M1/295.14
Ej. 2

LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ PERIODO 1976 - 1981

Haydée A. Calderón

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 SANTA CRUZ PERIODO 1976 - 1981

Haydée A. Calderón

Haydée A. Calderón
Téc. Estadísticas de Salud

Depto. de Bioestadística, Ministerio de Asuntos Sociales de la Provincia de Santa Cruz.

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.

Considerando que la humanidad debe al niño lo mejor que puede darle, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño:

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración (...) sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición.

Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud, con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postneonatal.
El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión.

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación.

Reproducido de la Declaración de los Derechos del Niño, aprobada por unanimidad por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959.

I N D I C E

	Pág.
I. INTRODUCCION	1
II. CARACTERISTICAS DE LA PROVINCIA Y SU POBLACION	3
1. Rasgos físico naturales	3
2. Las etapas de poblamiento	4
3. El crecimiento demográfico	6
4. Las características de la población	12
5. Distribución espacial y urbanización	17
6. Los hogares	19
7. Caracterización de la estructura productiva	19
III. NIVELES Y TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD Y SEXO	24
IV. MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS	30
V. DISTRIBUCION ESPACIAL DE LA MORTALIDAD INFANTIL	36
VI. CONCLUSIONES	49
ANEXO: FUENTES DE DATOS, ELABORACION DE LA INFORMACION BASICA Y TABLAS DE REFERENCIA	51
BIBLIOGRAFIA	71

INDICE DE CUADROS

Pág.

1. Población total y tasas de crecimiento intercensales. Santa Cruz, 1895-1980. 6

2. Componentes del crecimiento poblacional. Santa Cruz, 1947-49 a 1977-79. 7

3. Esperanza de vida al nacer por sexos. Santa Cruz. 1960, 1970 y 1980. 9

4. Probabilidades de morir en distintos tramos de vida para ambos sexos. Santa Cruz. 1960, 1970 y 1980. 9

5. Tasas específicas anuales de fecundidad por edad y tasa bruta de reproducción. Santa Cruz. 1960-1980. 10

6. Porcentaje de residentes extranjeros según origen. Santa Cruz. 1895-1980. 11

7. Porcentaje de residentes nativos según origen. Santa Cruz, 1895-1980. 12

8. Estructura de la población por grupos funcionales de edad según sexo. Santa Cruz. 1947-1980. 14

9. Indice de dependencia. Santa Cruz. 1960-1980. 14

10. Indice de masculinidad según natividad y grupos de edad. Santa Cruz. 1960-1980. 15

11. Estructura de la población de 15 y más años que ya no asiste a establecimientos educacionales, por máximo nivel de enseñanza alcanzado y sexo. Santa Cruz. 1960-1980. 16

12. Nivel y ritmo de urbanización. Santa Cruz. 1947-1980. 17

13. Distribución de los hogares según tipo y tamaño medio de los hogares. Santa Cruz. 1960-1980. 19

14. Estructura del producto bruto geográfico. Santa Cruz. 1970-1983. 23

15. Tasas de mortalidad infantil por edad. Ambos sexos. Santa Cruz. 1976-1981. 24

16. Indice de variación de la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal. Ambos sexos. Santa Cruz. 1976-1981. 26

17. Tasas de mortalidad infantil por edad y por sexo. Santa Cruz. 1976-1981. 27

18. Mortalidad neonatal por causa de muerte. Santa Cruz. 1976-1981. 31

Pág.

19. Mortalidad postneonatal por causa de muerte. Santa Cruz. 1976-1981. 32

20. Tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal por zonas geográficas. Ambos sexos. Santa Cruz. 1976-1981. 39

21. Relación entre las tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal de cada zona y las correspondientes a la provincia. Santa Cruz. 1976-1981. 40

22. Mortalidad neonatal por causa de muerte. Santa Cruz: zona I. 1976-1981. 42

23. Mortalidad postneonatal por causa de muerte. Santa Cruz: zona I. 1976-1981. 43

24. Mortalidad neonatal por causa de muerte. Santa Cruz: zona IV. 1976-1981. 47

25. Mortalidad postneonatal por causa de muerte. Santa Cruz: zona IV. 1976-1981. 48

INDICE DE TABLAS DEL ANEXO

1. Nacidos vivos por departamento de residencia de la madre. Santa Cruz. 1976-1981. 55

2. Defunciones de menores de un año por edad y sexo. Santa Cruz. 1976-1981. 56

3. Defunciones de menores de un año por edad y departamento de residencia de la madre. Santa Cruz. 1976-1981. 57

4. Defunciones de menores de un año por causa de muerte y edad. Santa Cruz. 1976-1981. 58

5. Defunciones de menores de un año por causa de muerte y edad. Santa Cruz: zona I. 1976-1981. 59

6. Defunciones de menores de un año por causa de muerte y edad. Santa Cruz: zona IV. 1976-1981. 60

7. Indicadores de población y salud. Santa Cruz. 1980. 61

8. Nacidos vivos ocurridos en el año en la provincia según tipo de atención en el parto. Santa Cruz. 1976-1981. 63

9. Nacidos vivos ocurridos en el año en la provincia según local de ocurrencia. Santa Cruz. 1976-1981. 63

Pág.

10. Defunciones de menores de un año según tipo de atención. Santa Cruz. 1976-1981. 64

INDICE DE MAPAS

1. Centro de la población. Santa Cruz. 1895-1980. 18

2. Recursos económicos. Santa Cruz. 21

3. Zonas geográficas. Santa Cruz. 37

INDICE DE GRAFICOS

1. Mortalidad infantil por edad. Ambos sexos. Santa Cruz. 1976-1981. 25

2. Mortalidad infantil por sexo y edad. Santa Cruz. 1976-1981. 28

3. Mortalidad neonatal por causa de muerte. Santa Cruz. 1976-1981. 33

4. Mortalidad postneonatal por causa de muerte. Santa Cruz. 1976-1981. 35

5. Tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal por zonas geográficas. Ambos sexos. Santa Cruz. 1976-1981. 41

I. INTRODUCCION

En los estudios de la mortalidad humana en general se distinguen las influencias o factores ambientales de los biológicos. Estos últimos determinan la constitución de los individuos, entendiéndose por tal el conjunto de sus características anatómicas, fisiológicas y psicológicas. El medio ambiente incluye, además del medio físico que rodea al hombre, aquellas influencias que resultan de su manera de vida, tales como la ocupación, los ingresos, los hábitos alimenticios y el tipo de comunidad en que vive.

El conocimiento de los aspectos biológicos de la mortalidad se reduce al sexo y a la edad, y a lo que pudieran dar a conocer las causas de muerte, constituyendo el riesgo de muerte en función de la edad, la mortalidad diferencial por sexo y las causas de muerte, los aspectos más importantes en que se manifiestan las influencias biológicas.

Es la mortalidad infantil el grupo etáreo más interesante en el campo de las investigaciones de mortalidad. Su tasa, expresada en términos de defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos, se utiliza como indicador de salud pero también ocupa un lugar importante entre los indicadores socioeconómicos.

El análisis del nivel y la tendencia de la mortalidad infantil en la provincia de Santa Cruz tiene como propósito contribuir a precisar los factores que han intervenido en su evolución, identificar los prinicpales problemas y proporcionar algunos elementos que pudieran servir de orientación al diseño de políticas destinadas a reducir el número de muertes infantiles accionando sobre las causas en que se sustentan.

El descenso de la mortalidad infantil observado despierta interés por examinar lo que ha sucedido: la tasa disminuyó un 35% en el período 1976-1981. Se encontró que este descenso se debe principalmente a la reducción de la mortalidad postneonatal y que la tendencia al estancamiento de la mortalidad neonatal puede revertirse, en razón de que la mayor proporción de muertes están ocasionadas por causas reducibles que pueden evitarse mediante la aplicación de programas de atención primaria, y educación para la salud, planificando con el método del enfoque de riesgo.

Se define el riesgo como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud; dado que esta probabilidad es mayor para algunos que para otros, supone cuidados no igualitarios de la salud y requiere que los recursos para proveerlos sean redistribuidos y usados con mayor efectividad de acuerdo a las necesidades de los individuos o grupos.

Se inicia este trabajo con una descripción de las características físico-naturales de la provincia, de su población y situación socioeconómica, considerando que este último factor juega un papel importante en la génesis de la mortalidad, en especial en el primer año de vida.

Con la finalidad de medir los riesgos para reconocer los grupos a los que es preciso dirigir los esfuerzos especiales de prevención, se presenta la tendencia de la mortalidad infantil por edad y sexo y se analizan brevemente los resultados y las diferencias observadas.

En el cuarto capítulo se identifican las causas de muerte neonatal y postneonatal a nivel provincial, clasificándolas según criterios de evitabilidad, y se describen los factores que inciden en la calidad de los datos.

El estudio de la mortalidad por zonas geográficas posibilita localizar las áreas de diferente riesgo de muerte en el primer año de vida y junto con el estudio de los grupos de causas de defunción en el ámbito donde se originan, permiten orientar políticas, evaluar el uso de los recursos para su mejor redistribución y determinar prioridades de acción.

II. CARACTERISTICAS DE LA PROVINCIA Y SU POBLACION

1. Rasgos físico - naturales*

La provincia de Santa Cruz --ubicada en las tierras templadas frías de la República Argentina-- tiene una forma maciza que se extiende sobre 800 km. de norte a sur y con un ancho que varía entre 450 km. al norte y 250 km. al sur.

El límite oriental corresponde a la costa del Atlántico mientras que el límite occidental sigue una línea caprichosa, en parte según la divisoria de aguas entre las vertientes Atlántica y Pacífica, y en parte por la línea de altas cumbres de la Cordillera de los Andes. Al Norte, la frontera con Chubut proviene de la reestructuración administrativa después de la desaparición de la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia.

Sus 243.943 km^2 --comprendidos entre los paralelos 46 y 54 de latitud sur-- ofrecen una fisiografía relativamente simple, elemento fundamental para entender el sistema de valorización del espacio por hombre.

Adoptando una disposición meridiana, el territorio provincial puede dividirse en tres unidades:

1) La zona de la Cordillera Patagónica y pre-cordillerana: ubicada al oeste, está constituída por una franja de terrenos secundarios con importantes horizontes calcáreos que dan formas de relieve macizas. A esta franja muy plegada --y algunas veces fallada-- sucede al oeste el eje central de la cordillera, formado por rocas cristalinas y metamórficas. Hacia el este, la zona de terrenos muy dislocados, pasa progresivamente a un paisaje de mesetas subhorizontales constituído por formaciones similares.

A pesar de la altura relativamente modesta --3000 metros-- la cordillera presenta fuertes contrastes de altura y de relieve debido a la erosión glaciar del cuaternario. Las acciones glaciares favorecieron la formación de lagos que, cortando abruptamente la cordillera con una disposición oeste - este, tienen rasgos típicos: estrechos, largos, profundos y algunas veces digitados. Junto a su relieve, la abundancia de las precipitaciones caracteriza a esta zona.

2) Las mesetas: constituyen la zona más extendida de la provincia; se escalonan desde la costa --donde terminan generalmente en acantilados-- hacia el oeste, donde la estructura pasa de formas horizontales, monótonas y poco plegadas, a zonas de relieve más complejo de tipo serrano. El río Chehuen hace las veces de límite de diferenciación entre la gran Altiplanicie Central --al norte-- que es un escudo macizo, sin drenaje, con alturas superiores a quinientos y mil metros, constituído fundamentalmente por terrenos sedimentarios secundarios y por terrenos volcánicos, de la mitad sur, caracterizada por con-

---

*Siguiendo a Argentina, CFI, 1984.

trastes de altura mucho más fuertes, debido principalmente a la existencia de grandes valles que cortan las mesetas.

El clima es de tipo desértico con amplitudes térmicas notables, especialmente en verano. La temperatura veraniega --relativamente baja-- no favorece el crecimiento de la vegetación, y aún más graves son las consecuencias de la aridez combinada con fuertes vientos.

3) La zona costera: la presencia del mar aporta rasgos de especificidad aunque el relieve no difiere de la parte central. El efecto regulador de las masas de aguas oceánicas atenúa el frío en invierno y la aridez del medio.

Transversalmente a estas tres zonas naturales, se desarrollaron los cauces de los ríos, que se caracterizan por tres aspectos fundamentales: una cuenca superior en la zona cordillerana con altas precipitaciones, su transformación en alóctonos al atravesar la zona de las mesetas centrales por valles grandes encajonados y sin afluentes y, finalmente, la desembocadura en el Océano con grandes estuarios.

A la uniformidad de las grandes zonas fisiográficas de Santa Cruz se opone la discontinuidad de las actividades y de la distribución poblacional.

2. Las etapas de poblamiento*

El poblamiento de Santa Cruz ha sido de lenta evolución pero de sostenido ritmo en el tiempo. En este proceso se distinguen etapas de rasgos definidos, que se sintetizan a continuación:

Período 1520-1859: pocos y en grupos dispersos se encontraban los aborígenes patagónicos cuando en 1520 el hombre blanco descubrió la costa santacruceña. Estos indios, del complejo tehuelche, se clasificaban en Aóni-Kenk --ocupaban casi todo el territorio de Santa Cruz--, Chehuanche-Kenk --moraban en la zona del Lago Buenos Aires-- y Metcharmue, que vivieron entre los ríos Chalía y Deseado.

Si bien no se dispone de información sobre cuántos eran, salvo que eran muy pocos, desde que el hombre blanco tomó contacto con los nativos comenzó para éstos un largo y fatal período regresivo de cambios y declinación como grupo étnico.

Desde aquel 1520, numerosas fueron las expediciones destacadas por españoles, ingleses, franceses y holandeses, pero nunca concretaron asentamientos exitosos y estables. El interés que siempre demostrara España por la Patagonia se traduce en 1778 en la primera determinación de poblamiento tomada por Carlos III, y que deviene en los efímeros asentamientos de San Julián y Puerto Deseado. A esos años se remontan las primeras iniciativas de desarrollo en la zona.

Período 1859-1910: puede decirse que recién en 1859 se inicia la colonización estable, con la llegada a la Isla del Medio --en el río Santa Cruz-- del comandante Luis Piedra Buena, quien la rebautizara con el nombre de Isla Pavón y la convirtiera en escenario de trascendentes hechos de afirmación de soberanía. Tres años más tarde, en 1862, desembarcaron dos anglicanos procedentes de Malvinas, en el cañadón conocido como de los Misioneros, lugar en el que

---

*Siguiendo a Lenzi y a Lafuente (1981).

años después se realizaría el primer ensayo de tipo industrial por acción del particular Ernesto Ronquard.

El común denominador de estas tentativas de colonización es la manifiesta tendencia al ruralismo, en base a la explotación primaria de la tierra. Hubo en este período un asentamiento de características urbanas --el de Cabo Vírgenes-- que surgiera bajo el amparo de la existencia de arenas auríferas, pero de vida tan efímera como la ilusión de los buscadores de oro.

El origen de los primeros individuos que, en general espontáneamente, se asentaron en Santa Cruz durante este período y el siguiente, permiten identificar claramente tres corrientes pobladoras: la del norte, que con el tiempo terminaría por preponderar, la que se originó en Malvinas y la que provino de Punta Arenas, un poco con elementos locales y mucho más con españoles, ingleses, alemanes y yugoeslavos.

Surgen de esta etapa las localidades de Santa Cruz, Puerto Deseado, Río Gallegos y San Julián, ciudades que reconocen su origen ya en la creación oficial de colonias pastoriles, ya en el aglutinamiento en torno de las delegaciones de la Sub-Prefectura marítima. Se desarrollan como puntos de apoyo de los pobladores de las dilatadas zonas rurales, dedicados a cría extensiva del ovino, y se constituyen en importantes vías de salida marítima de la producción local.

La instalación en 1909 de la línea férrea promueve el rápido desarrollo de Deseado y en Río Gallegos comienza por esa época la industrialización local al instalarse el frigorífico del que luego se haría cargo la Compañía Swift de La Plata.

Período 1910-1944: surgen en este período, como consecuencia del desarrollo alcanzado por la ganadería, las localidades llamadas hoy Piedra Buena, Gobernador Gregores, Las Heras, Perito Moreno y Calafate. Son centros urbanos que se forman con lentitud y como nudos de enlace en un sistema de comunicaciones que sigue los ejes naturales que brindan los escasos cursos de agua.

En este período, Santa Cruz asiste a un acelerado proceso de crecimiento motivado por el constante aumento de la demanda externa de lana en el marco de la Primera Guerra Mundial, que se interrumpe bruscamente en 1920 y deja al descubierto la extrema vulnerabilidad de una economía monoproductora.

Período 1944-1980: en este período se inicia la diversificación productiva de Santa Cruz, con la extracción de carbón desde 1943 y la explotación petrolífera a partir del año siguiente. Cobran un impetuoso crecimiento urbano Caleta Olivia, Pico Truncado y Río Turbio.

En este período, en el que se produce la provincialización del territorio, se asiste a la espectacular expansión de las zonas vinculadas a la minería y al deterioro constante de las áreas vinculadas a la ganadería. La erosión de los suelos, las repetidas crisis en la economía ovina y las limitaciones propias del modelo de desarrollo económico motor del crecimiento hasta 1940, agudizan el proceso de urbanización y llevan a que en 1980 cobren especial significación los enormes vacíos demográficos.

Los esfuerzos destinados a mejorar los medios y vías de comunicación, los proyectos de colonización y los estudios tendientes a la integración del proceso productivo, evidencian la permanente inquietud de la comunidad santacruceña por transitar la Historia posible.

3. El crecimiento demográfico

3.1. El crecimiento total

El ritmo o velocidad de crecimiento de una población es uno de los fenómenos más importantes del cambio demográfico y tiene significativas consecuencias dentro del proceso de desarrollo de una región. De ahí que sea uno de los aspectos primeros del análisis demográfico.

