M1 | 371.2 Ej 3

Infancia y condiciones de vida

Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales

INDEC

H1|371.2
ej 3

ISBN 950 - 898 - 0035

Infancia y condiciones de vida

C. E. S.
Centro Estudios de Condición
DIRECCIÓN DE DOCUMENTACIÓN
I.N.D.E.C.

11 DIC. 2014

Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales

Buenos Aires, 1995

INDEC

Esta publicación es el resultado del trabajo conjunto de varias instituciones, equipos y personas, siendo la responsabilidad principal de la Secretaría de Programación Económica a través de su Dirección de Estudios sobre Pobreza y Niveles de Vida y del Instituto Nacional de Estadística y Censos a través de su Dirección de Encuestas a Hogares, con la cooperación de UNICEF Argentina y del Ministerio de Salud a través de su Dirección de Maternidad e Infancia.

Han integrado el comité de edición Enrique Amadasi (coordinador), Ana R. Díaz Muñoz, Elsa López y María del C. Tamargo. En el equipo de redacción han participado Elvira Calvo, Juan C. Cid, Marcos Cusminsky, Ana R. Díaz Muñoz, Graciela Dinardi, Alejandro Giusti, Horacio Lejarraga, Elsa López, Néstor López, Andrea Lorenzetti, María E. Rosas, María del C. Tamargo y Pablo Vinocur. Han colaborado en distintas etapas de los trabajos que se presentan Sandra Levy, Claudia Parcero, Diego Herrero, Rodolfo Di Chiazza y Cecilia Parra. Alejandra Lapegna asistió al equipo de redacción.

Signos convencionales

(*) Dato provisorio.
(-) Dato igual a cero.
(0) Dato igual a cero por redondeo de cifra positiva.
(- 0) Dato igual a cero por redondeo de cifra negativa.
(...) Dato no disponible a la fecha de presentación de los resultados.
(.) Dato no existente.
(///) Dato que no corresponde presentar debido a la naturaleza de las cosas.
(s) Dato confidencial por aplicación de las reglas de secreto estadístico.
(e) Dato estimado.

© Queda hecho el depósito de la Ley Nº 11.723
Buenos Aires, 1996

Buenos Aires, 1996

PUBLICACIONES DEL INDEC

Las publicaciones editadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos se encuentran a la venta en INDEC, Centro Estadístico de Servicios, Julio A. Roca 615 P.B., C.P. (1067), Buenos Aires, Argentina.

Por cualquier consulta puede dirigirse personalmente al Centro Estadístico de Servicios, o bien comunicarse a los Tel.: 349-9650/52/54/62, al Fax: 349-9621, o a través de correo electrónico E-Mail: CES@indec.mecom.ar.

Horario de atención de 9,30 a 16,00.

M1 | 371.2
E3

C. E. S.
Centro Editor de América Latina
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA
11 DIC. 2014

CONTENIDO

Página

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN 19

A. LA ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES: ALGUNAS PRECISIONES 22

EL DISEÑO DE LA MUESTRA DE LA EPH 23
LOS MÓDULOS ESPECIALES DE LA EPH 24

B. EL MÓDULO PARA EL MONITOREO DE METAS SOCIALES 24

C. ORGANIZACIÓN DE LA PUBLICACIÓN 26

CAPÍTULO 2. METAS PARA EL AÑO 2000, UN COMPROMISO NACIONAL 37
Néstor López y Pablo Vinocur

A. LAS METAS Y SU HISTORIA 37

METAS PARA EL AÑO 2000 38
Fines globales 1990-2000 38
Protección para las niñas y las mujeres 39
Nutrición 39
Salud infantil 40
Educación 40

EL COMPROMISO NACIONAL EN FAVOR DE LA MADRE Y EL NIÑO 40

B. EL MONITOREO DE LAS METAS Y LAS FUENTES DE INFORMACIÓN 41

LA EXPERIENCIA DEL MÓDULO 43

C. LA SITUACIÓN FRENTE A LAS METAS 43

D. CONCLUSIONES 64

CAPÍTULO 3. ENCUESTA ANTROPOMÉTRICA DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS 67
Elvira B. Calvo

A. LAS ENCUESTAS ANTROPOMÉTRICAS: CONCEPTUALIZACIÓN Y METODOLOGÍA UTILIZADA 67

CONCEPTUALIZACIÓN 67

METODOLOGÍA 70

B. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO ANTROPOMÉTRICO 70

C. LOS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS 72
PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN 72
PESO/EDAD 74
TALLA/EDAD 75
PESO/TALLA 77
ÍNDICES COMBINADOS 77
COMPARACIÓN CON DATOS PREVIOS DEL ÁREA 78
D. AGLOMERADOS MENDOZA, NEUQUÉN, RÍO GALLEGOS Y ROSARIO 78
PROMEDIOS DE PUNTAJES ESTANDARIZADOS 80
E. CONCLUSIONES 81
ANEXO 83
ANÁLISIS DE LOS CUESTIONARIOS DE LOS NIÑOS CON DÉFICIT NUTRICIONAL POR PESO: UNA PERSPECTIVA DE ESTUDIO DE CASO 83
PESO AL NACER 84
NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS 84
COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR 84
EDUCACIÓN DE LA MADRE 84
AFILIACIÓN A ALGÚN SISTEMA DE SALUD 85
EL CONTEXTO PERSONAL Y FAMILIAR DE LOS NIÑOS CON DÉFICITS NUTRICIONALES 85
CAPÍTULO 4. EL PESO Y LA TALLA DE LOS NIÑOS DE SALTA EN LA ENCUESTA DE HOGARES 89
Juan Carlos Cid
A. LA POBLACIÓN ESTUDIADA 89
B. INDICADORES UTILIZADOS 92
C. RESULTADOS DE LA MUESTRA SALTEÑA 92
D. CONCLUSIONES 100
CAPÍTULO 5. EL CRECIMIENTO FÍSICO COMO INDICADOR DE SALUD Y BIENESTAR SOCIOECONOMICO DE LA POBLACION 101
Horacio Lejarraga
A. AUXOLOGÍA EPIDEMIOLÓGICA 105
CONCEPTO 105
VARIACIONES EN EL CRECIMIENTO INDUCIDAS SOCIALMENTE 106
GRADIENTES SOCIALES EN GRUPOS DE POBLACIÓN 106
Gradientes regionales 106

