles por:							
. Buen control embarazo	--	1	2	1	--	1	5
. Buena atención parto	--	9	5	3	4	11	32
. Diagn. y tratam. precoz	1	9	21	7	8	15	61
Otras reducibles	--	--	1	1	2	2	6
Parcialmente reducibles	72	44	19	6	1	3	145
No evitables	1	3	14	14	8	10	50
Desconocidas	--	--	1	3	1	1	6
Otras causas	--	2	1	--	1	5	9
TOTAL	74	68	64	35	25	48	314
				POSTNEONATALES			
Reducibles por:							
. Prevención	--	--	--	--	--	--	--
. Diag. y tratam. precoz	1	--	2	4	3	4	14
Otras reducibles	1	1	5	5	16	34	62
Parcialmente reducibles	--	1	--	1	--	--	2
No evitables	--	1	1	8	5	17	32
Desconocidas	--	--	1	1	8	14	24
Otras causas	--	1	--	--	--	3	4
TOTAL	2	4	9	19	32	72	138

Fuente: Datos obtenidos mediante cómputo directo de los certificados de defunción.

BIBLIOGRAFIA

ARGENTINA, INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1980. Serie D, Total del país. Buenos Aires.
s.f.

BEHM, Hugo y A. MAGUID. La mortalidad en los primeros años de vida en los países de América Latina. Argentina 1966-67. San José de Costa Rica: CELADE, Serie A/1039.
1984

BORSOTTI, Carlos y otros. Infancia y pobreza en Argentina. Buenos Aires: UNICEF-CENEP.
1984

BRASLAVSKY, C.y otros. Estadísticas sociales para la formulación de políticas. Buenos Aires: CENEP, Series Estadísticas Sociodemográficas.
1982

CHACKIEL, Juan. "La mortalidad en América Latina: niveles, tendencias y determinantes". En Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, Vol. I, México, D.F.: UNAM, El Colegio de México. PISPAL.
1984

ELIZAGA, Juan C. Dinámica y economía de la población. Santiago de Chile: CELADE.
1979

IDRC Infant mortality and health in Latin America. An annotated bibliography from the 1979-1982 literature. Ottawa: IDRC.
1984

JOFRE, Alfredo W. Tabla abreviada de mortalidad y esperanza de vida. Mendoza 1979-1981. Mendoza: DEIE, Publicaciones Estadísticas, Serie Estudios Sociales 134.

MENDOZA, DEIE Censo Nacional de Población y Vivienda 1980. Mendoza. Resultados obtenidos por muestra.
1982

1985 Anuario Estadístico 1981-83 de la Provincia de Mendoza.

MENDOZA, M.B.S. Cuadernos de mortalidad y natalidad de la provincia de Mendoza 1976-1983.
s.f.

MULLER, María S. 1979 La mortalidad en la Argentina. Evolución histórica y situación en 1970. Buenos Aires: CENEP-CELADE.

1984 Mortalidad infantil y desigualdades sociales en Misiones. Buenos Aires: CENEP, Cuaderno 25-26.

MULLER, M. y CARONIA de JULIA, S. 1979 Mortalidad infantil en Misiones, 1968 a 1977. Datospara el estudio de la natalidad y la mortalidad infantil. Secretaría de Planificación y Control, Dirección General de Estadística y Censos.

NACIONES UNIDAS. 1978 Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas, Vol. I, Nueva York.

1982 Boletín de Población de las Naciones Unidas 13, 1980. Nueva York.

RUZICKA, Lado. 1983 "La transición de la mortalidad en los países del Tercer Mundo: temas para la investigación". IUSSP, Newsletter 17.

SARNE, E. y otros. 1984 El concepto de riesgo y el cuidado de la salud. Montevideo: IIN, OMS, OPS.

TAUCHER, Erica. 1979 "La mortalidad infantil en Chile", en Notas de Población N°20, Año VII.

ZAMORANO, Mariano. 1983 La organización espacial de los oasis irrigados de Mendoza y San Juan.