En el cuadro I, la información censal disponible sobre volumen permite comprobar que en el término de 85 años la población de Santa Cruz creció 108 veces. En términos porcentuales este crecimiento significa un aumento del 10,764% respecto del tamaño inicial considerado. Pero este espectacular proceso de desarrollo demográfico no ha sido homogéneo en el tiempo como lo evidencian las importantes fluctuaciones en la tasa de crecimiento medio anual de los distintos períodos intercensales, que presentan un máximo de 116 por cada 1000 habitantes entre 1895 y 1905 y un mínimo de 22 entre 1928 y 1947.

El ritmo propio del proceso de desarrollo demográfico puede asociarse claramente a las etapas del desarrollo económico en el que se distinguen, como se señalara en apretada síntesis en el punto anterior, una larga primera etapa de gran expansión del sector pecuario orientado al mercado internacional, que se prolonga hasta alrededor de 1940, y una segunda etapa de diversificación de la estructura productiva con el inicio de las actividades ligadas al petróleo, gas y carbón.

La atenuación en la tasa de crecimiento del período 1970-1980 llama la atención sobre la necesidad de introducir cambios que modifiquen sustancialmente el funcionamiento de la economía, en particular a través de la promoción de industrias sobre la base del insumo de materias primas locales, que aparecen como las únicas actividades capaces de asegurar un crecimiento económico autosostenido.

Cuadro 1

POBLACION TOTAL Y TASAS DE CRECIMIENTO INTERCENSALES. SANTA CRUZ 1895-1980

Año Censal	Población	Tasa de crecimiento medio anual (*) = r
1895	1.058	
1905	3.992	116,1
1912	8.192	98,5
1914	9.948	96,8
1920	17.925	95,4
1928	21.345	21,8
1947	32.321	21,5
1960	52.908	37,2
1968	77.759	47,5
1970	84.457	41,3
1980	114.941	30,6

(*) $r = \frac{2}{t} \times \frac{P_t - P_o}{P_t + P_o} \times 1.000$

FUENTE: Censos de Población

3.2. Las variables del crecimiento

El crecimiento de una población es la resultante de dos componentes básicos: el crecimiento vegetativo y el saldo migratorio.

Se entiende por crecimiento vegetativo o natural la diferencia entre los nacimientos y defunciones ocurridos en el seno de una población, mientras que saldo migratorio es la diferencia entre el total de personas entradas y salidas respecto de un territorio determinado.

El cuadro 2 permite comprobar que el aporte al crecimiento total del componente vegetativo, en término absolutos, tiene una tendencia constantemente creciente a excepción del trienio 1971-1973. Por el contrario, el componente

Cuadro 2

COMPONENTES DEL CRECIMIENTO POBLACIONAL. SANTA CRUZ. 1947-49 a 1977-79

Períodos trienales	Población inicial	Nacimientos	Defunciones	Crecimiento vegetativo	Crecimiento migratorio	Crecimiento total
1947-1949	32.321	2.606	1.118	1.448	2.402	3.890
1950-1952	36.211	2.812	1.205	1.607	2.761	4.358
1953-1955	40.569	2.972	1.236	1.736	3.145	4.881
1956-1958	45.450	3.403	1.344	2.039	3.409	5.468
1959-1961	50.918	4.055	1.411	2.644	6.545	9.189
1962-1964	60.107	5.444	1.762	3.682	6.701	10.383
1965-1967	70.490	6.080	2.035	4.045	5.841	9.886
1968-1970	80.376	7.074	2.027	5.047	4.341	9.388
1971-1973	89.764	6.944	1.941	5.003	3.887	8.890
1974-1977	98.654	8.422	2.186	6.236	2.156	8.392
1977-1979	107.046	8.892	2.071	6.821	1.074	7.895

FUENTE: Provincia de Santa Cruz, Dirección de Estadística y Censos

migratorio evidencia un comportamiento creciente hasta alcanzar el máximo absoluto en el período 1962-1964, a partir del cual genera una contribución constantemente decreciente. Hasta 1967 la migración neta contribuyó siempre con más del 60% del crecimiento total, llegando a aportar el 71% en el trienio 1959-1961. En cambio, a partir de 1974 el aporte se reduce sustancialmente en su significación, representando sólo el 14% entre 1977 y 1979.

Este comportamiento de las variables componentes del crecimiento total permiten concluir que la reducción en el ritmo de crecimiento operada a partir de los años setenta tiene su explicación en la reducción de los saldos migratorios. Esta situación puede tener su origen en que, no obstante el desplazamiento operado en las actividades dinámicas de la economía a partir de 1940, éstas están perdiendo impulso como motor del desarrollo demográfico, ya sea por cierto grado de agotamiento del modelo, ya sea por el insumo creciente de tecnología que desplaza en alguna medida el requerimiento de mano de obra.

3.2.1. La mortalidad

Como hecho biológico, la muerte no ha variado desde que el hombre existe, pero su frecuencia y sus causas han sido y son modificados por los cambios socioeconómicos ocurridos en el seno de la sociedad.

La medición de los niveles de mortalidad a través de sus indicadores específicos adolece de serias limitaciones por cuanto los registros vitales, en general, están sujetos a importantes omisiones. Varios autores han descalificado la validez de las estadísticas vitales de la región Patagonia y las han excluído de sus estudios, que quedaron circunscriptos a aquellas regiones para las que se admitió que los registros eran razonablemente completos. Para el estudio de esta variable no se ha medido específicamente el grado de validez de los datos primarios pero la circunstancia de no haber cuantificado la magnitud de su significación no implica su desconocimiento o su interesada inadvertencia.

En función de que la tasa bruta de mortalidad se ve directamente influenciada por la estructura por edades de la población, se ha considerado conveniente medir más adecuadamente los cambios en el nivel de la mortalidad a través de índices derivados de tablas de vida.

Del análisis del cuadro 3, surgen algunas conclusiones netamente definidas. En dos décadas la baja en la mortalidad ha permitido ganar casi 9 años en la esperanza de vida total. El proceso de reducción en los niveles se evidencia diferencial por sexos a favor de las mujeres, que ven incrementada su esperanza de vida en algo más de 11 años en el mismo período.

Los logros más notables se producen entre 1960 y 1970, pareciendo como si la región hubiera perdido impulso en su lucha por reducir muertes evitables en el segundo período. A su vez, la vida media femenina supera, en todas las fechas a la masculina.

En general, la reducción en los niveles de la mortalidad deben asociarse más con el desarrollo económico-social que se operó en Santa Cruz en las dos últimas décadas que con avances en el control de las enfermedades. La baja mortalidad que están evidenciando estos índices, en particular si se piensa que asumen niveles muy semejantes a los de regiones con grados avanzados de desarrollo relativo como el caso de Buenos Aires, parece reforzar la línea de pensamiento de algunos autores en el sentido de que el nivel de esperanza de vida de ésta representaría un valor máximo correspondiente a su nivel de crecimiento económico y al grado de distribución del ingreso alcanzado, mientras que Santa Cruz ha continuado en sus avances dado que

aún cuenta con un margen a favor para la aplicación de medidas sanitarias y políticas asistenciales de alcance masivo pero, una vez cubierto dicho margen, se enfrentaría con las limitaciones que estarían operando en Buenos Aires.

Para mostrar los cambios en el tiempo de la mortalidad según la edad se ha confeccionado el cuadro 4. Los índices de mortalidad consignados relativos al tramo de vida de 0 a 1 año de edad representan la probabilidad de morir dentro del primer año de vida que tiene un recién nacido. La comparación muestra un descenso cercano al 60% en 20 años.

Cuadro 3

ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXOS. SANTA CRUZ. 1960, 1970 y 1980

Año	Esperanza de vida		
	Total	Masculina	Femenina
1960	58,73	58,18	60,56
1970	64,50	62,08	71,04
1980	67,54	64,65	71,81

FUENTE: Provincia de Santa Cruz, Dirección de Estadística y Censos

Cuadro 4

PROBABILIDADES DE MORIR EN DISTINTOS TRAMOS DE VIDA PARA AMBOS SEXOS. SANTA CRUZ. 1960, 1970 y 1980

Edad	1960	1970	1980
0- 1	0,075247	0,050561	0,030678
1-14	0,020320	0,015315	0,008438
15-64	0,461771	0,410183	0,349261

FUENTE: Idem Cuadro 3.

El indicador relativo al tramo 1 a 14 años ha registrado un descenso similar al del tramo anterior mientras que el referido al grupo 15-65 años de edad presenta una importante reducción que no alcanza la magnitud de los otros dos tramos.

3.2.2. La fecundidad

La importancia individual y social del conocimiento de la fecundidad no puede ser subestimada. En el plano individual, la llegada de una criatura transforma sustancialmente las relaciones y la estructura de los derechos y las responsabilidades familiares. A nivel macrosocial, los cambios en la conducta procreativa influyen fuertemente en cada variación en las fortunas de la sociedad.

Para independizar el nivel de la fecundidad del efecto de factores exógenos como es la estructura por sexo y edad de la población, se ha elegido utilizar como indicador la tasa bruta de reproducción, que es una medida resumen que se interpreta como el número de hijas que, en promedio, tendrá cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que cumplieran las 2 condiciones siguientes: a) durante el período fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y b) no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.

El cuadro 5 permite comprobar la lenta pero constante reducción en el nivel de fecundidad durante los últimos 20 años. La observación de las tasas específicas por edad permite apreciar el grado altamente diferencial de esta variable según la edad: los niveles asumen el valor máximo entre los 20 y 24 años y a partir de esta edad declinan constantemente. Es decir, la estructura de la fecundidad responde al tipo de cúspide temprana.

En lo que respecta a la concentración de la fecundidad, se observa que a medida que ésta desciende tiende a concentrarse en una cantidad de edades más reducida. Así, mientras que en 1960 el 74% de la fecundidad se concentraba entre los 20 y 34 años, en 1970 dichos grupos reunían el 80%.

Cuadro 5

TASAS ESPECIFICAS ANUALES DE FECUNDIDAD POR EDAD Y TASA BRUTA DE REPRODUCCION. SANTA CRUZ. 1960 - 1980.

Grupos de edad	Tasas (en o/oo)	
	1960	1970
15-19	156	156
20-24	124	190
25-29	114	134
30-34	86	114
35-39	72	56
40-44	48	50
45-49	50	40
TBR	1,88	1,83

FUENTE: Provincia de Santa Cruz, Dirección de Estadística y Censos, La fecundidad en Santa Cruz.

Nota de las editoras: Los valores de las tasas de fecundidad del grupo de edad 15 a 19 son improbables en ambos años. En 1960 también es improbable el valor de la tasa del grupo 20-24 y que éste sea menor que el del grupo 15-19. Asimismo, las tasas de fecundidad de las mujeres de 45-49 años son demasiado altas; cálculos realizados con otras fuentes llevan estas tasas a niveles alrededor del 5 o/oo.

3.2.3. La migración

El poblamiento de Santa Cruz reconoce la clara influencia de la migración tanto internacional como de nativos del país. Pero este fenómeno está lejos de poder caracterizarse como homogéneo y uniforme en el tiempo. El cuadro 6 evidencia cómo a través de casi un siglo se ha modificado la composición de la población según su origen: en 1895 se observa prácticamente igual importancia relativa de las categorías de nativos y extranjeros; dentro del primer grupo predominaban los nativos de otras provincias, mientras que en la segunda categoría es clara la primacía de residentes oriundos de países no limítrofes. En 1914, se incrementa sustancialmente la representación de extranjeros, fundamentalmente por el singular aporte de ultramar característico de la Argentina de principios de siglo.

Cuadro 6

PORCENTAJE DE RESIDENTES EXTRANJEROS SEGUN ORGIEN. SANTA CRUZ. 1895-1980.

Año censal	Extranjeros		
	Total	de país limítrofe	de país no limítrofe
1895	48	13	35
1914	68	15	53
1947	40	22	18
1960	38	31	7
1970	28	25	3
1980	21	19	2

FUENTE: Argentina (1981), p. XV.

En 1947 las nuevas corrientes migratorias desde países limítrofes se traducen en una representación en Santa Cruz del orden del 22% de sus residentes, proceso que se agudiza en torno de 1960 a expensas de otros extranjeros ya que el grupo de los nativos inicia un acelerado y constante crecimiento. En los años '80 la migración de ultramar tiende a desaparecer; el flujo proveniente de país limítrofe se evidencia dentro de un marco de reducción de su caudal y se argentiniza la población: en particular cobran importancia los nativos santacruceños.

Cuadro 7

PORCENTAJE DE RESIDENTES NATIVOS SEGUN ORIGEN. SANTA CRUZ. 1895-1980

Año censal	Nativos		
	Total	Santacruceños	de otras provincias
1895	52	14	38
1914	32	16	16
1947	60	26	34
1960	62		
1970	72	37	35
1980	79	43	36

FUENTE: Argentina (1981), p. XV.

4. Las características de la población

En este punto se ha de intentar la descripción del estado de la población en las distintas fechas censales. Este enfoque de la descripción es lo que se denomina análisis demográfico transversal, y debe asignársele un valor más allá del puramente descriptivo ya que permite, por un lado, individualizar rastros de la evolución pasada, al ser el particular resultado de la actuación conjunta de las variables del crecimiento a partir de un estado anterior y durante cierto período, y por otro, da indicios básicos para predecir la evolución futura que, en forma potencial, se presenta en la estructura a un momento dado.

4.1. Edad y sexo

El estado de una población es la resultante del desarrollo socio-económico de la región unido a factores puramente demográficos. La primacía de un sexo sobre el otro y la mayor o menor participación porcentual de ciertos grupos de edades, son características de determinadas estructuras socio-productivas, actuando sobre una estructura de edad y sexo anteriores y sumadas a los efectos de la fecundidad, la mortalidad y la relación de masculinidad al nacimiento.

La evolución de estas estructuras se plasma en las pirámides de población a través de las fechas censales. En 1947 la estructura de la población de Santa Cruz por sexo y edad presenta una conformación cuasirectangular característica de poblaciones trasladadas por efectos de la migración. El grue-

so de esa migración respondía a factores económicos y, bajo estas circunstancias, son pocas las familias que se movilizan con menores. En todas las edades, además, priman los varones sobre las mujeres ya que la población entre 15 y 64 años representa alrededor del 70% del total y, dentro de este grupo, sólo un 28,5% pertenece al sexo femenino.

En 1960 se comienza a observar un ensanchamiento en todos los grupos de edades, siendo las magnitudes más significativas en las primeras edades y en las económicamente activas, en detrimento del crecimiento relativo en las edades avanzadas. Esta situación es claro indicio de la gravitación que empieza a tener el crecimiento vegetativo. El grupo de 15 a 64 años disminuye su importancia relativa respecto de la fecha censal anterior al 69% y, dentro de esas edades, el sexo femenino representa el 31,2%. Finalmente, la composición total muestra una tendencia al equilibrio entre sexos.

En 1970 es manifiesto el estado de rejuvenecimiento de la población, que se traduce en el ensanchamiento de la base de la pirámide con crecimientos relativos notables en las muy jóvenes. Las transformaciones que se insinuaran en 1960, se acentúan en 1970: relación próxima al 1 a 1 para los sexos; porcentajes similares para los grupos de 0 a 14 y 15 a 64 años y menor importancia relativa de la población en edades avanzadas.

En 1980 se suavizan las irregularidades que aún se presentaban en 1970. El ensanchamiento en el perfil correspondiente al sexo masculino que se producía en el grupo 20 a 24 años, se traslada ahora al grupo 15 a 19 años por efecto de los cambios de edad de incorporación al servicio militar obligatorio.

En el cuadro 8 se ha clasificado a la población en grupos de edad asociados al desempeño de determinados roles, constituyendo una categorización en grupos funcionales que permite obtener una idea aproximada de la asignación de determinadas posiciones en la estructura social.

La población menor de 1 año y el grupo de personas de edad avanzada han mantenido prácticamente su importancia en las últimas 3 fechas censales, sin diferenciales significativas en la tendencia al introducir la variable sexo. La proporción de niños entre 1 y 5 años ha crecido en buena medida, no así la de niñas del mismo grupo. La población en edades económicamente activas jóvenes decrece significativamente en su participación en el caso de los varones y se mantiene con leves alteraciones entre las mujeres.

Otra forma de visualizar la estructura por edad de una población es a través del índice de dependencia, que indica la proporción de población que potencialmente depende para su subsistencia de la población considerada potencialmente activa. Cabe señalar que la fijación de límites de edad para el cálculo del indicador no responde estrictamente a la realidad por cuanto se ve efectivamente afectado por la mayor o menor participación de los menores en las actividades económicas, por la esperanza de vida activa más allá de los 65 años y por el nivel de la participación femenina.

La evolución del índice en Santa Cruz muestra una clara tendencia al crecimiento, como consecuencia de un aumento en la componente joven resultante del crecimiento relativo del grupo de 0 a 14 años de edad (ver cuadro 9). Este comportamiento tiene su explicación si se piensa que sus índi-

Cuadro 8

ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRUPOS FUNCIONALES DE EDAD SEGUN SEXO. SANTA CRUZ. 1947-1980.

Grupos funcionales y sexo	Grupo de edad en años	1947	1960	1970	1980
VARONES					
Infancia					
Primera	menos de 1	1,6	2,0	2,2	2,5
Segunda	1 a 5	6,2	8,4	11,9	11,7
Escolares	6 a 13	8,2	10,0	12,4	14,0
Económicamente activos					
Jóvenes	14 a 49	67,2	66,5	60,5	58,9
Adultos	50 a 64	14,0	9,5	9,1	9,6
Personas de edad avanzada	65 y más	2,8	3,6	3,8	3,2
MUJERES					
Infancia					
Primera	menos de 1	3,2	3,6	2,7	3,0
Segunda	1 a 5	12,4	14,3	13,4	14,2
Escolares	6 a 13	16,6	17,7	18,8	17,4
En edad fértil	14 a 49	56,9	54,1	54,5	53,6
Adultas	50 a 64	9,0	7,2	7,6	8,1
Personas en edad avanzada	65 y más	2,0	3,1	3,0	3,6

FUENTES: Censos nacionales de población de 1947, 1960 y 1980. Para 1970 datos provisionales.

ces atípicamente bajos en torno de 1960 reflejaban la existencia de una población migrante casi totalmente conformada por personas activas; la constitución de núcleos familiares y su desarrollo posterior producen el crecimiento observado.