C. LAS MADRES RECIENTES: PERFIL REPRODUCTIVO Y CONTROL PRENATAL 177
EL PERFIL REPRODUCTIVO 177
EL CONTROL PRENATAL 178
EL NÚMERO DE CONTROLES DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO 178
EL INICIO DE LOS CONTROLES PRENATALES 181
D. EMBARAZO, PARTO, ANTICONCEPCIÓN Y LACTANCIA MATERNA 182
EL LUGAR DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO 182
EL TIPO DE PARTO 184
LA APLICACIÓN DE LA VACUNA ANTITETÁNICA DURANTE EL EMBARAZO 185
PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN LA ATENCIÓN DEL PARTO 185
GRATUIDAD VERSUS PAGO DEL PARTO 186
TIEMPO DE INTERNACIÓN SEGÚN TIPO DE PARTO 187
LA PREVALENCIA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS MADRES RECIENTES 188
LA LACTANCIA MATERNA 188
LA CONDICIÓN DE LACTANCIA 189
LACTANCIA EXCLUSIVA Y LACTANCIA COMPLEMENTARIA 191
E. RESUMEN Y CONCLUSIONES 193
CAPÍTULO 9. COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS ADOLESCENTES 199
Ana Rita Díaz Muñoz, Graciela Dinardi y Alejandro Giusti
A. SALUD MATERNA 200
B. EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS 202
C. EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS ADOLESCENTES A PARTIR DEL MÓDULO 203
LAS ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA 203
¿QUÉ DIFERENCIA A LAS ADOLESCENTES QUE PASARON POR ALGUNO DE LOS HECHOS DEMOGRÁFICOS DE LAS QUE NO LO PASARON? 205
CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO Y EL PARTO DEL ÚLTIMO HIJO TENIDO POR LAS ADOLESCENTES 207
ANTICONCEPCIÓN 209
D. CONCLUSIONES 211

CAPÍTULO 10. APROXIMACIÓN AL MONITOREO DE METAS SOCIALES EN EL CONURBANO BONAERENSE 213
Andrea Lorenzetti

A. DIMENSIONES SELECCIONADAS 214

B. EL CONURBANO BONAERENSE Y SUS ESPACIOS SOCIALES 216

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS 217

LA DIMENSIÓN ECONÓMICA 217

Primer espacio social CBA1: Vicente López y San Isidro 218

Segundo espacio social CBA2: Avellaneda, Matanza 1, Morón, San Martín y Tres de Febrero 219

Tercer espacio social CBA3: Quilmes, Lanús, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Berazategui 220

Cuarto espacio social CBA4: Florencio Varela, Esteban Echeverría, La Matanza 2, Merlo, Moreno, General Sarmiento, San Fernando y Tigre 222

VIVIENDA Y HÁBITAT 223

C. CUIDADO Y PREVENCIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES 225

D. COBERTURA ASISTENCIAL Y ESCOLAR Y USO DEL TIEMPO DE LOS MENORES DE 15 AÑOS 227

E. CARACTERIZACIÓN POR ESPACIO SOCIAL 232

CBA1: SAN ISIDRO Y VICENTE LÓPEZ 232

CBA2: AVELLANEDA, MATANZA 1, MORÓN, GRAL. SAN MARTÍN Y TRES DE FEBRERO 233

CBA3: ALMIRANTE BROWN, BERAZATEGUI, LANÚS, LOMAS DE ZAMORA Y QUILMES 234

CBA4: FLORENCIO VARELA, ESTEBAN ECHEVERRÍA, MERLO, MORENO, GRAL. SARMIENTO, MATANZA 2, SAN FERNANDO Y TIGRE 234

BIBLIOGRAFÍA 235

ANEXO 243

CUADROS

Cuadro 2.1 Tasa de cobertura de vacunación de menores de un año por provincias seleccionadas, 1994 47

Cuadro 2.2 Porcentaje de niños menores de 1 año y de embarazadas vacunados con y sin certificado por aglomerado de residencia 47

Cuadro 2.3 Porcentaje de menores de 1 año vacunados que exhibieron certificado por aglomerado de residencia 47

Cuadro 2.4 Porcentaje de niños amamantados exclusivamente hasta el cuarto mes según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia 50

Cuadro 2.5 Prevalencia de bajo peso al nacer inferior a 2.500 g y a 2.501 g por aglomerado de residencia 53
Cuadro 2.6 Prevalencia de desnutrición de menores de 6 años en algunos aglomerados según el indicador Peso/edad (en porcentaje) y condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar 55
Cuadro 2.7 Prevalencia de desnutrición aguda de los niños entre 2 y 5 años según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia (peso/talla) 56
Cuadro 2.8 Prevalencia de desnutrición crónica de los niños entre 2 y 5 años según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia (talla/edad) 57
Cuadro 2.9 Porcentaje de mujeres con controles prenatales durante el primer trimestre según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar y nivel de ingreso por aglomerado de residencia 58
Cuadro 2.10 Porcentaje de mujeres que realizaron cinco o más controles prenatales según condición de satisfación de necesidades básicas del hogar y nivel de ingreso por aglomerado de residencia 59
Cuadro 2.11 Porcentaje de mujeres con controles prenatales en el 1° trimestre y con 5 o más controles según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar. Conurbano Bonaerense y Neuquén 1988 - 1994 59
Cuadro 2.12 Prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos entre mujeres con relaciones sexuales según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar y nivel de ingreso por aglomerado 60
Cuadro 2.13 Porcentaje de mujeres que usan o usaron métodos anticonceptivos sin indicación médica, según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar y nivel de ingreso por aglomerado de residencia 61
Cuadro 2.14 Porcentaje de viviendas con acceso a agua potable, según nivel de ingreso por aglomerado de residencia 63
Cuadro 2.15 Porcentaje de las viviendas con acceso a servicios adecuados de saneamiento básico, según nivel de ingreso por aglomerado de residencia 63
Cuadro 2.16 Porcentaje de niños de 6 a 12 años que asisten a la escuela según sexo por aglomerado de residencia 64