Cuadro 9

INDICE DE DEPENDENCIA. SANTA CRUZ. 1960-1980

Año	Total	Joven	Viejo
1960	41,53	36,89	4,64
1970	51,90	46,75	5,15
1980	53,52	48,50	5,02

FUENTE: Censos de Población.

4.2. Origen

Como se señalara al reseñar las etapas del poblamiento, son identificables 3 corrientes migratorias: la del norte, la proveniente de Malvinas y la que procede de Punta Arenas. El cuadro 6 permite apreciar cómo a partir de 1914, al igual que en el resto del país, cambia la composición por origen de migración de extranjeros, destacándose el crecimiento en la proporción de inmigrantes provenientes de países limítrofes, que se agudiza en torno a 1960, para luego descender.

Finalmente, los índices de masculinidad del cuadro 10 permiten apreciar pautas específicas de comportamiento por edad ya que en los grupos de mayor edad la masculinidad tiende a aumentar sensiblemente (cuadro 11).

Cuadro 10

INDICES DE MASCULINIDAD SEGUN NATIVIDAD Y GRUPOS DE EDAD. SANTA CRUZ. 1960-1980

Grupos de edad	1960	1970	1980
Nativos			
0 - 4	103	114	106
5 - 9	92	102	105
10 - 14	97	99	100
15 - 19	116	93	151
20 - 29	262	166	135
30 - 39	255	166	138
40 - 49	225	184	169
50 y más	180	159	139
No nativos			
0 - 4	81	79	140
5 - 9	87	150	96
10 - 14	87	102	99
15 - 19	221	114	100
20 - 29	466	163	130
30 - 39	349	177	135
40 - 49	290	188	142
50 y más	236	177	140

FUENTES: Censos de Población

4.3. Educación

Es innegable el rol que cabe a la educación como mecanismo básico de la sociedad y su relación con los niveles de salud y mortalidad infantil. El nivel educacional de una población, resultante de un proceso que reconoce diversas fuentes, refleja no sólo el grado de eficiencia del sistema educativo sino también el de los mecanismos no formales de transmisión de cultura. Una clasificación sencilla aunque no muy exacta consiste en dividir a la población en las categorías "sin instrucción" y "con instrucción". Dentro de ambas, el análisis por grupos de edad permite deducir patrones de comportamiento específicos por generaciones. En Santa Cruz, como en el resto del país existe una correlación entre la edad y el hecho de no poseer instrucción: a mayor edad en los grupos, más alta es la tasa analizada debido a la reducción operada en las tasas de población sin instrucción a lo largo del tiempo. En 1980 casi el 100% de las personas de entre 10 y 14 años poseían algún nivel de instrucción, mientras que sólo el 89% de las de 50 y más años estaba en esa situación.

Cuadro 11

ESTRUCTURA DE LA POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS QUE YA NO ASISTE A ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES, POR MAXIMO NIVEL DE ENSEÑANZA ALCANZADO Y SEXO. SANTA CRUZ. 1960-1980.

Sexo y nivel de instrucción	1960	1970	1980
VARONES			
Primario	83,16	73,67	64,64
Medio	11,15	14,58	27,05
Superior	2,16	2,64	4,39
MUJERES			
Primario	85,20	70,52	64,85
Medio	12,24	18,80	25,67
Superior	0,87	1,32	4,39

FUENTE: Censos de Población.

Dentro de la categoría de población con instrucción, que ya no asiste a establecimientos educacionales, conforme al cuadro 11, es observable que la gran mayoría sólo tiene instrucción primaria. Al introducir en el análisis la variable sexo surge cómo los diferenciales en contra de la mujer, en particular en el nivel superior, se van alterando para llegar a la igualdad en la última fecha censal. Ello es explicable en gran medida, en función de la paulatina superación de la desigualdad social entre sexos en el sentido de que

no era considerado necesario el desarrollo de las dotes intelectuales de la mujer para el cumplimiento del rol que le estaba asignado socialmente.

5. Distribución espacial y urbanización

El importante ritmo de crecimiento total de la población está estrechamente vinculado a la redistribución espacial de la población y al ritmo de crecimiento de los departamentos en los que se ubican las cuencas petrolíferas, gasíferas y carboníferas.

Una forma de destacar la distribución espacial de la población y sus modificaciones en el tiempo es mediante la determinación a distintas fechas censales de la ubicación del "centro de la población", concepto resultante de la extensión al campo de la demografía del centro de gravedad y que representa el punto alrededor del cual hay una distribución equilibrada de la población. En el mapa 1 puede observarse el proceso de desplazamiento sufrido: en 1895 el centro se ubicaba al sur de Corpen Aike, casi en el límite con Guer Aike; en 1914 se ubica en el mismo departamento pero en su extremo norte. En 1947, y debido al mayor poblamiento del norte de Santa Cruz, el centro se desplaza 200 kilómetros más arriba para comenzar a moverse hacia el sur a medida que crece la capital, Río Gallegos, y su área de influencia, encontrándose en 1980 cerca del límite entre Corpen Aike y Magallanes.

El porcentaje de población concentrada en localidades de 2000 y más habitantes, utilizado para cuantificar el nivel de urbanización, registra una tendencia constantemente creciente aunque no homogénea en el tiempo. La atracción que ejercen las mayores y mejores oportunidades de empleo a partir de la diversificación de la estructura productiva de la provincia incrementa sustancialmente el ritmo de crecimiento del nivel de urbanización, el que pierde su impulso a partir de los años '70.

Cuadro 12

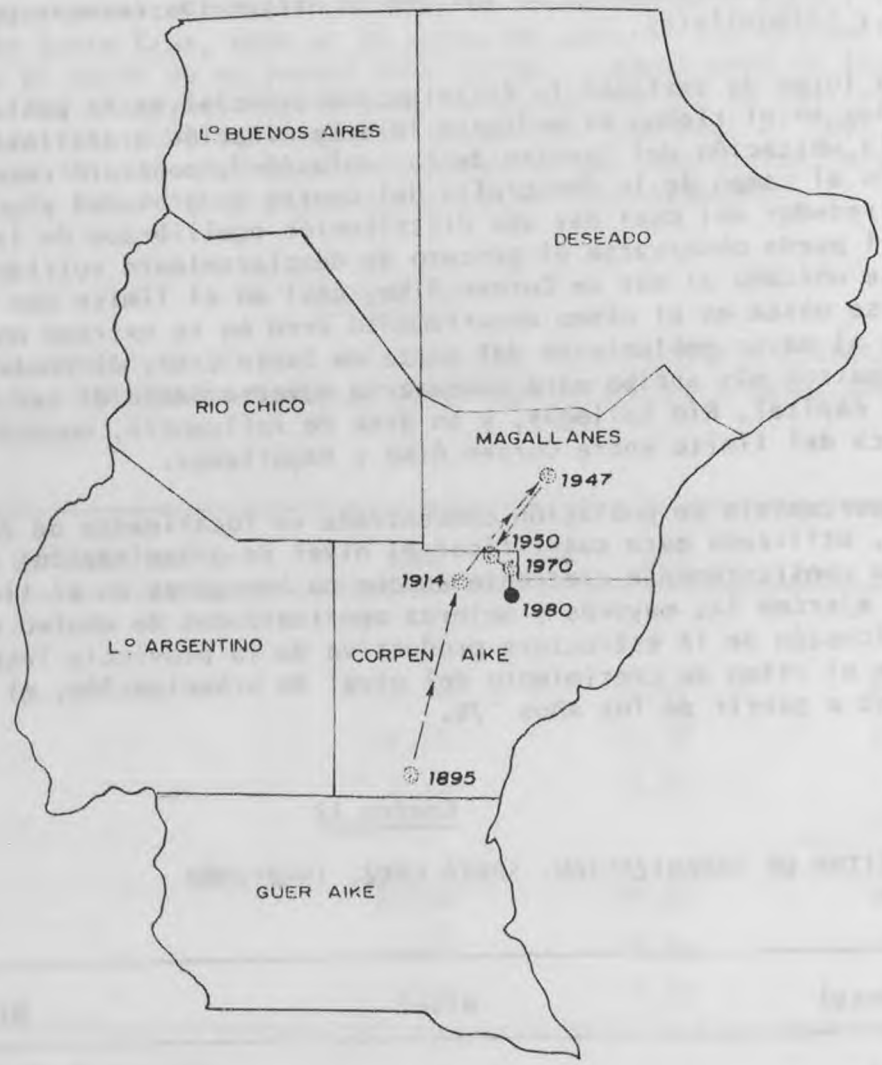
NIVEL Y RITMO DE URBANIZACION. SANTA CRUZ. 1947-1980

Año censal	Nivel	Ritmo*
1947	37,6	
1960	53,6	2,7
1970	74,3	3,2
1980	88,0	1,7

*Medido a través de la tasa anual media del crecimiento del porcentaje de población urbana.

FUENTE: Censos de Población.

MAPA 1 - SANTA CRUZ, CENTRO DE LA POBLACION, 1895 - 1980.



FUENTE CENSO NACIONAL DE POBLACION 1980

Otro indicador expresivo de la fuerte tendencia a la concentración urbana se obtiene al comprobar que la ciudad principal nuclea significativa proporción de la población dentro del total urbano (el 43% en 1980). Esta situación, sin duda es efecto de la acentuación de los desquilibrios regionales del poblamiento y trae como consecuencia un incremento en los índices de densidad sólo en algunas regiones. A su vez, la estructura espacial del poblamiento, a pesar del rápido proceso de urbanización, no ha experimentado mayores cambios ya que el sistema urbano regional, sus órdenes jerárquicos internos y las principales características estructurales no muestran alteraciones de significación en los últimos años, pues el crecimiento de algunos centros --Caleta Olivia y Pico Truncado fundamentalmente-- no altera el patrón estructural del poblamiento.

6. Los hogares

No obstante el hecho de que la información relativa a tipo de hogar está disponible sólo para los años censales 1970 y 1980, puede hablarse del claro predominio en la sociedad santacruceña, como en general en el país, del hogar nuclear, siguiéndole en importancia, aunque a significativa distancia, el hogar extendido. Es importante la proporción de hogares unipersonales.

Cuadro 13

DISTRIBUCION DE LOS HOGARES SEGUN TIPO Y TAMAÑO MEDIO DE LOS HOGARES. SANTA CRUZ. 1960-1980.

Tipo de hogar	1960	1970	1980
Unipersonal	11,6	15,2	13,0
Nuclear		52,0	54,6
Extendido	81,7	20,0	19,4
Compuesto		12,8	13,0
Tamaño medio	3,9	3,8	3,9

FUENTE: Censos de Población

El tamaño medio de la familia santacruceña prácticamente no ha variado en los últimos 20 años y demuestra que la "familia tipo" nunca ha sido demasiado grande.

7. Caracterización de la estructura productiva

En medio de un clima riguroso y de un suelo desprovisto de agua, las actividades económicas que se desarrollan en Santa Cruz, están basadas en la

explotación y exportación hacia otras áreas de los recursos naturales para los que la provincia evidencia ventajas comparativas que compensan los costos de transporte. Así es que, desde su inserción al aparato productivo nacional la evolución de la economía santacruceña ha girado siempre en torno a las actividades del sector primario. En esta evolución es posible distinguir 3 etapas:

1) Un primer período desde fines del siglo pasado hasta los años 1940, en el que la cría del ovino --de doble propósito-- constituyó la única actividad económica motivada e impulsada por la demanda de un mercado externo. Los recursos --clima, suelo y pasturas-- aportaron el escenario propicio para asociar a la región al modelo agroexportador, modelo de desarrollo que tuvo un impacto relativo en el poblamiento.

2) A partir de 1940 --en una segunda etapa-- y también debido a estímulos exteriores, la actividad extractiva de carbón, gas y petróleo diversificó la estructura productiva. Pero estas actividades no permitieron una difusión amplia de efectos económicos ya que se constituyeron en enclaves sin integración a la economía provincial ni en la utilización de insumos y factores ni en la venta de sus productos.

3) La tercera etapa se identifica con la expansión de las áreas productivas de hidrocarburos.

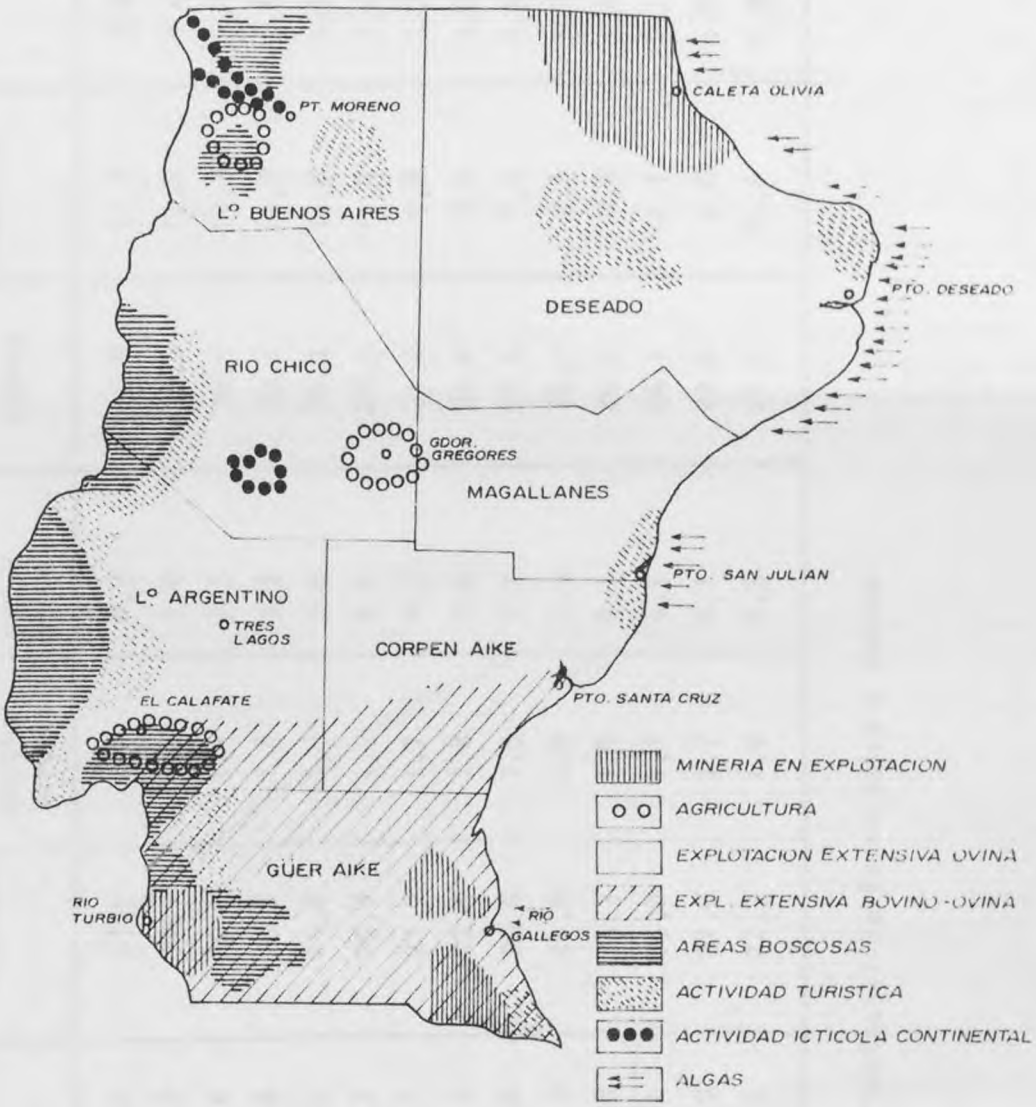
Un breve análisis sectorial de las estimaciones del Producto Bruto Geográfico permiten cuantificar acabadamente el cuadro de situación descripto. Dentro del sector "agropecuario, silvicultura, caza y pesca" la ganadería ovina juega un rol particularmente significativo ya que la ganadería vacuna --si bien con perspectivas de franca expansión-- y la agricultura carecen prácticamente de significación a nivel regional. La caída de los precios internacionales de la lana producida por la competencia en el mercado mundial de las fibras sintéticas y el manejo irracional del recurso del suelo se conjugan para explicar la disminución de la participación relativa de este sector en la composición del producto total (cuadro 14).

El sector "explotación de minas y canteras" aporta en promedio la cuarta parte del producto total. Sin embargo, la importante contribución en gas, petróleo y carbón que hace Santa Cruz al país no ha generado efectos económicos de significación tanto por las características tecnológicas capital - extensivas utilizadas, como por la especificidad de la infraestructura que requiere la explotación y por la falta de encadenamientos con que se han desarrollado estas actividades.

El sector "industrias manufactureras" se mantiene constante dentro de su reducida significación. En el caso de Santa Cruz, con un reducido mercado de consumo interno, los bienes manufacturados requeridos para dar satisfacción a las necesidades de su población se obtienen fundamentalmente de áreas extra regionales gracias al poder de compra creado en su sector exportador.

Los sectores "electricidad, gas y agua"; "transporte, almacenamiento y comunicaciones" y "establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas" aumentan su importancia (especialmente el primero) dentro de su reducida significación.

MAPA 2 - SANTA CRUZ, RECURSOS ECONOMICOS.



FUENTE REPRODUCIDO DE PROV. DE SANTA CRUZ, SUBSECRETARIA DE PLANEAMIENTO, 1982. *DIAGNOSTICO PROVINCIAL*.

El sector "construcción", muestra fuertes fluctuaciones. Finalmente, el sector "comercio" evidencia una ligera tendencia declinante en su importancia relativa mientras que el sector "servicios" acrecienta paulatina pero sostenidamente su participación. Esta situación se vincula estrechamente al altísimo grado de urbanización y a la inexistencia de una estructura industrial diversificada y/o integrada.

Cuadro 14

ESTRUCTURA DEL PRODUCTO BRUTO GEOGRAFICO. SANTA CRUZ. 1970-1983.

Año	Total	Agropecuario	Minería	Industrias Manufactureras	Electricidad, gas y agua	Construcciones	Comercio	Transporte	Bancos y seguros	Servicios
1970	100,0	16,1	33,9	1,7	0,9	12,8	11,0	3,6	3,5	16,5
1971	100,0	14,4	29,3	2,4	1,0	17,7	11,2	3,8	3,3	16,9
1972	100,0	10,6	20,4	1,4	2,3	36,5	10,0	3,4	2,6	12,8
1973	100,0	12,6	24,2	1,8	3,3	23,1	13,7	3,8	3,2	14,3
1974	100,0	10,4	24,8	1,9	3,8	14,2	15,8	4,5	3,9	20,7
1975	100,0	8,7	22,0	1,7	4,4	23,5	11,8	3,6	3,0	21,3
1976	100,0	10,0	21,7	1,7	4,5	21,6	9,8	3,7	2,5	24,5
1977	100,0	9,5	22,3	1,8	3,6	20,6	9,0	3,5	2,7	27,0
1978	100,0	8,6	20,6	1,5	3,2	27,5	9,6	2,9	2,7	23,4
1979	100,0	9,4	24,6	2,0	3,9	16,3	8,8	3,7	3,5	27,8
1980	100,0	9,8	24,3	1,8	4,1	20,2	8,8	3,8	4,0	23,2
1981	100,0	10,6	25,0	1,7	4,5	14,1	10,1	4,2	3,3	26,5
1982	100,0	8,0	21,0	1,7	4,1	27,4	9,6	4,8	3,4	20,0
1983	100,0	7,5	22,7	1,9	4,5	21,4	11,6	4,5	4,3	21,6

FUENTE: Dirección Provincial de Estadística y Censos.

III. NIVELES Y TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD Y SEXO

La mortalidad durante el primer año de vida se divide frecuentemente en mortalidad neonatal, la que ocurre en el transcurso del primer mes de vida y la mortalidad postneonatal la que acontece después del primer mes hasta el año de edad. Esta distinción entre neonatal y postneonatal sirve para separar aproximadamente los componentes endógenos y exógenos de la mortalidad infantil, que responden a la influencia de factores biológicos y del medio respectivamente, y que requieren distintas clases de medidas para ser controlados.

La más difícil de reducir si consideramos lo expresado en el párrafo anterior es la mortalidad neonatal; muestra clara de ello son los países industrializados que han realizado grandes progresos y que lograron el descenso de la mortalidad infantil controlando sobre todo los factores del medio.

En la provincia de Santa Cruz la tasa de mortalidad infantil ha desdendido desde un nivel de 50,9 o/oo nacidos vivos en el año 1976 a 32,9 o/oo en 1981 a expensas, fundamentalmente, de la mortalidad postneonatal, que disminuyó de 26,5 o/oo a 11,9 o/oo en el mismo período (cuadro 1 y gráfico 1.A).

Las cifras revelan que la mortalidad neonatal prácticamente no se modifica debido a que las pequeñas disminuciones que se observan en el grupo de 7 a 27 días se compensan con el alza que experimenta la mortalidad de 1 a 6 días en los años 1979 y 1980 y con la registrada por la mortalidad de menos de 1 día en los años 1977, 1978 y 1981.

Cuadro 15

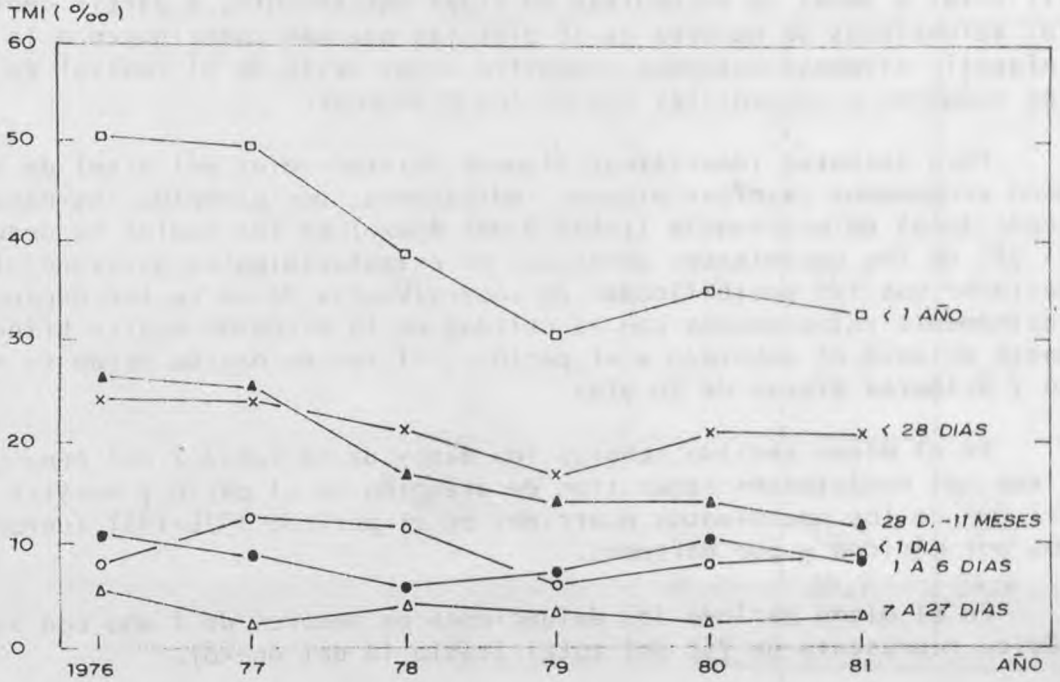
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD. AMBOS SEXOS. SANTA CRUZ. 1976-1981

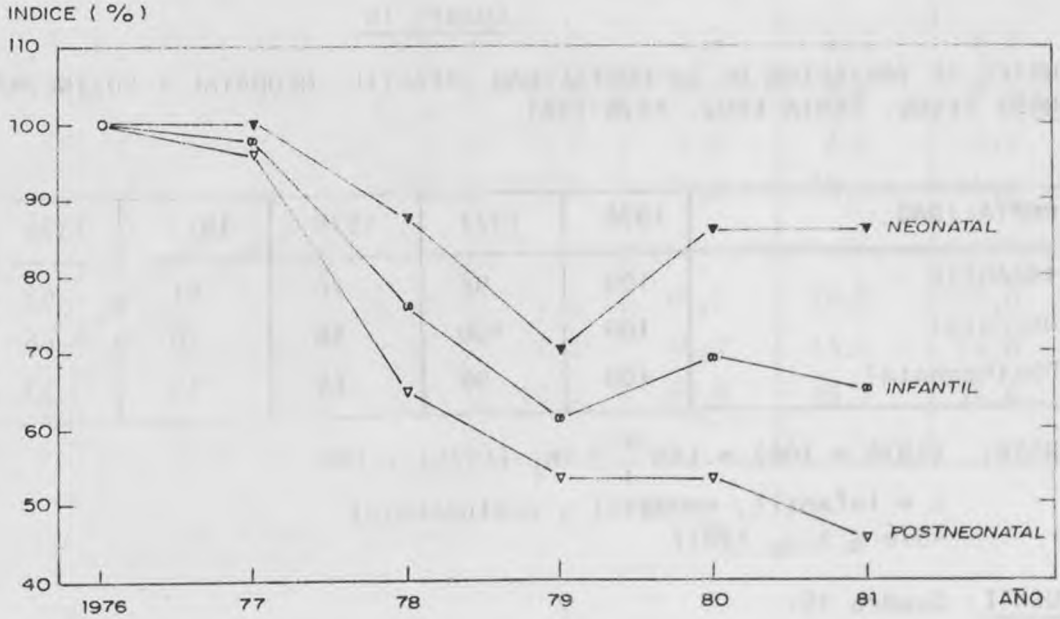
(por 1000 nacidos vivos)

E D A D	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Menos de 1 día	8,2	12,7	11,8	6,1	8,1	9,5
1 - 6 días	10,7	9,3	5,7	7,4	10,6	8,6
7 - 27 días	5,5	2,4	4,0	3,5	2,4	2,9
28 días - 11 m.	26,5	25,5	17,1	14,1	14,2	11,9
Menos de 28 días	24,4	24,4	21,5	17,0	21,1	21,0
28 días - 11 m.	26,5	25,5	17,1	14,1	14,2	11,9
Menos de 1 año	50,9	49,9	38,6	31,1	35,3	32,9

FUENTE: Anexo, tablas 1 y 2.

GRAFICO 1 - SANTA CRUZ, MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD AMBOS SEXOS, 1976 - 1981.





FUENTE : CUADROS 15 y 16

Al relacionar cada uno de los valores de las tasas de mortalidad con el valor que éstas tenían en 1976 (el gráfico 1.B y el cuadro 2 muestran las variaciones con respecto a ese valor) se confirman las tendencias enunciadas. La mortalidad postneonatal disminuye su incidencia sobre la mortalidad infantil total y ambas se encuentran en etapa descendente; a partir de 1978, son las defunciones de menores de 28 días las que más contribuyen a la mortalidad infantil, circunstancia que demuestra mayor éxito en el control de los factores exógenos o ambientales que de los endógenos.

Para intentar identificar algunos determinantes del nivel de este fenómeno proponemos observar algunos indicadores; por ejemplo, los nacimientos según local de ocurrencia (tabla 9 del Anexo) de los cuales se deduce que el 99% de los nacimientos acontecen en establecimientos asistenciales. Cabe destacar que las posibilidades de supervivencia de un recién nacido están íntimamente relacionadas con la calidad de la atención médica brindada a la madre durante el embarazo y el parto y, al recién nacido desde su nacimiento y primeras etapas de su vida.

En el mismo sentido señalan los datos de la tabla 2 del Anexo, que contiene los nacimientos según tipo de atención en el parto y muestra que más del 99% de los nacimientos ocurridos en el período 1976-1981 fueron atendidos por médicos y por parteras.

En el mismo período las defunciones de menores de 1 año con atención médica representa un 75% del total (tabla 10 del Anexo).

Cuadro 16

INDICE DE VARIACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL. AMBOS SEXOS. SANTA CRUZ. 1976-1981

MORTALIDAD	1976	1977	1978	1979	1980	1981
INFANTIL	100	98	76	61	69	65
Neonatal	100	100	88	70	86	86
Postneonatal	100	96	65	53	53	45

NOTA: $(1976 = 100) = (TM_i^t / TM_i (1976) \times 100$

i = infantil, neonatal y postneonatal

$1976 \leq t \leq 1981)$

FUENTE: Cuadro 15.

El análisis de la mortalidad infantil por sexo y grupos etáreos en Santa Cruz, permite ver oscilaciones similares a las ya detectadas en el nivel de riesgo correspondiente a ambos sexos y las diferencias entre sexos que, con desmedro para los varones, se observan en los diferentes grupos de edades, en especial en los primeros días de vida (cuadro 17 y gráfico 2).

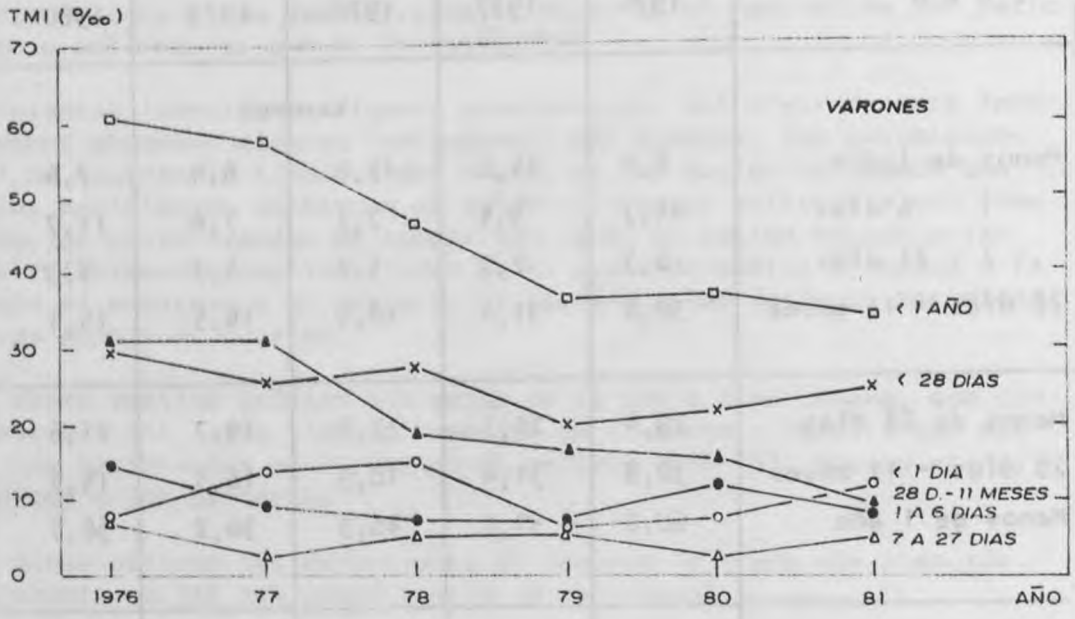
Cuadro 17

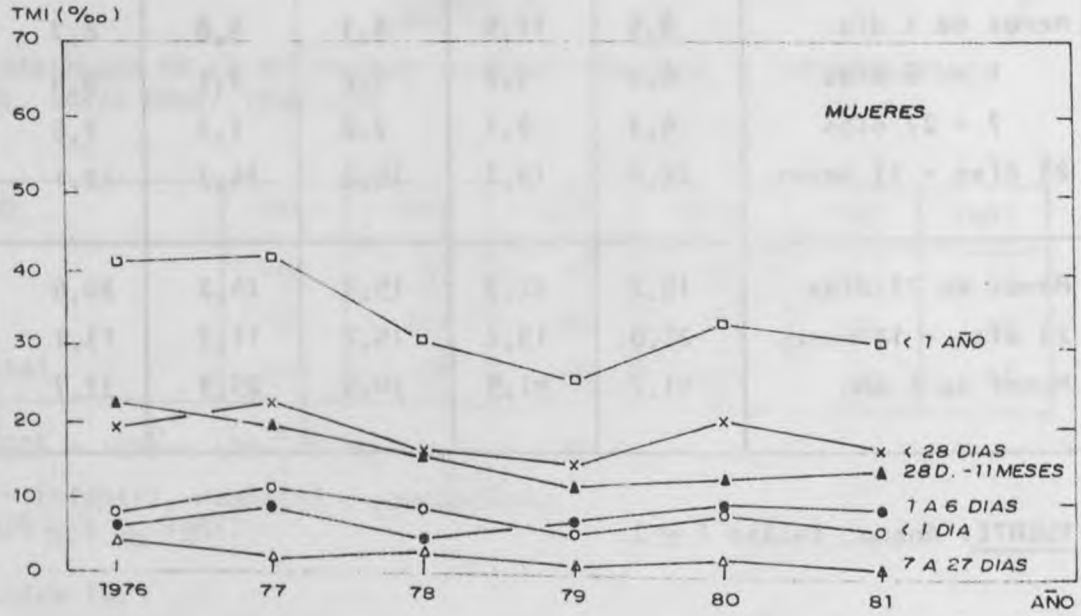
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD y POR SEXO. SANTA CRUZ. 1976 - 1981

E D A D	1976	1977	1978	1979	1980	1981
			Varones			
Menos de 1 día	8,0	14,0	15,0	6,4	7,6	12,1
1 - 6 días	14,7	9,4	7,2	7,6	11,7	8,1
7 - 27 días	6,7	2,7	5,2	5,7	2,3	4,6
28 días - 11 meses	30,8	31,4	18,9	16,5	15,1	9,8
Menos de 28 días	29,4	26,1	27,4	19,7	21,6	24,8
28 días - 11 meses	30,8	31,4	18,9	16,5	15,1	9,8
Menos de 1 año	60,2	57,5	46,3	36,2	36,7	34,6
			Mujeres			
Menos de 1 día	8,5	11,4	8,3	5,8	8,7	6,7
1 - 6 días	6,4	9,2	4,2	7,1	9,4	9,1
7 - 27 días	4,3	2,1	2,8	1,3	2,5	1,2
28 días - 11 meses	22,0	19,2	15,2	11,7	13,1	14,0
Menos de 28 días	19,2	22,7	15,3	14,2	20,6	17,0
28 días - 11 meses	22,0	19,2	15,2	11,7	13,1	14,0
Menos de 1 año	41,2	41,9	30,5	25,9	33,7	31,0

FUENTE: Anexo, tablas 1 y 2.

GRAFICO 2 - SANTA CRUZ, MORTALIDAD INFANTIL POR SEXO Y EDAD, 1976 - 1981 .





FUENTE CUADRO 17

Se observan separaciones extremas como por ejemplo en la mortalidad de menores de 1 día en el período 1977-1978, en que la tasa de varones se encuentra alrededor de un 15 o/oo y la de mujeres en un 10 o/oo; ambas se acercan en el año 1979 para volver a ampliarse la brecha en el año 1981.

En cambio, en la mortalidad postneonatal, que ha disminuído constantemente en cada sexo hasta 1979, se observa un leve incremento en la correspondiente a mujeres a partir de esa fecha, el que se acentúa hacia 1981, conduciendo a sobremortalidad postneonatal femenina al final del período, ya que el riesgo de muerte de los varones de estas edades continúa en descenso desde 1979 en adelante. Esta característica, es decir la sobremortalidad femenina, se observa también en 1981 en el grupo de edades de 1 a 6 días (ver cuadro 17).