Cuadro 3.1 Distribución de los niños pesados y medidos en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 70
Cuadro 3.2 Porcentaje de niños pesados y medidos por aglomerado de residencia 71
Cuadro 3.3 Distribución de los menores de 6 años por sexo y edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 71
Cuadro 3.4 Porcentaje de niños menores de 6 años según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense 71
Cuadro 3.5 Distribución de los menores de 6 años según sexo por aglomerado de residencia 71
Cuadro 3.6 Edad media actual y peso al nacer promedio por aglomerado de residencia 72
Cuadro 3.7 Peso al nacer de los menores de 6 años por aglomerado de residencia, en gramos 72
Cuadro 3.8 Prevalencia de malnutrición en los menores de 6 años del Aglomerado del Gran Buenos Aires (porcentajes) 74
Cuadro 3.9 Clasificación de Waterlow peso/talla y talla/edad para el Aglomerado del Gran Buenos Aires (puntaje Z, estándares internacionales, datos no ponderados) 77
Cuadro 3.10 Prevalencias de déficit nutricional, comparación con datos previos del Aglomerado del Gran Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense 78

Cuadro 3.11 Resumen antropométrico de los niños de 0 a 24 meses de edad por aglomerado de residencia 80
Cuadro 3.12 Resumen antropométrico de los niños de 2 a 6 años de edad por aglomerado de residencia 80
Cuadro 3.13 Promedio de puntajes estandarizados en niños menores de 2 años por aglomerado de residencia 80
Cuadro 3.14 Promedio de puntajes estandarizados en niños de 2 a 5 años por aglomerado de residencia 81

Cuadro 4.1 Niños de 0 a 5 años por sexo y según edad en la ciudad de Salta 90
Cuadro 4.2 Niños de 0 a 5 años por condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar y sexo y según edad en la ciudad de Salta 91
Cuadro 4.3 Niños de 0 a 5 años por nivel de ingresos del hogar y sexo según edad en la ciudad de Salta 91
Cuadro 4.4 Frecuencias simple, relativa y acumulada de niños de 0 a 5 años según intervalos de puntaje Z para peso/edad en la ciudad de Salta y en la población de referencia 93
Cuadro 4.5 Frecuencias relativa y acumulada de niños de 0 a 5 años según intervalos de puntaje Z para peso/edad según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar, en la ciudad de Salta y en la población de referencia 94
Cuadro 4.6 Frecuencias simple relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para talla/edad en la ciudad de Salta y en la población de referencia 95
Cuadro 4.7 Frecuencias relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para talla/edad por condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar, en la ciudad de Salta y en la población de referencia 96
Cuadro 4.8 Frecuencias simple, relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para peso/talla en la ciudad de Salta y en la población de referencia 97
Cuadro 4.9 Frecuencias relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para peso/talla, por condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en la ciudad de Salta y en la población de referencia 98
Cuadro 4.10 Frecuencias relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para talla/edad, por nivel de ingresos del hogar en la ciudad de Salta y en la población de referencia 98
Cuadro 4.11 Frecuencias relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para peso/talla, por nivel de ingresos del hogar en la ciudad de Salta y en la población de referencia 99

Cuadro 5.1 Prevalencia de desnutrición en niños menores de 6 años en América Latina y aglomerados de residencia, porcentaje de déficit global, crónico, y emaciación 102
Cuadro 5.2 Estatura y peso medio de jóvenes de 18 años, por provincia, 1987 107
Cuadro 5.3 Cociente intelectual en niños de 4 a 12 años de la ciudad de La Plata, por nivel educacional materno y trabajo paterno 111
Cuadro 5.4 Peso y estatura medios, según tamaño de la ciudad de residencia 112
Cuadro 5.5 Coeficientes de correlación de Pearson (r) del peso y la estatura, con indicadores socioeconómicos y de salud 113