El riesgo de muerte en los niños de 28 días a 11 meses muestra un significativo descenso en el sexenio considerado, desde un nivel de 31 o/oo hasta el 10 o/oo en el caso de los varones y desde el 22 o/oo hasta 14 o/oo en el de las mujeres.

La mortalidad neonatal en los varones oscila entre niveles de 29 y 20 o/oo y la correspondiente a las mujeres entre 23 y 14 o/oo; no se verifican cambios considerables entre 1976 y 1981, aunque el riesgo de morir antes de los 28 días se redujo alrededor del 15% entre los varones y sólo el 11% entre las mujeres.

El riesgo de muerte en los menores de 1 año descendió desde el 60 o/oo al 35 o/oo en los varones y desde el 41 o/oo al 31 o/oo en las mujeres, observándose sobremortalidad masculina (ver cuadro 17) en todos los años.

IV. MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS

Las muertes infantiles han sido agrupadas según criterios de "evitabilidad", clasificándolas de acuerdo a los factores o acciones que pudieran reducir o evitar la muerte por tales causas, con la finalidad de orientar los programas y planes de actividades y servicios hacia el descenso de la mortalidad infantil.

En la interpretación de los resultados se deberá tener en cuenta que existen factores que pueden incidir en la calidad de los datos y en su comparabilidad a través de los años. Por ejemplo, la aplicación de la 9a. Revisión de la CIE en reemplazo de la 8a. que se utilizó hasta el año 1978 inclusive, puede ser uno de los determinantes de la variación de los riesgos de muerte por algunas causas entre los períodos 1976-1978 y 1979-1981. Otro factor que influye en la calidad de la certificación de causas de muerte es el tipo de declarante aunque es también importante que este declarante haya atendido al enfermo; en este aspecto se observa que durante el sexenio 1976-1981 el 100% de las defunciones de menores de 1 año fueron certificadas por médicos,* mientras que varía entre el 69% y el 79% la proporción de defunciones infantiles que tuvieron atención médica (tabla 10 del Anexo).

El porcentaje de causas desconocidas o mal definidas es otro factor que incide en la calidad de los datos y su variabilidad a través de los años limita la comparabilidad. En la parte B de los cuadros 18 y 19 se observa que la proporción de causas desconocidas en menores de 28 días es baja, excepto en el año 1980; en cambio en la mortalidad postneonatal el porcentaje es relativamente alto, a pesar de que el 100% de las defunciones fueron certificadas por médicos, como se enunciara anteriormente. Respecto del total de muertes infantiles, las correspondientes a causas desconocidas representaron alrededor del 7% en los años 1976 y 1977 y cerca del 10% en los tres últimos años del período. El porcentaje de 1978 fue bastante inferior, próximo al 4%.

Al analizar la información del cuadro 18 y el gráfico 3, se observa cómo se invierten los niveles de mortalidad por "causas reducibles" y "parcialmente reducibles" en los períodos 1976-1978 y 1979-1981 en la mortalidad neonatal. En el primer trienio, la mortalidad por causas reducibles presenta una tendencia al descenso y comienza a aumentar a partir del año 1979 en contraposición a la de las causas parcialmente reducibles que muestra un marcado descenso entre 1978 y 1979 manteniendo luego el nivel.

Es de destacar que el riesgo de muerte por causas reducibles aumentó en el segundo período a un 10 o/oo aproximadamente (cuadro 18), como consecuencia del incremento del riesgo por causas reducibles por diagnóstico y tratamiento médico precoz, fundamentalmente, que en el año 1981 se encuentra en un nivel próximo a 5 o/oo (cuadro 18).

---

*Tablas 33 (1976-1979) y 21 (1980-1981), Dirección Nacional de Estadísticas de Salud, Programa de Estadísticas Vitales.

Cuadro 18

MORTALIDAD NEONATAL POR CAUSA DE MUERTE. SANTA CRUZ. 1976-1981.

CAUSAS	1976	1977	1978	1979	1980	1981
A- Tasas (o/oooo)						
REDUCIBLES POR:						
. Buen control del embarazo	34,4	68,9	33,6	64,2	90,5	118,5
. Buena atención del parto	481,9	447,8	302,2	224,6	211,1	237,0
. Diagnóstico y tratamiento médico precoz	206,5	172,2	134,3	320,8	693,6	533,3
. Buenas cond. de saneamiento	--	--	134,3	32,1	90,5	--
. Otras reducibles	137,7	34,4	67,2	64,2	60,3	59,3
. Accidentes	68,8	34,4	33,6	96,2	--	118,5
TODAS LAS REDUCIBLES	929,4	757,8	705,2	802,1	1146,0	1066,7
PARCIALMENTE REDUCIBLES	654,0	1309,0	1108,1	545,4	422,2	622,2
NO EVITABLES	481,9	172,2	235,1	288,7	271,4	296,3
OTRAS CAUSAS	344,2	172,2	100,7	32,1	60,3	29,6
DESCONOCIDAS	34,4	34,4	--	32,1	211,1	88,9
TODAS LAS CAUSAS	2444,1	2445,7	2149,1	1700,4	2111,0	2103,7
B- Estructura (o/o)						
REDUCIBLES POR:						
. Buen control del embarazo	1,5	2,8	1,6	3,8	4,3	5,6
. Buena atención del parto	19,7	18,4	14,1	13,2	10,0	11,3
. Diag. y trat. médico precoz	8,5	7,0	6,2	18,9	32,9	25,4
. Buenas cond. de saneamiento	-	-	6,2	1,9	4,3	-
. Otras reducibles	5,6	1,4	3,1	3,8	2,8	2,8
. Accidentes	2,8	1,4	1,6	5,6	--	5,6
TODAS LAS REDUCIBLES	38,0	31,0	32,8	47,2	54,3	50,7
PARCIALMENTE REDUCIBLES	26,8	53,6	51,6	32,1	20,0	29,6
NO EVITABLES	19,7	7,0	10,9	17,0	12,9	14,1
OTRAS CAUSAS	14,1	7,0	4,7	1,9	2,8	1,4
DESCONOCIDAS	1,4	1,4	-	1,9	10,0	4,2
TODAS LAS CAUSAS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Anexo, Tablas 1 y 4.

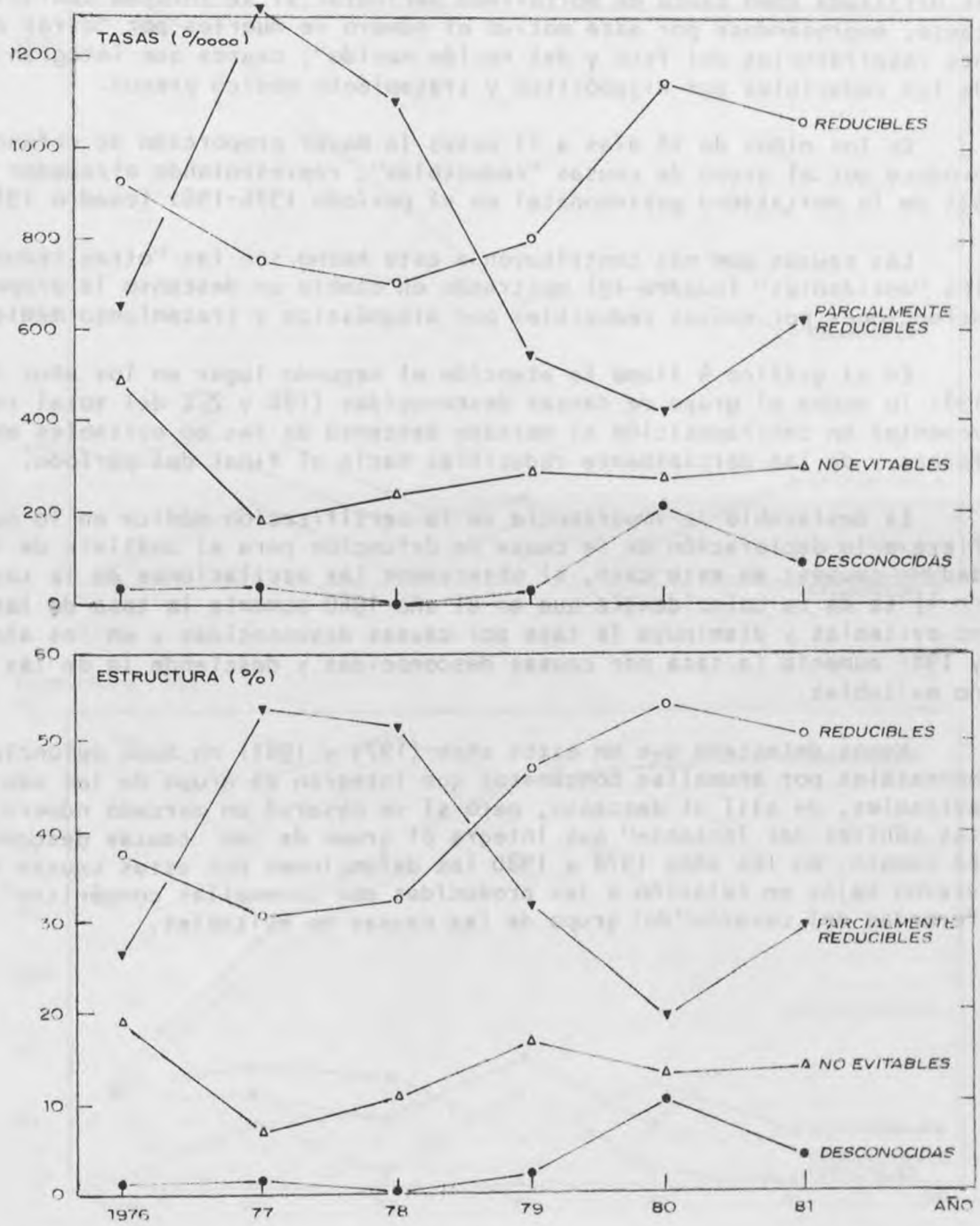
Cuadro 19

MORTALIDAD POSTNEONATAL POR CAUSA DE MUERTE. SANTA CRUZ. 1976-1981

CAUSAS	1976	1977	1978	1979	1980	1981
A- Tasas (o/oooo)						
REDUCIBLES POR:						
. Prevención	68,8	-	-	-	-	29,6
. Diagnóstico y tratamiento médico precoz	413,1	413,4	302,2	96,2	90,5	-
. Buenas cond. de saneamiento	344,2	172,2	100,7	160,4	120,6	88,9
. Otras reducibles	516,4	620,0	403,0	224,6	512,7	266,7
. Accidentes	413,1	310,0	335,8	352,9	150,8	355,6
TODAS LAS REDUCIBLES	1755,6	1515,7	1141,7	834,1	874,5	740,7
PARCIALMENTE REDUCIBLES	34,4	241,1	33,6	192,5	30,2	-
NO EVITABLES	378,7	447,8	268,6	96,2	211,1	88,9
OTRAS CAUSAS	137,7	-	100,7	32,1	180,9	59,2
DESCONOCIDAS	344,2	344,5	167,9	256,7	120,6	296,3
TODAS LAS CAUSAS	2650,6	2549,1	1712,6	1411,6	1417,4	1185,2
B- Estructura (o/o)						
REDUCIBLES POR:						
. Prevención	2,6	-	-	-	-	2,5
. Diagnóstico y tratamiento médico precoz	15,6	16,2	17,6	6,8	6,4	-
. Buenas cond. de saneamiento	13,0	6,8	5,9	11,4	8,5	7,5
. Otras reducibles	19,5	24,3	23,5	15,9	36,2	22,5
. Accidentes	15,6	12,2	19,6	25,0	10,6	30,0
TODAS LAS REDUCIBLES	66,2	59,5	66,6	59,1	61,7	62,5
PARCIALMENTE REDUCIBLES	1,3	9,5	2,0	13,6	2,1	-
NO EVITABLES	14,3	17,6	15,7	6,8	14,9	7,5
OTRAS CAUSAS	5,2	-	5,9	2,3	12,8	5,0
DESCONOCIDAS	13,0	13,5	9,8	18,2	8,5	25,0
TODAS LAS CAUSAS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Anexo, tablas 1 y 4.

GRAFICO 3 - SANTA CRUZ, MORTALIDAD NEONATAL POR CAUSA DE MUERTE, 1976 - 1981.



FUENTE : CUADRO 18

En este fenómeno podría influir lo explicitado acerca del cambio de codificación de las causas de muerte entre 1978 y 1979. Hemos detectado que en el primer trienio el número de defunciones por prematurez (Cod. 777 8a Rev. CIE), que integra el grupo de las parcialmente reducibles, fue muy elevado, mientras que a partir del año 1979 la categoría prematurez (Cod. 765 9a. Rev. CIE) no es utilizada como causa de mortalidad perinatal si se informa cualquier otra causa, engrosándose por este motivo el número de muertes por "otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido", causas que integran el grupo de las reducibles por diagnóstico y tratamiento médico precoz.

En los niños de 28 días a 11 meses la mayor proporción de defunciones se produce por el grupo de causas "reducibles", representando alrededor de un 63% de la mortalidad postneonatal en el período 1976-1981 (cuadro 19).

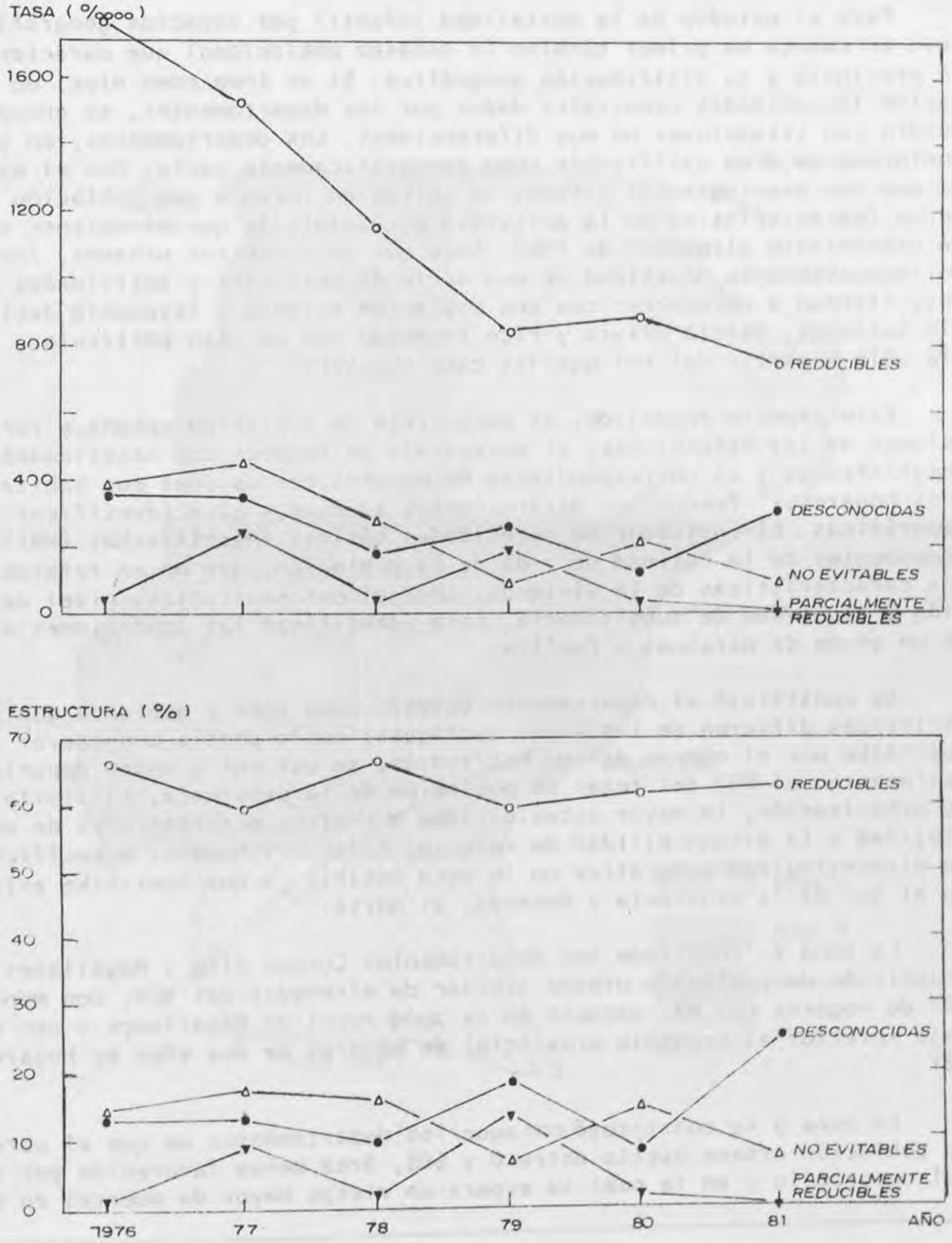
Las causas que más contribuyen a este hecho son las "otras reducibles" y los "accidentes" (cuadro 19) mostrando en cambio un descenso la proporción de defunciones por causas reducibles por diagnóstico y tratamiento médico precoz.

En el gráfico 4 llama la atención el segundo lugar en los años 1979 y 1981 lo ocupa el grupo de causas desconocidas (18% y 25% del total respectivamente) en contraposición al marcado descenso de las no evitables en ambas fechas y de las parcialmente reducibles hacia el final del período.

Es destacable la importancia de la certificación médica en lo que se refiere a la declaración de la causa de defunción para el análisis de la mortalidad por causas; en este caso, si observamos las oscilaciones de la tasa (gráfico 4) se da la coincidencia que en el año 1980 aumenta la tasa de las causas no evitables y disminuye la tasa por causas desconocidas y en los años 1979 y 1981 aumenta la tasa por causas desconocidas y desciende la de las causas no evitables.

Hemos detectado que en estos años (1979 y 1981) no hubo defunciones postneonatales por anomalías congénitas que integran el grupo de las causas no evitables, de allí el descenso, pero sí se observó un marcado número de "muertes súbitas del lactante" que integra el grupo de las causas desconocidas. En cambio, en los años 1978 y 1980 las defunciones por estas causas se mantuvieron bajas en relación a las producidas por "anomalías congénitas" y "enfermedad del corazón" del grupo de las causas no evitables.

GRAFICO 4 - SANTA CRUZ, MORTALIDAD POSTNEONATAL POR CAUSA DE MUERTE, 1976 - 1981.



FUENTE: CUADRO 19.

V. DISTRIBUCION ESPACIAL DE LA MORTALIDAD INFANTIL

Para el estudio de la mortalidad infantil por espacios geográficos, se tuvo en cuenta en primer término la escasez poblacional que caracteriza a la provincia y su distribución geográfica. Si se toma como nivel de desagregación las unidades espaciales dadas por los departamentos, se encuentra un cuadro con situaciones no muy diferenciadas. Los departamentos, en general conforman un área calificable como demográficamente vacía. Con el agravante de que los asentamientos urbanos se ubican en torno a una población rural dispersa (característica de la actividad pecuaria), la que al detener su proceso de crecimiento alrededor de 1960, hace que esos centros urbanos, formados como respuesta a la necesidad de una serie de servicios y actividades comerciales, tiendan a permanecer con una población estable o levemente declinable. Río Gallegos, Caleta Olivia y Pico Truncado son un caso particular, analizable sólo a partir del rol que les cabe cumplir.*

Este aspecto enunciado, el porcentaje de población urbana y rural, el volumen de las defunciones, el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas y el correspondiente de menores de dos años que habita en dichos hogares,** fueron los determinantes adecuados para identificar las áreas geográficas. El indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI) agrupa componentes de la calidad de vida de la población, que hacen referencia a las características de la vivienda, condiciones sanitarias, nivel de instrucción y capacidad de subsistencia, para identificar las condiciones de pobreza de un grupo de personas o familias.

Se constituyó el departamento Deseado como zona 1 debido a que sus características difieren de las áreas contiguas; se lo podría considerar junto con Guer-Aike por el número de sus habitantes, ya que entre ambos departamentos representan el 84% del total de población de la provincia, el similar nivel de urbanización, la mayor accesibilidad a centros asistenciales de mayor complejidad y la disponibilidad de recursos físicos y humanos específicos. Pero la discontinuidad geográfica no lo hace posible ya que Guer-Aike está ubicado al sur de la provincia y Deseado, al norte.

La zona 2, comprende los departamentos Corpen Aike y Magallanes, con una proporción de población urbana similar de alrededor del 90%, con menos del 20% de hogares con NBI excepto en la zona rural de Magallanes y con un porcentaje inferior al promedio provincial de menores de dos años en hogares con NBI.

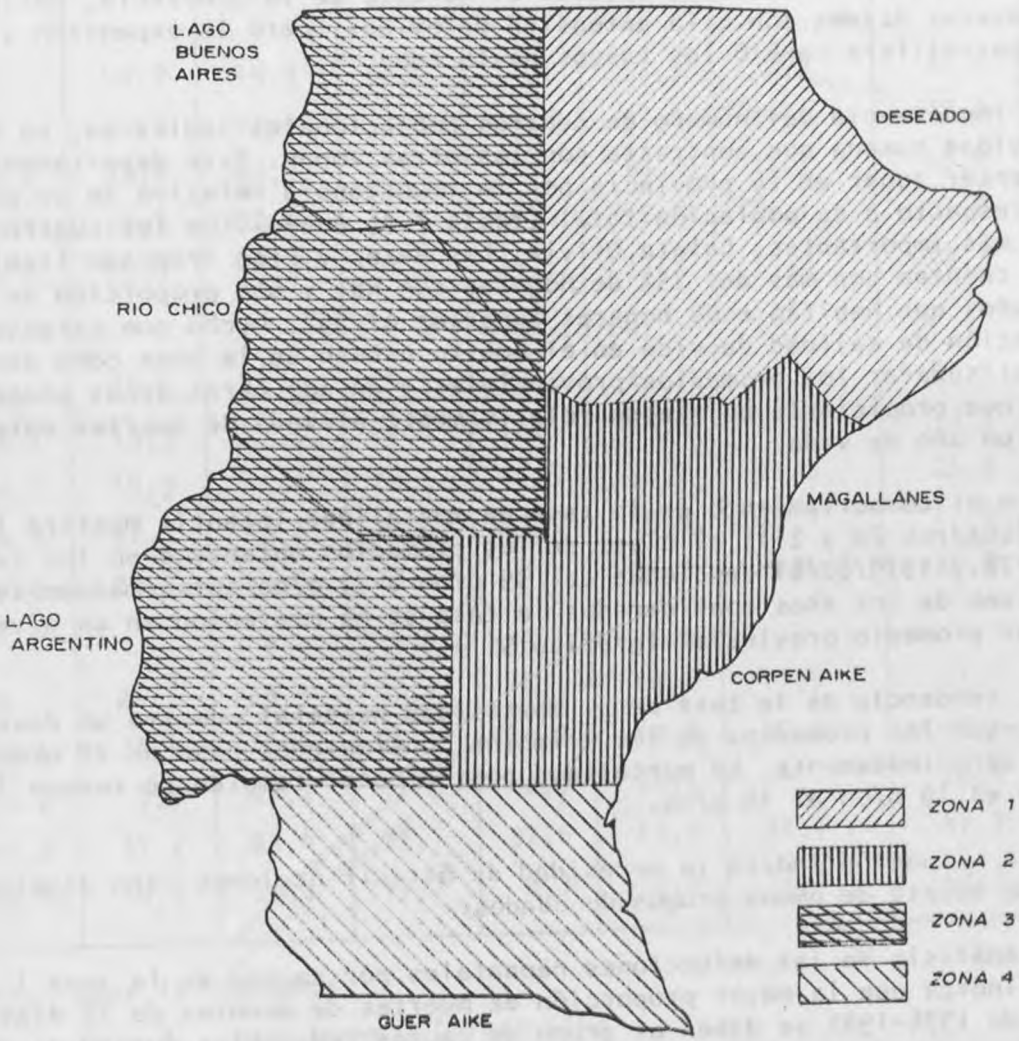
La zona 3 se constituyó con aquellos departamentos en que el porcentaje de población urbana oscila entre 0 y 60%, área menos favorecida por aspectos del desarrollo y en la cual se espera un riesgo mayor de muertes en menores

---

*Atlas demográfico, Dirección de Estadística y Censo, 1970.

**Argentina, INDEC, 1984. La pobreza en la Argentina. Ver tabla 7B, Anexo.

MAPA 3 - SANTA CRUZ, ZONAS GEOGRAFICAS.



de 1 año; involucra a Lago Buenos Aires, Río Chico y Lago Argentino.

La zona 4 comprende el Departamento Guer-Aike donde se sitúa la capital de la provincia, Río Gallegos, que por las características enunciadas en la zona 1 no pudo vincularse a otra área geográfica.

1. Zona I: Departamento Deseado

El departamento Deseado, ubicado al noreste de la provincia, pertenece a las mesetas áridas con cría extensiva de ovinos, pero la expansión y explotación petrolífera cambió los rasgos de la zona.

La importancia del número de centros poblacionales indica ya, un nivel de actividad humana que contrasta con las otras zonas. Este departamento ocupa el tercer lugar en la provincia por la importancia relativa de su población urbana respecto a su población total (tabla 7.A, Anexo). De los cuatro centros urbanos más importantes, Caleta Olivia, Las Heras y Pico Truncado (tabla 7.B, Anexo), cuentan con más del 25% de Hogares con NBI y una proporción de menores de dos años que habitan esos hogares superior al 35%, hecho que caracteriza la situación de calidad de vida en el ámbito urbano de la zona como desfavorable, al superar los promedios provinciales y de las otras áreas geográficas, aspecto que propiciaría un riesgo relativamente elevado de muertes antes de cumplir un año de vida.

Pero el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil muestra lo contrario (cuadros 20 y 21); el nivel de los promedios obtenidos en los trienios 1976/77/78 y 1979/80/81 desciende del 39 o/oo a 31 o/oo aproximadamente, y en cada uno de los años considerados la tasa se ha mantenido en un nivel inferior al promedio provincial (gráfico 5.).

La tendencia de la tasa de mortalidad neonatal muestra un descenso leve y según los promedios de los trienios considerados pasa de 20 o/oo a 16 o/oo aproximadamente. La mortalidad postneonatal también se reduce levemente desde el 19 o/oo al 15 o/oo.

Esta situación indica la necesidad de dirigir acciones para disminuir el riesgo de muerte de ambos grupos de edades.

El análisis de las defunciones neonatales por causas en la zona I (cuadro 22) indica que la mayor proporción de muertes de menores de 28 días en el período 1976-1981 se deben al grupo de causas reducibles que en el año 1981 representan casi el 60% del total.

Las causas parcialmente reducibles descienden bruscamente a partir del año 1979 coincidiendo con el comportamiento de las tasas de mortalidad neonatal de la provincia por estas causas (gráfico 3).

En las defunciones de niños de 28 días a 11 meses son las causas reducibles las que también ocupan el primer lugar, ya que representan el 90% y el 54% de todas las causas postneonatales en los años 1976 y 1981 respectivamente (cuadro 23).

Cuadro 20

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL POR ZONAS GEOGRAFICAS. AMBOS SEXOS. SANTA CRUZ. 1976-1981

Z O N A	1976	1977	1978	1979	1980	1981	Promedio	
							76-78	79-81
			I N F A N T I L (o/oo)					
TOTAL	50,9	49,9	38,6	31,1	35,3	32,9	46,5	33,7
Zona 1	40,7	37,7	37,9	30,2	33,8	29,1	38,8	31,1
Zona 2	29,8	82,5	27,5	51,7	50,3	21,2	46,8	41,0
Zona 3	58,5	102,6	37,7	60,5	48,9	51,1	65,6	53,5
Zona 4	59,4	48,3	40,5	25,5	32,7	34,9	49,3	31,3
			N E O N A T A L (o/oo)					
TOTAL	24,4	24,4	21,5	17,0	21,1	21,0	23,5	20,0
Zona 1	19,3	17,3	21,8	15,5	14,0	18,6	19,5	16,1
Zona 2	19,9	41,2	16,5	11,5	30,2	21,2	26,0	21,4
Zona 3	21,3	19,2	12,6	27,9	35,6	28,4	17,9	30,8
Zona 4	28,7	27,3	22,8	17,2	23,2	22,0	26,2	20,9
			P O S T N E O N A T A L (o/oo)					
TOTAL	26,5	25,5	17,1	14,1	14,2	11,9	23,0	13,7
Zona 1	21,4	20,4	16,1	14,7	19,8	10,5	19,3	15,0
Zona 2	9,9	41,2	11,0	40,2	20,1	--	20,8	19,6
Zona 3	37,2	83,4	25,1	32,6	13,3	22,7	47,7	22,7
Zona 4	30,7	21,0	17,7	8,3	9,5	12,9	23,1	10,4

NOTA: Zona 1: Deseado
Zona 2: Magallanes Y Corpen-Aike
Zona 3: Lago Bs.As., Lago Argentino y Río Chico
Zona 4: Guer-Aike

FUENTE: Anexo, tablas 1 y 3.

Cuadro 21

RELACION ENTRE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL DE CADA ZONA Y LAS CORRESPONDIENTES DE LA PROVINCIA. SANTA CRUZ. 1976-1981

Z O N A	1976	1977	1978	1979	1980	1981
		I N F A N T I L				
TOTAL	100	100	100	100	100	100
Zona 1	80	76	98	97	96	89
Zona 2	58	165	71	166	143	64
Zona 3	115	205	98	194	139	155
Zona 4	117	97	105	82	93	106
		N E O N A T A L				
TOTAL	100	100	100	100	100	100
Zona 1	79	71	101	91	66	89
Zona 2	81	168	77	68	143	101
Zona 3	87	79	59	164	169	135
Zona 4	117	112	106	101	110	104
		P O S T N E O N A T A L				
TOTAL	100	100	100	100	100	100
Zona 1	81	80	94	104	139	89
Zona 2	37	161	64	285	142	--
Zona 3	140	327	147	231	94	192
Zona 4	116	82	103	59	67	109

NOTA: Relación = $(TM_i^t\ (x)\ /\ TM_i^t)^*\ 100$

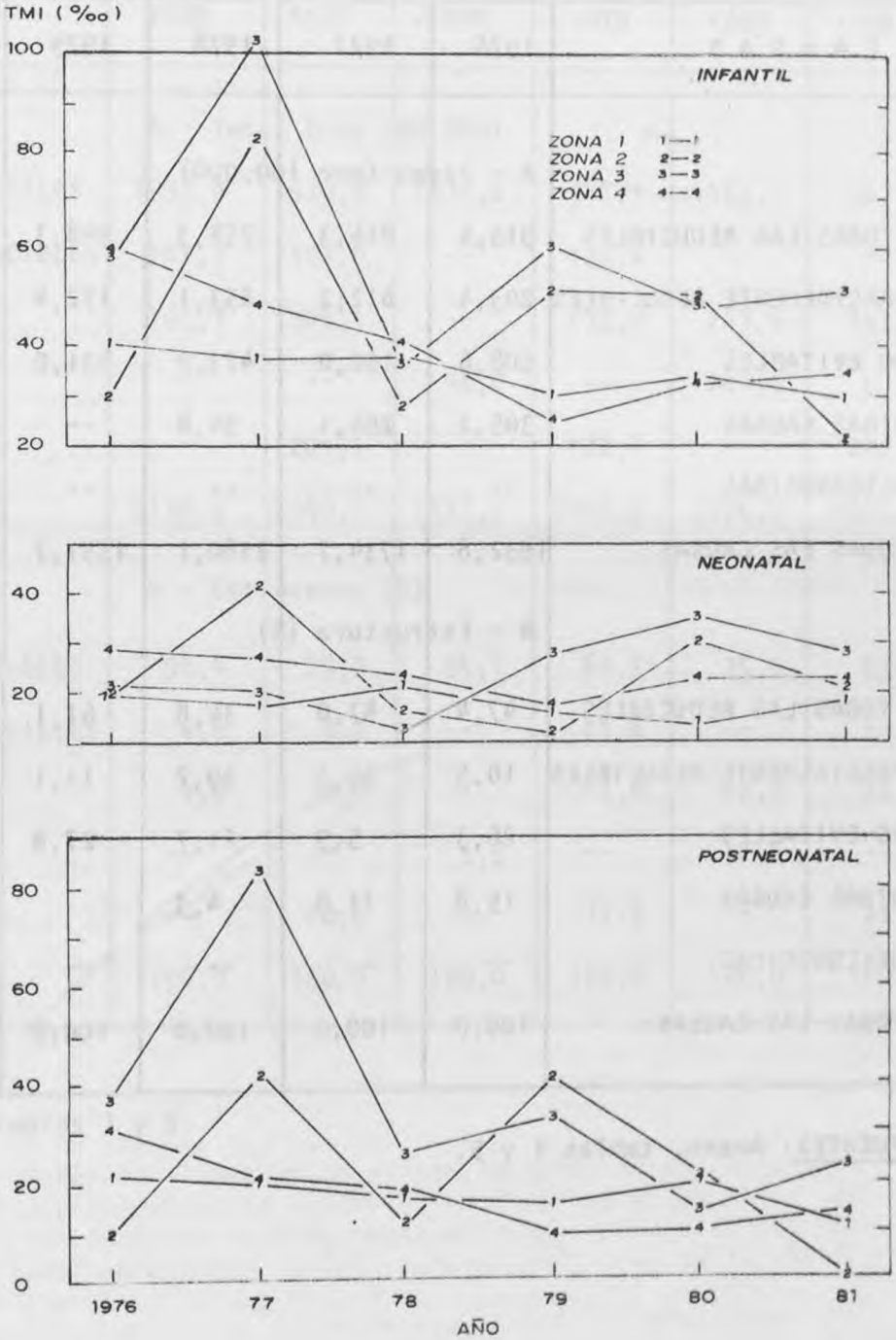
i = infantil, neonatal y postneonatal

$1976 \leq t \leq 1981$

x = zona, $1 \leq x \leq 4$.

FUENTE: Cuadro 20

GRAFICO 5 - SANTA CRUZ, TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL POR ZONAS GEOGRAFICAS AMBOS SEXOS, 1976 - 1981.



FUENTE : CUADRO 20.

Cuadro 22

MORTALIDAD NEONATAL POR CAUSA DE MUERTE. SANTA CRUZ: ZONA I. 1976-1981.

C A U S A S	1976	1977	1978	1979	1980	1981
	A - Tasas (por 100.000)					
TODAS LAS REDUCIBLES	915,6	816,3	758,3	948,3	823,7	1053,5
PARCIALMENTE REDUCIBLES	203,4	612,2	853,1	172,4	82,4	486,2
NO EVITABLES	508,6	102,0	473,9	431,0	329,5	243,1
OTRAS CAUSAS	305,2	204,1	94,8	--	--	81,0
DESCONOCIDAS	--	--	--	--	164,7	--
TODAS LAS CAUSAS	1932,8	1734,7	2180,1	1551,7	1400,3	1863,8
	B - Estructura (%)					
TODAS LAS REDUCIBLES	47,4	47,0	34,8	61,1	58,8	56,5
PARCIALMENTE REDUCIBLES	10,5	35,3	39,2	11,1	5,9	26,2
NO EVITABLES	26,3	5,9	21,7	27,8	23,5	13,0
OTRAS CAUSAS	15,8	11,8	4,3	--	--	4,3
DESCONOCIDAS	--	--	--	--	11,8	--
TODAS LAS CAUSAS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTES: Anexo, tablas 1 y 5.