Cuadro 6.1 Población de menores de 6 años según condición de satisfacción de necesidades básicas, por aglomerado de residencia 129
Cuadro 6.2 Población de menores de 6 años según afiliación, por aglomerado de residencia 129
Cuadro 6.3 Población de menores de 6 años que asistieron a control del crecimiento durante el primer año de vida, por aglomerado de residencia 130
Cuadro 6.4 Población de menores de 6 años que asistieron a control del crecimiento durante el primer año de vida según tipo de establecimiento por aglomerado de residencia 130
Cuadro 6.5 Población de menores de 6 años que asistieron a control del crecimiento en el primer año de vida según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por lugar de atención, Aglomerado del GBA 131
Cuadro 6.6 Población de menores de 6 años que asistieron a control del crecimiento en el primer año de vida según condición de afiliación por lugar de atención, Aglomerado del GBA 131
Cuadro 6.7 Captación de población de 1 a 5 años para el control del niño sano según lugar de atención de la consulta en el primer año de vida por aglomerado de residencia 132
Cuadro 6.8 Población de menores de 6 años que asistió a consulta médica según condición de afiliación por carácter de pago, Aglomerado del GBA 132
Cuadro 6.9 Población de menores de 6 años que asistió a consulta médica según condición de satisfacción de necesidades básicas por carácter de pago, Aglomerado del GBA 132
Cuadro 6.10 Población de menores de 6 años que reciben leche en polvo según necesidades básicas insatisfechas por aglomerado de residencia 133
Cuadro 6.11 Población de menores de 6 años que reciben leche en polvo según grupo de edad por aglomerado de residencia 133
Cuadro 6.12 Población de menores de 6 años según tasas de inmunización por aglomerado de residencia 134
Cuadro 6.13 Población de menores de 6 años según nivel educativo del respondente por tasas de inmunización, total y por grupo de edad, Aglomerado del GBA 135
Cuadro 6.14 Población de menores de 6 años con episodios de tos y catarro según grupo de edad por conducta inicial ante el cuadro, Aglomerado del GBA 137
Cuadro 6.15 Población de menores de 6 años con episodios de tos y catarro según demanda de consulta y grupo de edad por aglomerado de residencia 137
Cuadro 6.16 Población de menores de 6 años que demandaron consulta ante episodios de tos o catarro según condición de afiliación por aglomerado de residencia 138
Cuadro 6.17 Población de menores de 6 años que presentaron fatiga en los episodios de tos y catarro según demanda de consulta y grupo de edad por aglomerado de residencia 138
Cuadro 6.18 Población de menores de 6 años según demanda de consulta por episodios de diarrea y grupo de edad por aglomerado de residencia 140
Cuadro 6.19 Población de menores de 6 años según demanda de consulta por episodios de diarrea de más de tres días y grupo de edad por aglomerado de residencia 140
Cuadro 6.20 Población de menores de 6 años con episodios de diarrea según grupo de edad por conducta inicial ante el cuadro, Aglomerado del GBA 140
Cuadro 6.21 Población de menores de 6 años con episodios de diarrea según nivel de educación de la madre o respondente por conducta inicial ante el cuadro, Aglomerado del GBA 141
Cuadro 6.22 Población de menores de 6 años según ocurrencia y tipo de accidente que demanda consulta por aglomerado de residencia 142
Cuadro 6.23 Población de menores de 6 años según tipo de accidente por asistencia a institución (guardería, jardín o escuela), Aglomerado del GBA 142

Cuadro 7.1 Tasas de escolarización, de exclusión y de abandono escolar de la población de 6 a 14 años según sexo en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 146
Cuadro 7.2 Tasas de escolarización, de exclusión y de abandono escolar de la población de 6 a 14 años según sexo y condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar 147
Cuadro 7.3 Tasas de escolarización, de exclusión y abandono escolar de la población de 6 a 14 años según sexo y condición de pobreza por ingreso en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 148
Cuadro 7.4 Tasas de escolarización, de exclusión y de abandono escolar de la población de 6 a 14 años por aglomerado de residencia 149
Cuadro 7.5 Tasas de escolarización, de exclusión y de abandono escolar de la población de 6 a 14 años según sexo por aglomerado de residencia 149
Cuadro 7.6 Tasas de escolarización, de exclusión y de abandono escolar de la población de 6 a 14 años según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia 150
Cuadro 7.7 Porcentaje de escolares retrasados por grado y ciclo en la escuela primaria según sexo y condición de pobreza por nivel de ingreso del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 151
Cuadro 7.8 Porcentaje de escolares retrasados en la escuela primaria según edad, sexo y condición de pobreza por nivel de ingreso del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 152
Cuadro 7.9 Porcentaje de escolares retrasados por grado, ciclo y sexo en la escuela primaria por aglomerado de residencia 153
Cuadro 7.10 Porcentaje de escolares retrasados según sexo y edad y por aglomerado de residencia 154
Cuadro 7.11 Concurrencia a guarderías o jardines de infantes de niños menores de 6 años según edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 157
Cuadro 7.12 Concurrencia a guarderías o jardines de infantes de niños menores de 6 años según edad y condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 157
Cuadro 7.13 Concurrencia a guarderías o jardines de infantes de niños menores de 6 años según edad y condición de pobreza por nivel de ingreso del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 157
Cuadro 7.14 Porcentaje de niños menores de 6 años que concurren a guarderías y jardines de infantes según edad por aglomerado de residencia 158
Cuadro 7.15 Porcentaje de niños menores de 6 años que concurren a guarderías y jardines de infantes según edad y condición de pobreza por NBI por aglomerado de residencia 159
Cuadro 7.16 Tasa de pasaje de primaria a secundaria según condición de pobreza por ingreso en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 160
Cuadro 7.17 Tasa de pasaje de primaria a secundaria por aglomerado de residencia 160
Cuadro 7.18 Porcentaje de niños que trabajan o ayudan en tareas laborales a un familiar por aglomerado de residencia 162

Cuadro 8.1 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por edad según estado conyugal en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 165
Cuadro 8.2 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años según edad por aglomerado de residencia 166
Cuadro 8.3 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años según estado conyugal por aglomerado de residencia 166