Cuadro 23

MORTALIDAD POSTNEONATAL POR CAUSA DE MUERTE. SANTA CRUZ. ZONA I. 1976-1981

C A U S A S	1976	1977	1978	1979	1980	1981
	A - Tasas (por 100.000)					
TODAS LAS REDUCIBLES	1932,8	1530,6	1516,6	948,3	1482,7	567,3
PARCIALMENTE REDUCIBLES	101,7	102,0	--	172,4	--	--
NO EVITABLES	101,7	204,1	--	172,4	247,1	243,1
OTRAS CAUSAS	--	--	94,8	--	247,1	--
DESCONOCIDAS	--	204,1	--	172,4	--	243,1
TODAS LAS CAUSAS	2136,3	2040,8	1611,4	1465,5	1976,9	1053,5
	B - Estructura (%)					
TODAS LAS REDUCIBLES	90,4	75,0	94,1	64,7	75,0	53,8
PARCIALMENTE REDUCIBLES	4,8	5,0	--	11,8	--	--
NO EVITABLES	4,8	10,0	--	11,8	12,5	23,1
OTRAS CAUSAS	--	--	5,9	--	12,5	--
DESCONOCIDAS	--	10,0	--	11,8	--	23,1
TODAS LAS CAUSAS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTES: Anexo, tablas 1 y 5.

Lo espuesto pone en evidencia que es posible la reducción de las tasas de mortalidad neonatal y postneonatal en esta zona mediante la implementación de programas específicos de atención médica y atención primaria de la salud, educación para la salud y saneamiento ambiental.

2. Zona II: Corpen Aike y Magallanes

La severidad ecológica, la monoactividad lanera, la depresión económica y el vacío humano caracterizan a esta zona. Los tres asentamientos urbanos: Santa Cruz, Piedra Buena y San Julián cumplen roles semejantes como centros de servicios y comercios para el "Hinterland" ganadero. La situación costera de la región plantea posibilidades de diversificación económica mediante el aprovechamiento de la riqueza ictícola.

En el ámbito urbano las condiciones de calidad de vida son favorables ya que sólo el 13% en promedio de los hogares presentan NBI y el 20% de menores de dos años habitan esos hogares, este último indicador presenta niveles superiores en el área rural con un porcentaje en promedio de 31,2% (tabla 7.A, anexo).

La mortalidad infantil en esta zona muestra fuertes oscilaciones al ser analizado el fenómeno anualmente (cuadro 20 y gráfico 5.A). Las estimaciones de las tasas promedio 1976/77/78 y 79/80/81 indican niveles altos: 46,8 o/oo y 41 o/oo respectivamente.

El cuadro 21 permite observar que en los años 77, 79 y 80 los niveles de las tasas de mortalidad infantil de esta zona superaron el nivel provincial.

Las oscilaciones bruscas de las tasas anuales hacen más difícil aún el análisis de la tendencia de la mortalidad neonatal y postneonatal; los promedios de los trienios (1976-78) y (1979-81) indican un descenso para la mortalidad de niños menores de 28 días superando los promedios provinciales y el estancamiento de la correspondiente del grupo de 28 días a 11 meses; ambas se ubican en el último período alrededor del 20 o/oo.

Tanto para esta zona como para la III, es imposible el análisis de la mortalidad infantil por causa de muerte debido al reducido número de casos.

3. Zona III: Lago Buenos Aires, Río Chico y Lago Argentino

Esta región se ubica al oeste, en la zona cordillerana y precordillerana abarcando parte de la meseta central. El aislamiento y la escasez poblacional caracterizan a los tres departamentos que la componen, pero que difieren entre sí por particularidades debidas esencialmente al paisaje y al clima.

El departamento Lago Argentino es un sector de ovinicultura antigua y relativamente próspera y con recursos turísticos de gran valor; al norte, en el departamento Lago Buenos Aires, la posibilidad de riego y las condiciones de microclima permiten un desarrollo relativo de chacras y una actividad ga-

nadera más intensiva mientras que en el tercer departamento, Río Chico, ubicado en la meseta central, se desarrolla la monoactividad lanera en un medio ecológico muy pobre.

Existen evidencias de que en las sociedades menos desarrolladas el nivel de mortalidad en las áreas rurales es más alto que en las ciudades, lo que determina una correlación inversa entre el grado de urbanización y el nivel de mortalidad (Muller, 1984:29). El rasgo característico de esta zona es el predominio de población rural y, en ese ámbito, los hogares con NBI y los menores de dos años que viven en ellos representan el 25% y el 30% respectivamente (tabla 7.A, Anexo).

El elevado riesgo de muerte en los niños menores de un año se confirma al observar los cuadros 20 y 21. La tasa de mortalidad infantil indica que esta zona es poco favorecida ya que para la mayoría de los años del período 1976-1981 las tasas se presentan superiores a los promedios para la provincia (gráfico 5.A) y si se observan los promedios trienales de esta zona, se notan que son los más elevados de la provincia.

Es notable el descenso de las tasas de mortalidad postneonatal en el trienio 1979-1981 respecto al anterior, y el marcado crecimiento de la tasa de mortalidad neonatal entre esos mismos períodos; esta tasa supera el promedio de la provincia en el último trienio mientras que no lo hacía en el primero.

4. Zona IV: Departamento Guer-Aike

Se encuentra ubicado en el extremo sur de la provincia, su cabecera departamental es la ciudad de Río Gallegos que es la capital de la provincia. Los otros centros poblacionales del departamento son El Turbio, 28 de Noviembre, Julia Doufour y Yacimiento Río Turbio que constituyen un núcleo poblacional en el extremo sudoeste.

Este departamento es el de mayor importancia en la economía provincial, debido al tipo y variedad de actividades que en él se realizan, motivadas por las mejores condiciones físico-naturales que posee, tanto para el desarrollo de la ganadería y la agricultura como para la explotación de los numerosos recursos mineros y actividades terciarias (prestación de servicios) derivadas de su función de centro político, administrativo y económico.

Las condiciones de pobreza indican que el área menos favorecida es la ocupada por la población rural donde las proporciones de hogares con NBI y menores de dos años en esos hogares superan los promedios provinciales (tabla 7.A, Anexo). El 91,3% de la población de Guer-Aike se encuentra aglomerada en centros urbanos; el riesgo desde el punto de vista de las condiciones de vida en ese ámbito es levemente inferior al promedio provincial (tabla 7.A, Anexo).

Las tasas de mortalidad infantil en la zona IV indican una tendencia a la disminución del riesgo de morir de los niños menores de un año, durante el período 1976-1981. Sus niveles en los extremos de éste se pueden estimar

en 59 o/oo y 35 o/oo (cuadro 20) respectivamente. Asimismo, los niveles de esta zona superan levemente los promedios provinciales en los años 1976, 1978 y 1981 (cuadro 21).

La mortalidad postneonatal ha seguido un comportamiento similar a la mortalidad infantil en el período considerado, su descenso se produce desde un nivel de 31 o/oo en 1976 hasta el 13 o/oo en 1981 (cuadro 20 y gráfico 5.C). En cambio el mayor riesgo es para el grupo menor de 28 días cuya tasa es cercana al 20 o/oo en el año 1981, siendo las defunciones neonatales las que más contribuyen a la mortalidad infantil. Cabe agregar que para ese año representaron el 63% de las muertes menores de un año y las tasas superaron los promedios provinciales en cada uno de los años considerados (cuadro 21).

La tendencia de la mortalidad neonatal por causa de muerte indica cierta coincidencia con el comportamiento de las tasas por causa a nivel provincial; la importancia relativa de las causas reducibles y parcialmente reducibles se invierte a partir de 1980 concentrando cerca del 45% y 35% de las defunciones neonatales de la zona IV en el año 1981 respectivamente (cuadro 24).

Entre las defunciones de 28 días a 11 meses, son las reducibles las causas que más contribuyen a la mortalidad. El riesgo de muerte correspondiente es el más elevado durante todo el período (ver cuadro 25). Las acciones tendientes a prevenir los accidentes, disminuir el riesgo de muerte por "otras reducibles" y mejorar las condiciones de saneamiento posibilitarían el descenso de la mortalidad.

Es de destacar las elevadas proporciones que manifiestan las causas desconocidas a partir del año 1979, superior al 25% del total de las defunciones postneonatales al final del período, y la casi desaparición de defunciones por causas no evitables y parcialmente reducibles (ver parte B del cuadro 24).

Cuadro 24

MORTALIDAD NEONATAL POR CAUSA DE MUERTE. SANTA CRUZ. ZONA IV. 1976-1981

C A U S A S	1976	1977	1978	1979	1980	1981
	A - Tasas (por 100.000)					
TODAS LAS REDUCIBLES	978,5	635,7	568,9	446,4	1311,1	957,2
PARCIALMENTE REDUCIBLES	978,5	1780,0	1453,8	892,8	595,9	788,3
NO EVITABLES	521,8	190,7	126,4	255,1	238,4	337,8
OTRAS CAUSAS	326,2	63,6	126,4	63,8	59,6	--
DESCONOCIDAS	65,2	63,6	--	63,8	119,2	112,6
TODAS LAS CAUSAS	2870,2	2733,6	2275,6	1721,9	2324,2	2195,9
	B - Estructura (%)					
TODAS LAS REDUCIBLES	34,1	23,2	25,0	25,9	56,4	43,6
PARCIALMENTE REDUCIBLES	34,1	65,1	63,9	51,8	25,6	35,9
NO EVITABLES	18,2	7,0	5,6	14,8	10,2	15,4
OTRAS CAUSAS	11,4	2,3	5,6	3,7	2,6	--
DESCONOCIDAS	2,3	2,3	--	3,7	5,1	5,1
TODAS LAS CAUSAS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTES: Anexo, tablas 1 y 6.

Cuadro 25

MORTALIDAD POSTNEONATAL POR CAUSA DE MUERTE. SANTA CRUZ: ZONA IV. 1976-1981.

C A U S A S	1976	1977	1978	1979	1980	1981
	A - Tasas (por 100.000)					
TODAS LAS REDUCIBLES	1761,3	1017,2	948,2	510,2	476,8	788,3
PARCIALMENTE REDUCIBLES	--	190,7	63,2	63,8	--	--
NO EVITABLES	521,8	445,0	442,5	--	119,2	--
OTRAS CAUSAS	260,9	--	63,2	--	119,2	112,6
DESCONOCIDAS	521,8	445,0	252,8	255,1	238,4	394,1
TODAS LAS CAUSAS	3065,9	2097,9	1769,9	829,1	953,5	1295,0
	B - Estructura (%)					
TODAS LAS REDUCIBLES	57,4	48,5	53,6	61,5	50,0	60,9
PARCIALMENTE REDUCIBLES	--	9,1	3,6	7,7	--	--
NO EVITABLES	17,0	21,2	25,0	--	12,5	--
OTRAS CAUSAS	8,5	--	3,6	--	12,5	8,7
DESCONOCIDAS	17.0	21,2	14,3	30,8	25,0	30,4
TODAS LAS CAUSAS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTES: Anexo, tablas 1 y 6.

CONCLUSION

Como corolario del análisis realizado se extraen las siguientes conclusiones:

a) En la Provincia de Santa Cruz, en el período 1976 - 1981, las tasas de mortalidad infantil mostraron una tendencia al descenso que se tradujo en una reducción del 35%. A este fenómeno contribuyó en gran medida la marcada disminución de la mortalidad postneonatal que manifestó una caída del 55% en contraposición a la neonatal que sólo descendió un 14% en el período en estudio.

b) En el año 1981, el riesgo de muerte fue de alrededor de 33 o/oo en los menores de 1 año, alrededor del 21 o/oo entre los menores de 28 días y próximo al 12 o/oo entre los niños de 28 días a 11 meses de edad.

c) En los menores de 1 año se observó sobremortalidad masculina en todo el período; en 1981, el riesgo de muerte de los varones se acercó al 35 o/oo en tanto que el de las mujeres superó levemente el 30 o/oo. Esta característica también se menifestó en los menores de 28 días, en que el riesgo de muerte de los varones se ubicó muy cerca del 25 o/oo y el de las mujeres en 17 o/oo. En cambio, en el grupo de edades de 28 días a 11 meses se detectó la única excepción en el año 1981.

d) A nivel provincial, los principales grupos de causas de la mortalidad neonatal fueron las reducibles y parcialmente reducibles. Entre las primeras revisten mayor importancia las evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz y por buena atención en el parto.
En la mortalidad postneonatal cobra mayor importancia el grupo de causas reducibles, entre las que se destacan las evitables por prevención de los accidentes y por acciones no bien identificadas (otras reducibles).

e) El grupo de causas reducibles por distintas acciones representaron aproximadamente el 52% del total de las defunciones infantiles (promedio del sexenio) mientras que las parcialmente reducibles constituyeron el 22%. Es obvio destacar que, aunque descendió la tasa de mortalidad infantil en la provincia de Santa Cruz, su nivel se puede reducir aun más con la aplicación de diferentes programas específicos ya mencionados, capacitación del personal en los distintos niveles y el funcionamiento efectivo del equipo de salud.

f) La zona 3 que se extiende en la parte cordillerana y precordillerana es la más afectada en cuanto a la magnitud del riesgo de muerte de los menores de 1 año. Este superó el promedio provincial casi todos los años del período ubicándose alrededor del 53 o/oo en el último trienio. Esta característica se observó también en la mortalidad neonatal que superó al 30 o/oo y en la postneonatal que se ubicó próximo al 23 o/oo.

g) La zona 2 ubicada en el centro de la provincia presenta también niveles altos del riesgo de muerte en los menores de 1 año, ubicándose por arriba del 40 o/oo; la mortalidad neonatal y postneonatal se ubicaron alrededor del 10 o/oo.

h) El riesgo de muerte infantil en la zona 1 registró niveles inferiores al promedio provincial y en la zona 4 superó levemente ese nivel algunos años del período, pero el análisis de las defunciones por causas evidenció que es todavía posible evitar muertes de menores de un año, debido a que las mayores proporciones correspondieron a causas reducibles y parcialmente reducibles en menores de 28 días y a reducibles en niños de 28 días a 11 meses de edad.

ANEXO

FUENTES DE DATOS, ELABORACION DE LA INFORMACION BASICA

Y TABLAS DE REFERENCIA

La información básica para el cálculo de las tasas de mortalidad infantil, según diversas características, fue elaborada a partir de datos tabulados por la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud y Acción Social y estimaciones llevadas a cabo por el Centro de Estudios de Población (CENEP).

Estas últimas se refieren al total de nacimientos vivos y defunciones de menores de 1 año, correspondientes a la provincia, para cada año del período 1976 - 1981. Cabe aclarar que en el caso de las defunciones de 1980 y 1981, el CENEP brindó, además, las estimaciones por edad de las mismas.

Los nacidos vivos de cada año t comprenden el total de los ocurridos y registrados en dicho año más los ocurridos en el año inmediato anterior (t - 1) y registrados en el año t.

Las defunciones de menores de un año, corresponden a residentes de la provincia, registradas en ella o en cualquier otra, en cada año t. Las correspondientes al período 1976 - 1979 fueron distribuídas por edad, según la estructura de las muertes de residentes registradas en la provincia. Esta se obtuvo a partir de la tabla 23 de Estadísticas Vitales de la mencionada Dirección.

La tabla 23 presenta las defunciones de menores de un año, registradas en el año, por departamento de residencia de la madre, sexo y edad detallada. Sirvió, además, para obtener la estructura de las defunciones registradas de menores de 28 días y de 28 días a 11 meses, por departamento de residencia. Con ella se distribuyeron, por departamento, las muertes neonatales y postneonatales ya estimadas, correspondientes al período 1976 - 1979. Esta tarea se llevó a cabo a partir de la tabla 16 para el período 1980 - 1981.

Los nacimientos vivos fueron distribuídos por departamento de residencia de la madre según la estructura de los ocurridos y registrados en el año t, de madres residentes en la provincia. La tabla básica fue la correspondiente a nacimientos vivos registrados en el año, según departamento de residencia de la madre y mes de ocurrencia (Tabla 8 de Estadísticas Vitales, 1976-1979 y Tabla N°1, 1980-1981).

Se utilizaron las tablas 9 y 10 para obtener las estructuras de los nacimientos según tipo de atención en el parto y según local de ocurrencia, en el período 1976 - 1979; la tabla 6 fue utilizada para el período 1980 - 1981.

Las tablas 32 y 17 de Estadísticas Vitales fueron utilizadas para obtener la estructura, según causas de muerte, de las defunciones de menores de 28 días a 11 meses. Ambas tablas se refieren a las defunciones de menores de un año por causa de muerte según las 999 causas, sexo y edad. La primera se usó para el período 1976 - 1979 y la segunda para 1980 - 1981. Las distribuciones obtenidas se aplicaron a los totales de muertes neonatales y postneonatales estimados para la provincia.

Las tablas 33 y 21 de Estadísticas Vitales fueron utilizadas para obtener las estructuras de las defunciones de menores de 1 año según certificación médica y atención média. La primera se utilizó para el período 1976 - 1979 y la segunda para 1980 - 1981. Asimismo, se trabajó con las tablas 20

y 18 para obtener las defunciones infantiles por legitimidad en la provincia.

Para obtener las tasas de mortalidad neonatal y postneonatal por causa de muerte y zona, se consultaron los certificados de defunciones de menores de un año del período 1976 - 1981.

Cabe señalar, que las 999 causas fueron agrupadas según la clasificación elaborada por Erica Taucher, a partir de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (1975), para la República Argentina. Dado que hasta 1978 se había utilizado la octava revisión de dicha clasificación para la codificación de las causas de muertes, la Dirección de Estadísticas de Salud elaboró un agrupamiento, compatible con el de Erica Taucher, a partir de esta revisión.

A continuación se presentan la información básica y las clasificaciones de causas de muertes usadas en este trabajo.

Tabla 1

NACIDOS VIVOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA DE LA MADRE . SANTA CRUZ. 1976-1981.