Cuadro 8.4 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por edad según nivel de escolaridad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 166
Cuadro 8.5 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años según nivel de escolaridad por aglomerado de residencia 167
Cuadro 8.6 Porcentaje de mujeres afiliadas a sistemas de salud según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar insatisfechas por aglomerado de residencia 167
Cuadro 8.7 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que consultó a un ginecólogo en el último año según edad por aglomerado de residencia 167
Cuadro 8.8 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que consultaron al ginecólogo en el último año según distancia al lugar de la consulta y condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 168
Cuadro 8.9 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que no consultaron al ginecólogo en el último año según distancia al lugar posible de consulta y condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 168
Cuadro 8.10 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por número de hijos nacidos vivos según condición de satisfacción de necesidades básicas insatisfechas en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 169
Cuadro 8.11 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años según número de hijos nacidos vivos por aglomerado de residencia 169
Cuadro 8.12 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por número de hijos nacidos vivos según estado conyugal en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 170
Cuadro 8.13 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 44 años por edad y nivel de escolaridad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 171
Cuadro 8.14 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 40 a 44 años según nivel de escolaridad por aglomerado de residencia 171
Cuadro 8.15 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 44 años con alguna unión conyugal por edad y nivel de escolaridad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 172
Cuadro 8.16 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 40 a 44 años con alguna unión conyugal según nivel de escolaridad por aglomerado de residencia 172
Cuadro 8.17 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron algún embarazo según cantidad de embarazos perdidos por aglomerado de residencia 172
Cuadro 8.18 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por condición de uso actual de métodos anticonceptivos según edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 173
Cuadro 8.19 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por condición de uso de métodos anticonceptivos según edad en el Conurbano Bonaerense 173
Cuadro 8.20 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan métodos anticonceptivos por edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires y Conurbano Bonaerense 174
Cuadro 8.21 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales según uso actual de métodos anticonceptivos y edad por aglomerado de residencia 174
Cuadro 8.22 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia 175
Cuadro 8.23 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo según nivel de escolaridad por aglomerado de residencia 175
Cuadro 8.24 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo según estado conyugal por aglomerado de residencia 176

Cuadro 8.25 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan algún método anticonceptivo por condición de cobertura de salud y aglomerado de residencia 176
Cuadro 8.26 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años que no usan métodos anticonceptivos según uso anterior y edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 176
Cuadro 8.27 Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos en los últimos tres años por número de hijos según edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 177
Cuadro 8.28 Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos en los últimos tres años por número de hijos nacidos vivos y aglomerado de residencia 178
Cuadro 8.29 Porcentaje de las mujeres que realizaron controles prenatales por aglomerado de residencia 179
Cuadro 8.30 Distribución porcentual de las mujeres por número de controles prenatales durante el último embarazo por aglomerado de residencia 179
Cuadro 8.31 Porcentaje de mujeres que realizaron cinco o más controles prenatales según condición de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia 180
Cuadro 8.32 Distribución porcentual de las mujeres según número de controles prenatales por estado conyugal en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 181
Cuadro 8.33 Distribución porcentual de las mujeres por edad según número de controles prenatales en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 181
Cuadro 8.34 Porcentaje de mujeres que iniciaron el control prenatal durante el primer trimestre del embarazo según condición de satisfacción de necesidades del hogar por aglomerado de residencia 182
Cuadro 8.35 Distribución porcentual de las primeras consultas de control prenatal según tipo de efector por aglomerado de residencia 183
Cuadro 8.36 Distribución porcentual de las mujeres por tipo de parto según edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 184
Cuadro 8.37 Distribución porcentual de las mujeres según tipo de parto por aglomerado de residencia 185
Cuadro 8.38 Distribución porcentual de mujeres según vacunación antitetánica en su último embarazo por aglomerado de residencia 185
Cuadro 8.39 Porcentaje de mujeres atendidas por médicos en el último parto por aglomerado de residencia 185
Cuadro 8.40 Porcentaje de mujeres que fueron atendidas por una partera en el último parto según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia 186
Cuadro 8.41 Porcentaje de mujeres que efectuaron algún tipo de pago por la atención del parto por aglomerado de residencia 186
Cuadro 8.42 Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron parto normal según días de internación por aglomerado de residencia 187
Cuadro 8.43 Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron parto por cesárea según días de internación por aglomerado de residencia 188
Cuadro 8.44 Porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos entre las mujeres que tuvieron hijos en los últimos tres años según número de hijos por aglomerado de residencia 188
Cuadro 8.45 Porcentaje de no usuarias entre las mujeres que tuvieron hijos en los últimos tres años, por uso anterior de métodos anticonceptivos según número de hijos en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 188

Cuadro 8.46 Porcentaje de madres que amamantaron a su último hijo nacido vivo por aglomerado de residencia 189
Cuadro 8.47 Promedio en meses de la duración de la lactancia materna según condición de satisfacción de necesidades básicas por aglomerado de residencia 190
Cuadro 8.48 Distribución porcentual de las mujeres que habían finalizado la lactancia según mes en el que agregaron otros alimentos por aglomerado de residencia 191
Cuadro 8.49 Porcentaje de las madres que estaban amamantando en el momento de la encuesta según mes en el que incorporaron alimentos por aglomerado de residencia 192
Cuadro 8.50 Porcentaje de madres que dieron o estaban dando pecho en forma exclusiva hasta el cuarto mes según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia 192

Cuadro 9.1 Mortalidad materna, jurisdicciones seleccionadas, año 1993 (tasas por 100.000 nacidos vivos) 201
Cuadro 9.2 Evolución de la fecundidad adolescente entre 1980 y 1993, total del país y jurisdicciones seleccionadas (nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años) 203
Cuadro 9.3 Distribución porcentual por grupos de edad de mujeres, mujeres embarazadas, mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos y mujeres con embarazos perdidos, total de aglomerados seleccionados 204
Cuadro 9.4 Adolescentes que tuvieron embarazo, hijos nacidos vivos y adolescentes que perdieron algún embarazo, por aglomerados seleccionados (en porcentajes) 204
Cuadro 9.5 Distribución porcentual según número de orden de embarazos, hijos nacidos vivos y embarazos, perdidos entre las mujeres de 15-19 años, total aglomerados seleccionados 205
Cuadro 9.6 Perfil de las adolescentes según ocurrencia de embarazos e hijos nacidos vivos, total aglomerados seleccionados 206
Cuadro 9.7 Características de la atención del embarazo del último hijo tenido por las adolescentes 208
Cuadro 9.8 Características del parto del último hijo tenido por las adolescentes en los últimos 3 años 209
Cuadro 9.9 Características del uso de métodos anticonceptivos por adolescentes, total de aglomerados 211

Cuadro 10.1 Indicadores demográficos 217
Cuadro 10.2 Indicadores socioeconómicos 217
Cuadro 10.3 Indicadores de ingreso 218
Cuadro 10.4 Indicadores de ingreso 218
Cuadro 10.5 Características generales de la vivienda, infraestructura en servicios y formas de tenencia 223
Cuadro 10.6 Características de cobertura de salud, cuidado anticonceptivo y prevención de la salud en las mujeres de 15 a 49 años 226
Cuadro 10.7 Características de cobertura de salud y uso del tiempo desde 6 a 14 años 228
Cuadro 10.8 Porcentaje de niños de 6 a 14 años con retraso escolar según nivel de ingreso 229
Cuadro 10.9 Características de cobertura en salud y asistencia a guardería o jardín en los menores de 6 años 231

GRÁFICOS Y FIGURAS

Gráfico 2.1 Bajo peso al nacer según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia 53

Gráfico 3.1 Peso/edad menores de 2 años, distribución percentilos nacionales 74
Gráfico 3.2 Peso/edad menores de 2 años según sexo, distribución percentilos nacionales 75
Gráfico 3.3 Peso/edad de 2 a 5 años, distribución percentilos nacionales 75
Gráfico 3.4 Peso/edad según condición de necesidades básicas del hogar, distribución percentilos nacionales 75
Gráfico 3.5 Talla/edad de 2 a 5 años, distribución percentilos nacionales 76
Gráfico 3.6 Talla/edad según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar GBA, distribución percentilos nacionales 76
Gráfico 3.7 Talla/edad según sexo,distribución percentilos nacionales 76
Gráfico 3.8 Talla/edad de 2 a 5 años, distribución puntaje Z (ref.NCHS) 77
Gráfico 3.9 Peso/edad menores de 2 años, distribución percentilos nacionales 78
Gráfico 3.10 Peso/edad de 2 a 5 años, distribución percentilos nacionales 79
Gráfico 3.11 Talla/edad de 2 a 5 años, distribución percentilos nacionales 79

Gráfico 4.1 Distribución porcentual acumulada de niños de 0 a 5 años según puntuación Z para peso/edad 94
Gráfico 4.2 Distribución porcentual acumulada de niños de 0 a 5 años por condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar según puntuación Z para peso/edad 95
Gráfico 4.3 Distribución porcentual acumulada de niños de 2 a 5 años según puntuación Z para talla/edad 96
Gráfico 4.4 Distribución porcentual acumulada de niños de 2 a 5 años por condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar según puntuación Z para talla/edad 97
Gráfico 4.5 Distribución porcentual acumulada de niños de 2 a 5 años por condición LP del hogar según puntuación Z para talla/edad 99

Figura 5.1 Estatura media de niños de siete años de estrato socioeconómico alto y bajo 108
Figura 5.2 (A y B): Estatura (A) y peso (B) de 15.214 adolescentes por regiones 109
Figura 5.3 Estatura y peso medios de niños de distintas edades en Alemania, desde 1910 hasta 1960 115
Figura 5.4 Tendencia secular en estatura de conscriptos italianos, graficada contra tres indicadores de estándar de vida para Italia 116
Figura 5.5 Tendencia secular del peso y la estatura en Capital Federal y en la provincia de Entre Ríos 117

Gráfico 10.1 Características de la vivienda y del hábitat 225
Gráfico 10.2 Afiliación a coberturas de salud, consulta ginecológica y cuidado anticonceptivo 227
Gráfico 10.3 Retraso escolar en niños de 6 a 14 años 229
Gráfico 10.4 Cobertura asistencial, escolar y uso del tiempo entre los niños de 6 a 14 años 231
Gráfico 10.5 Cobertura asistencial y asistencia a guardería o jardín entre los menores de 6 años 232

CAPÍTULOS

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

En esta publicación se presentan los resultados del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales que la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) realizó en la onda de mayo de 1994 por encargo de la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. Este emprendimiento tuvo su origen en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, convocada por las Naciones Unidas y realizada en Nueva York en 1990.

Los 71 Jefes de Estado presentes suscribieron la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y el Plan de Acción para la aplicación de dicha Declaración Mundial en el decenio de los 90. En el Plan de Acción se especificaron estos compromisos en forma de metas, invitándose a todos los Estados a elaborar sus propios planes en función de sus necesidades y recursos específicos. También se solicitó a UNICEF que hiciera una labor de vigilancia sobre la marcha del Plan de Acción.

En 1991, el Gobierno argentino -con la cooperación de la Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF- realizó una adaptación de las metas a la realidad argentina expresada en el Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño. El carácter federal del país hizo que este compromiso fuera suscripto por representantes de todas las provincias del país y presentado por el Presidente de la Nación en julio de ese año.

Los contenidos del Compromiso -que pone énfasis en la salud materno-infantil- se orientan al mejoramiento de los indicadores de calidad de vida de las madres y los niños, en especial el estado sanitario y nutricional de las mujeres en edad fértil y los niños, promoviendo un mejor desarrollo psico-social.

Las metas, que se presentan en el siguiente cuadro, permiten orientar la definición de políticas y programas que atiendan al mejoramiento de la situación sanitaria de la población materno-infantil y brindan elementos a los gobiernos nacional, provinciales y municipales para responder a las necesidades crecientes de dicha población.