DEPARTAMENTO	1976	1977	1978	1979	1980	1981
TOTAL	2905	2903	2978	3117	3316	3375
Corpen-Aike	103	94	74	68	98	102
Deseado	983	980	1055	1160	1214	1234
Guer-Aike	1533	1573	1582	1568	1678	1776
L. Argentino	36	28	35	54	64	33
L. Buenos Aires	112	86	83	102	115	98
Magallanes	98	100	108	106	101	87
Río Chico	40	42	41	59	46	45
SEXO						
Varones	1496	1495	1535	1573	1715	1730
Mujeres	1409	1408	1443	1544	1601	1645

FUENTES: Estadísticas Vitales, tabla 8 (años 1976 a 1979) y tabla 1 (años 1980 a 1981). Total y distribución por sexo: Estimaciones del CENEP.

Tabla 2

DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO POR EDAD Y SEXO. SANTA CRUZ. 1976-1981.

E D A D	1976	1977	1978	1979	1980	1981
		AMBOS SEXOS				
Menos de 1 día	24	37	35	19	27	32
1- 6 días	31	27	17	23	35	29
7-27 días	16	07	12	11	08	10
28 días - 11 meses	77	74	51	44	47	40
Menos de 28 días	71	71	64	53	70	71
28 días - 11 meses	77	74	51	44	47	40
Menos de 1 año	148	145	115	97	117	111
		VARONES				
Menos de 1 día	12	21	23	10	13	21
1- 6 días	22	14	11	12	20	14
7-27 días	10	04	08	09	04	08
28 días - 11 meses	46	47	29	26	26	17
Menos de 28 días	44	39	42	31	37	43
28 días - 11 meses	46	47	29	26	26	17
Menos de 1 año	90	86	71	57	63	60
		MUJERES				
Menos de 1 día	12	16	12	09	14	11
1- 6 días	09	13	06	11	15	15
7-27 días	06	03	04	02	04	02
28 días - 11 meses	31	27	22	18	21	23
Menos de 28 días	27	32	22	22	33	28
28 días - 11 meses	31	27	22	18	21	23
Menos de 1 año	58	59	44	40	54	51

FUENTES: Estadísticas vitales: tabla 23 (años 1976 - 1979) y tabla 16B (años 1980 - 1981). Total y distribución por sexo: Estimaciones del CENEP.

Tabla 3

DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO POR EDAD Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA DE LA MADRE. SANTA CRUZ. 1976-1981.

DEPARTAMENTO	1976	1977	1978	1979	1980	1981
			Menos de 28 días			
TOTAL	71	71	64	53	70	71
Corpen-Aike	1	2	2	--	2	3
Deseado	19	17	23	18	17	23
Guer-Aike	44	43	36	27	39	39
L. Argentino	1	1	--	4	2	1
L. Buenos Aires	2	2	1	--	4	2
Magallanes	3	6	1	2	4	1
Río Chico	1	--	1	2	2	2
			28 días a 11 meses			
TOTAL	77	74	51	44	47	40
Corpen-Aike	1	2	1	3	3	--
Deseado	21	20	17	17	24	13
Guer-Aike	47	33	28	13	16	23
L. Argentino	4	5	1	1	--	2
L. Buenos Aires	3	4	1	6	--	2
Magallanes	1	6	1	4	1	--
Río Chico	--	4	2	--	3	--

FUENTES: Estadísticas vitales, tabla 23 (años 1976 - 1979) y tabla 16 B. (años 1980 - 1981).

Tabla 4

DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO POR CAUSA DE MUERTE Y EDAD. SANTA CURZ. 1976-1981

C A U S A S	1976	1977	1978	1979	1980	1981
		Menos de 28 días				
REDUCIBLES POR:						
.Buen control del embarazo	1	2	1	2	3	4
.Buena atención del parto	14	13	9	7	7	8
.Diagnóstico y tratamiento médico precoz	6	5	4	10	23	18
.Buenas cond. de saneam.	--	--	4	1	3	--
.Otras reducibles	4	1	2	2	2	2
.Accidentes	2	1	1	3	--	4
TODAS LAS REDUCIBLES	27	22	21	25	38	36
PARCIALMENTE REDUCIBLES	19	38	33	17	14	21
NO EVITABLES	14	5	7	9	9	10
OTRAS CAUSAS	10	5	3	1	2	1
DESCONOCIDAS	1	1	--	1	7	3
TODAS LAS CAUSAS	71	71	64	53	70	71
		28 días a 11 meses				
REDUCIBLES POR:						
.Prevención	2	--	--	-	--	1
.Diagnóstico y tratamiento médico precoz	12	12	9	3	3	--
.Buenas cond. de saneam.	10	5	3	5	4	3
.Otras reducibles	15	18	12	7	17	9
.Accidentes	12	9	10	11	5	12
TODAS LAS REDUCIBLES	51	44	34	26	29	25
PARCIALMENTE REDUCIBLES	1	7	1	6	1	--
NO EVITABLES	11	13	8	3	7	3
OTRAS CAUSAS	4	--	3	1	6	2
DESCONOCIDAS	10	10	5	8	4	10
TODAS LAS CAUSAS	77	74	51	44	47	40

FUENTES: Ver texto de este Anexo.

Tabla 5

DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO POR CAUSA DE MUERTE Y EDAD. SANTA CRUZ. ZONA I. 1976-1981.

C A U S A S	1976	1977	1978	1979	1980	1981
			Menos de 28 días			
REDUCIBLES POR:						
.Buen control del embarazo	--	--	--	--	--	--
.Buena atención del parto	5	5	3	2	3	2
.Diagnóstico y tratamiento médico precoz	1	2	1	6	4	10
.Buenas cond. de saneam.	--	--	1	--	2	--
.Otras reducibles	1	1	2	2	1	1
.Accidentes	2	--	1	1	--	--
TODAS LAS REDUCIBLES	9	8	8	11	10	13
PARCIALMENTE REDUCIBLES	2	6	9	2	1	6
NO EVITABLES	5	1	5	5	4	3
OTRAS CAUSAS	3	2	1	--	--	1
DESCONOCIDAS	--	--	--	--	2	--
TODAS LAS CAUSAS	19	17	23	18	17	23
			28 días a 11 meses			
REDUCIBLES POR:						
.Prevención	--	--	--	--	--	--
.Diagnóstico y tratamiento médico precoz	--	1	3	2	--	--
.Buenas cond. de saneam.	4	1	2	4	1	1
.Otras reducibles	9	8	8	4	14	3
.Accidentes	6	5	3	1	3	3
TODAS LAS REDUCIBLES	19	15	16	11	18	7
PARCIALMENTE REDUCIBLES	1	1	--	2	--	--
NO EVITABLES	1	2	--	2	3	3
OTRAS CAUSAS	--	--	1	--	3	--
DESCONOCIDAS	--	2	--	2	--	3
TODAS LAS CAUSAS	21	20	17	17	24	13

FUENTES: Dpto. Bioestadística (Certificados de defunción) y tabla 3 de este Anexo.

Tabla 6

DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO POR CAUSA DE MUERTE Y EDAD. SANTA CRUZ. ZONA IV. 1976-1981

C A U S A S	1976	1977	1978	1979	1980	1981
			Menos de 28 días			
REDUCIBLES POR:						
.Buen control del embarazo	1	2	1	2	1	4
.Buena atención del parto	8	5	3	1	4	4
.Diagnóstico y tratamiento médico precoz	4	2	3	2	16	6
.Buenas cond. de saneam.	--	--	2	1	1	--
.Otras reducibles	2	--	--	--	--	--
.Accidentes	--	1	-	1	--	3
TODAS LAS REDUCIBLES	15	10	9	7	22	17
PARCIALMENTE REDUCIBLES	15	28	23	14	10	14
NO EVITABLES	8	3	2	4	4	6
OTRAS CAUSAS	5	1	2	1	1	--
DESCONOCIDAS	1	1	--	1	2	2
TODAS LAS CAUSAS	44	43	36	27	39	39
			28 días a 11 meses			
REDUCIBLES POR:						
.Prevención	2	--	--	--	--	1
.Diagnóstico y tratamiento médico precoz	12	9	4	--	2	--
.Buenas cond. de saneam.	5	1	1	1	2	1
.Otras reducibles	4	4	4	3	2	4
.Accidentes	4	2	6	4	2	8
TODAS LAS REDUCIBLES	27	16	15	8	8	14
PARCIALMENTE REDUCIBLES	--	3	1	1	--	--
NO EVITABLES	8	7	7	--	2	--
OTRAS CAUSAS	4	--	1	--	2	2
DESCONOCIDAS	8	7	4	4	4	7
TODAS LAS CAUSAS	47	33	28	13	16	23

FUENTES: Depto. de Bioestadística (Certificados de defunción) y tabla 3 de este Anexo.

Tabla 7

INDICADORES DE POBLACION Y SALUD. SANTA CRUZ. 1980.

-A-

ZONAS	a) Población		b) Camas por mil	c) Médicos por mil	d) Hogares con NBI (%)		e) Menores de 2 años en hogares con NBI (%)	
	Total	Urbana (%)	Habitantes	Habitantes	Urbano	Rural	Urbano	Rural
TOTAL PROVINCIAL	114.941	86,5	6,6	1,7	22,5	23,7	32,0	34,3
ZONA 1	40.576	91,1	5,8	1,2	25,4	17,0	37,0	26,6
Depto. Deseado	40.576	91,1	5,8	1,2	25,4	17,0	37,0	26,6
ZONA 2	10.182	89,9	9,7	1,2	13,4	15,6	20,2	31,2
Depto. Corpen-Aike	5.555	87,2	8,5	0,7	12,4	6,5	17,4	25,0
Depto. Magallanes	4.627	92,5	10,8	1,7	14,2	24,3	22,7	50,0
ZONA 3	8.069	59,5	8,8	1,6	21,3	24,7	18,6	30,0
Depto. L.Bs.As.	3.489	59,5	10,0	1,4	21,3	37,9	18,6	38,3
Depto. Río Chico	2.063	-	7,8	1,9	-	22,9	-	32,3
Depto. L. Argentino	2.517	-	8,7	1,6	-	17,8	-	24,2
ZONA 4	5.114	91,3	6,4	2,3	22,1	30,7	30,2	44,6
Depto. Guer-Aike	5.114	91,3	6,4	2,3	22,1	30,7	30,2	44,6

-B-

LOCALIDADES	Hogares con NBI	Menores de 2 años en hogares con NBI
	(%)	(%)
TOTAL URBANO	22,5	32,0
Río Gallegos	23,5	33,0
Caleta Olivia	25,1	37,8
Pico Truncado	29,0	38,0
Yacimiento Río Turbio	10,7	14,6
Puerto San Julián	14,2	22,7
Puerto Deseado	16,3	26,4
Las Heras	27,8	39,0
Cdte. Luis Piedrabuena	11,5	17,9
Puerto Santa Cruz	13,3	16,9
Perito Moreno	21,3	18,6

NOTA: NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

FUENTES: a) Censo Nacional de Población y Vivienda 1980.
b) y c) Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud 1980.
d) y e) Argentina, INDEC (1984).

Tabla 8

NACIDOS VIVOS OCURRIDOS EN EL AÑO EN LA PROVINCIA SEGUN TIPO DE ATENCION EN EL PARTO. SANTA CRUZ. 1976-1981

A Ñ O	Médico	Partera	Comadre	S. atención	Ignorado
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1976	50,9	48,6	0,3	0,2	0,1
1977	65,2	34,2	0,1	0,2	0,2
1978	68,5	30,8	0,4	0,1	0,3
1979	71,9	27,6	0,1	0,2	0,1
1980	78,7	21,0	0,1	0,1	0,0
1981	81,2	18,4	0,1	0,1	0,2

FUENTE: Estadísticas vitales, tabla 9 (años 1976 - 1979) y tabla 6 (años 1980 - 1981).

Tabla 9

NACIDOS VIVOS OCURRIDOS EN EL AÑO EN LA PROVINCIA SEGUN LOCAL DE OCURRENCIA. SANTA CRUZ. 1976-1981

A Ñ O	NACIDO VIVO	Est. Asist.	Dom. Part.	Otros	S/ Especif.
		(%)	(%)	(%)	(%)
1976	2779	99,0	0,9	--	0,1
1977	2823	99,3	0,5	0,1	0,1
1978	2832	99,1	0,7	--	0,2
1979	2821	99,5	0,4	0,0	0,1
1980	3148	99,7	0,3	0,0	--
1981	3177	99,4	0,5	0,0	0,1

FUENTE: Estadísticas vitales, tabla 10 (años 1976-1979) y tabla 6 (años 1980-1981).

Tabla 10

DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO SEGUN TIPO DE ATENCION. SANTA CRUZ. 1976-1981.

TIPO DE ATENCION	1976		1977		1978		1979		1980		1981	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
C/Atención médica	104	77,0	97	72,9	85	79,4	61	69,3	79	79,0	76	72,4
S/Atención médica	20	14,8	21	15,8	9	8,5	14	15,9	9	9,0	16	15,2
C/Atención Ignorada	11	8,2	15	11,3	13	12,1	13	14,8	12	12,0	13	12,4
TOTAL PROVINCIAL	135	100,0	133	100,0	107	100,0	88	100,0	100	100,0	105	100,0

FUENTE: Estadísticas Vitales, tabla 33 (años 1976-1979) y tabla 21 (años 1980-1981).

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE - 8a. REVISION

1. MENORES DE 28 DIAS

1.1. Reducibles por buen control de embarazo.

037; 090; 760 - 763; 774

1.2. Reducibles por buena atención del parto.

764 - 768; 770 - 772; 776.0; 776.3; 776.4; 776.9

1.3 Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz.

038; 320; 520 - 577; 680 - 709; 778

1.4. Otras reducibles:

. por buenas condiciones de saneamiento

000 - 009; 788.0; 788.6; 788.7

. accidentes

800 - 999

. otras

460 - 519

1.5. Parcialmente reducibles.

260 - 269; 776.1; 776.2; 777

1.6. No evitables.

140 - 239; 390 - 458; 740 - 759

1.7. Desconocidas.

780 - 796 excepto 788.0; 788.6 y 788.7

1.8. Otras causas.

2. 28 DIAS A 11 MESES

2.1. Reducibles por prevención.

032; 033; 055; 090

2.2. Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz.

036; 038; 320; 322; 345; 380 - 384; 520 - 577; 580 - 629; 680 - 709

2.3. Otras reducibles.

. por buenas condiciones de saneamiento

000 - 009; 788.0; 070

. accidentes

800 - 999

. otras

460 - 519

2.4. Parcialmente reducibles.

260 - 269; 777

2.5. No evitables.

052; 140 - 239; 254; 255; 258; 343; 390 - 458; 740 - 759

2.6. Desconocidas.

780 - 799 excepto 788.0

2.7. Otras causas.

AGRUPACION DE LAS CAUSAS DE MUERTE DE MENORES DE 1 AÑO - 9a. REVISION

1. DEFUNCIONES NEONATALES (Menores de 28 días)

1.1. Reducibles por buen control de embarazo. Código CIE - 9a.

. Sífilis congénita	090
. Enfermedades de la madre	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 y 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)

1.3. Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz.

. Septicemia	771.8

(1) Incluye PLACENTA PREVIA (762.0) que originariamente se asignó al grupo de "Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz", y AFECCIONES DE LA PLACENTA Y DEL CORDON 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.

. 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 infecciosas intestinales y trastornos hidrosalinos ..... 001 - 009; 276 } SANEAMIENTO

. Enfermedades del aparato respiratorio.. 460 - 519 } OTRAS

. Causas externas de traumatismo y envenenamientos ..... E800-E999 } ACCIDENTES

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

---

(2) Incluye la subcategoría 770.1: SINDROME DE ASPIRACION MASIVA, que debería incluírse en "Reducibles por buena atención del parto". Sin embargo, dado que su frecuencia es baja, y con el fin de evitar el uso del 4° dígito se trabaja con la categoría 770 completa.

(3) Incluye la subcategoría 772.0: PERDIDA DE SANGRE FETAL, la que debería incluirse en el grupo de "Reducibles por buena atención del parto".

1.6. No evitables.

. Tumores ..... 140 - 239

. 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 genitourinario 580 - 629

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

2.3. Otras reducibles.

. Diarreas y hepatitis	001 - 009; 070	SANEAMIENTO
. Trastornos electrolíticos	276	SANEAMIENTO
. Respiratorias	460 - 519	OTRAS
. Accidentes	800 - 999	ACCIDENTES

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

BIBLIOGRAFIA

ARGENTINA, Consejo Federal de Inversiones (CFI)

1984 Análisis de la configuración espacial y socioeconómica de Santa Cruz.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)

1981 Censo Nacional de Población y Vivienda 1980. Serie B, Características Generales, Santa Cruz.

1982 Censo Nacional de Población y Vivienda 1980. Serie C, Vivienda, Santa Cruz.

1984 La pobreza en la Argentina. Buenos Aires

Ministerio de Salud y Acción Social, Dirección de Estadísticas de Salud

1985 Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de la Salud, 50, 1979, 1980, 1981.

CENEP

1983 Estadísticas sociales para la formulación de políticas. Buenos Aires: CENEP, Cuaderno de Estadísticas Sociodemográficas 1.

CHACKIEL, Juan

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

ELIZAGA, Juan C.

1979 Dinámica y economía de la población. Santiago de Chile: CELADE.

LAFUENTE, Horacio

1981 La región de los césares. Buenos Aires: Universidad de Belgrano.

LENZI

Historia de Santa Cruz

MULLER, María S.

1978 La mortalidad en la Argentina. Evolución histórica y situación en 1970. Buenos Aires: CENEP, Cuadernos del CENEP-CELADE 1.

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

NACIONES UNIDAS

1978 Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas. Nueva York.

1982 Boletín de Población, 13 - 1980. Nueva York

PROVINCIA DE SANTA CRUZ, Dirección de Estadística y Censos

1970 Atlas demográfico

1980 La población de Santa Cruz

RUZICKA, Lado

1983 "Mortality transition in the Third World countries: Issues for research". Newsletter 17, IUSSP.

TAUCHER, Erica

1979 "La mortalidad infantil en Chile". Notas de Población, 20, año VII.

UNICEF - CENEP

1984 Infancia y pobreza en la Argentina. Buenos Aires.