SALUD INFANTIL	SALUD MATERNA	NUTRICION
* Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil a 20 por mil en todo el país. * Reducir en no menos del 25% la Tasa de Mortalidad Infantil en aquellas provincias con valores que actualmente superan el promedio nacional. * Reducir a menos de 23 por mil la Tasa de Mortalidad de menores de 5 años en todo el país. * Reducir en no menos del 25% la Tasa de Mortalidad de menores de 5 años en aquellas provincias con valores que actualmente superan el promedio nacional. * Reducir la mortalidad fetal tardía en un tercio. * Mantener la cobertura de vacunación por encima del 90%. * Reducir el número de departamentos en los que la cobertura de vacunación es inferior al promedio nacional. * Eliminar el tétanos neo-natal. * Controlar el sarampión. * Reducir en un 50% las defunciones por diarrea. * Reducir en un 50% las defunciones por respiratorias agudas. * Reducir la mortalidad por accidentes en un 20% en menores de 5 años.	* Reducir a menos del 40 por cien mil la Tasa de Mortalidad Materna en todo el país. * Reducir en una proporción mayor la mortalidad materna en todas aquellas jurisdicciones que actualmente tienen tasas superiores al promedio nacional. * Cobertura del 90% de las embarazadas con vacuna antitetánica. * Detección temprana del embarazo. * Un mínimo de 5 controles prenatales. * Asegurar un mínimo de un control post-natal a la puérpera. * Desarrollar e implementar programas de procreación responsable en todas las jurisdicciode acuerdo al sistema de valores vigentes.	* Virtual eliminación de la malnutrición severa en todas las regiones. * Vigilancia del crecimiento y desarrollo en el 80% de los menores de 5 años. * Reducir a menos del 7% la prevalencia de bajo peso al nacer y la prematurez. * Control de las deficiencias de hierro y iodo. * Lograr que el 60% de los niños sea amamantado por lo menos hasta el cuarto mes de vida.

Fuente: Compromiso nacional en favor de la madre y el niño. Metas y líneas de acción, MSAS, Secretaría de Salud, 1991.

Complementariamente, en abril de 1994, coincidiendo con el desarrollo del trabajo de campo, el Gobierno argentino participó de la Segunda Reunión Americana sobre Infancia y Política Social, Agenda 2000: Ahora los Niños, en la cual suscribió el Compromiso de Nariño. Los objetivos de la reunión fueron asegurar el cumplimiento de los compromisos asumidos por los jefes de Estado y de Gobierno en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, su adaptación a las particularidades de cada país y la formulación de metas intermedias para 1995, con perspectivas al 2000 en las áreas de:

- salud y nutrición;
- agua potable y saneamiento ambiental;
- educación;
- derechos cívicos;
- seguimiento y evaluación.

Las metas propuestas en saneamiento y agua potable, educación y seguimiento y evaluación fueron las siguientes:

- reducir en 25% y 17% respectivamente la diferencia entre población servida y no servida en agua potable y saneamiento básico. Tratar las aguas servidas y asegurar la sostenibilidad del recurso agua;

- propiciar acciones de preservación del medio ambiente en concordancia con lo establecido en la Agenda 21, proviendo procesos educativos en la sociedad;

- redoblar esfuerzos en la perspectiva de lograr la universalización de la escolaridad básica, incluyendo la educación inicial/pre-escolar basados en la familia y la comunidad;

- identificar metodologías y estrategias para ampliar coberturas y desarrollar modelos alternativos de atención en educación inicial/pre-escolar;

- aumentar hasta 1995 a más del 50% el porcentaje de niños y niñas que terminan primaria;

- reducir en 10% la repitencia en los dos primeros grados y asegurar que el 60% complete los primeros grados de escuela;

- elevar la calidad de la educación primaria introduciendo reformas curriculares, aumentando la inversión en en infraestructura, textos apropiados, capacitación de maestros y asegurando que el período escolar sea adecuado a las necesidades de los países y permita un aprendizaje efectivo;

- identificar estrategias para disminuir la deserción escolar;

- desarrollar opciones de educación y capacitación técnica vocacional para los jóvenes;

- asegurar antes de finalizar 1994 el adecuado funcionamiento de los sistemas para el seguimiento y evaluación de los avances en el cumplimiento de las metas para 1995 y el año 2000, con énfasis en el nivel local. Deberán incluirse indicadores en el área de protección.

El examen del cumplimiento de las metas establecidas quedó a cargo de un Comité Nacional, creado en 1992, cuya presidencia ejerce la Subsecretaría de Medicina Comunitaria del Ministerio de Salud y Acción Social e integran diversas entidades del área.

La recolección, el análisis y el uso de datos se han convertido en factores críticos en la resolución efectiva de los problemas del desarrollo social como la salud, la educación y el bienestar, especialmente en los sectores más vulnerables. Dichos factores se constituyen en componentes centrales de la identificación de las necesidades de la población, del diseño y la evaluación de programas de intervención adecuados y del monitoreo de las etapas hacia el cumplimiento de las metas propuestas. La recolección y el análisis de la información para tomar decisiones más apropiadas han ido convirtiéndose en el foco de la formulación de programas y políticas, tanto a nivel local como provincial, regional o nacional.

Cuando se elaboraron las metas se definió la situación inicial en base a la información disponible. Los distintos inconvenientes que presentaba ese aspecto, no solo en la Argentina sino en muchos países del mundo, se volvió a plantear en el momento de efectuar el monitoreo de las metas, cuando se verifican los grados de avance para alcanzar su cumplimiento. La alternativa ideada para generar la información necesaria y oportuna fue el diseño de un módulo especial en la Encuesta Permanente de Hogares, aprovechando el carácter de permanencia de esta fuente dentro del Sistema Estadístico Nacional. Este proyecto se desarrolló en la Dirección Asistente de Estadísticas Sociodemográficas del INDEC a cargo de Carlos Ferrero, específicamente en la Dirección de Encuestas a Hogares a cargo de Clyde Ch. de Trabuchi.

Los diversos estudios que se presentan intentan hacer un aporte al conocimiento sobre la realidad argentina en aspectos relativos a la salud de los niños y las mujeres en edades fértiles, tratando de establecer un diagnóstico y un punto de partida que permita seguir la evolución de los procesos de bienestar de la infancia en los próximos años. La posibilidad de contar con el marco de información que otorga la Encuesta Permanente de Hogares brinda elementos para una mayor comprensión de la influencia de los factores estructurales sobre aspectos de la salud y el desarrollo social.

En los apartados que siguen se presenta una breve reseña de los aspectos metodológicos de la Encuesta Permanente de Hogares y del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales. Luego se expone la organización de la publicación, mencionándose los temas tratados y describiendo los principales resultados de los distintos capítulos.

A. LA ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES: ALGUNAS PRECISIONES

Desde 1972, la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) ha tenido como propósito fundamental la captación de la información referida a los niveles de ocupación y desocupación, permitiendo caracterizar la situación de las personas y los hogares según el lugar que ocupan en la estructura social. Los temas relevados en la Encuesta incluyen aspectos demográficos, ocupacionales, de educación, habitacionales y de ingreso.

Actualmente la EPH se realiza dos veces al año, en mayo y en octubre, en 25 aglomerados urbanos; éstos representan el 70 por ciento de la población urbana del país y

el 98 por ciento de la que reside en centros de más de 100.000 habitantes. El relevamiento de la EPH se realiza sobre una muestra de aproximadamente 36.000 viviendas.

La captación de la información se logra mediante la aplicación de dos cuestionarios: uno familiar y otro individual.

Los cuestionarios familiares recolectan datos que permiten conocer ciertos atributos del hogar, como las características habitacionales de la vivienda y ciertos rasgos sociodemográficos de los miembros del hogar, como la composición por sexo, edad y estado conyugal, indagándose también sobre la relación de parentesco que vincula a cada uno de los componentes del hogar con el jefe del mismo. Este cuestionario es respondido por el jefe o jefa del hogar o, en su ausencia, por otro miembro del mismo que tenga 15 años o más.

Los cuestionarios individuales permiten captar atributos de los individuos en lo que hace a la ocupación, educación, migración e ingreso. Se busca que este cuestionario sea respondido personalmente cuando se trata de encuestados económicamente activos; si ello no resultara posible se acepta la respuesta de un informante calificado, preferentemente el cónyuge u otro componente del hogar mayor de 18 años.

Para evaluar la calidad de los datos, la EPH pone en práctica diversos tipos de controles, que van desde la supervisión del trabajo de campo hasta las encuestas por repetición y el análisis de las estructuras muestrales.

EL DISEÑO DE LA MUESTRA DE LA EPH

A los efectos censales el país está dividido en fracciones integradas por radios de aproximadamente 300 viviendas en promedio.

El marco muestral utilizado en cada uno de los dominios de la EPH es el conjunto de radios censales que integran esas áreas de estudio. A partir de cada Censo Nacional de Población y Vivienda se actualiza cada uno de los marcos.

Para el diseño de la muestra se utiliza un plan de muestreo probabilístico en dos etapas de selección. En la primera etapa se seleccionan radios censales, Unidades de Primera Etapa (U.P.E.) con probabilidad proporcional a su tamaño, medido en cantidad de viviendas ocupadas. Todas las U.P.E. del marco se agrupan en estratos, utilizando como variable de estratificación el porcentaje de jefes del hogar con educación primaria incompleta. La definición de estos estratos no tiene como objetivo formar dominios de estudio sino mejorar la calidad de las estimaciones, disminuyendo su variancia.

Para la segunda etapa se listan las viviendas particulares de las U.P.E. seleccionadas. Sobre este marco secundario se efectúa la selección de las viviendas en forma sistemática, de manera tal de obtener una muestra autoponderada; es decir que todas las viviendas del área tienen la misma probabilidad de ser seleccionadas.

En relación a los resultados debe señalarse que, como todos los provenientes de estudios en base a muestras, están sujetos a errores muestrales, circunstancia a tener en consideración al interpretar los datos.

La teoría del muestreo indica que en el intervalo comprendido entre la estimación menos 2 veces el error estándar y la estimación más 2 veces el error estándar existe una confianza del 95% con respecto a que ese intervalo cubre el valor verdadero que se pretende estimar (intervalo de confianza del 95%). Los errores estándar y los coeficientes de variación otorgan una medida de la precisión de las estimaciones obtenidas para el análisis, recomendándose los recaudos suficientes si se examina la información de manera muy desagregada. Si bien corresponde al usuario determinar si un dato con un cierto error de muestreo le es útil o no, estimaciones con coeficientes de variación superiores al 10% se consideran poco confiables.

A continuación se muestran, para cada aglomerado analizado en esta publicación, los valores de las estimaciones con coeficientes de variación (CV) del 10%, por lo cual las estimaciones con valores menores a los mismos deben ser consideradas con precaución.

Aglomerados	Estimación CV = 10%
Gran Buenos Aires	100.000
Rosario	25.000
Mendoza	20.000
Salta	6.500
Paraná	5.000
Neuquen	5.000
Río Gallegos	1.500

LOS MÓDULOS ESPECIALES DE LA EPH

La Encuesta Permanente de Hogares es un estudio con propósitos múltiples, que permite adicionar módulos para profundizar en temáticas específicas.

Los últimos módulos aplicados fueron: de situación habitacional (octubre de 1988), de utilización y gasto en salud (mayo de 1989), de precariedad laboral (mayo de 1990), de origen étnico (octubre de 1990), de discapacidad (octubre de 1991), de educación y utilización de servicios sociales (mayo de 1992), de desocupación (mayo de 1993) y, finalmente, de monitoreo de metas sociales (mayo de 1994).

B. EL MÓDULO PARA EL MONITOREO DE METAS SOCIALES

A fines de 1991 se firmó un convenio de cooperación entre UNICEF y el INDEC. Este convenio tenía por objeto elaborar indicadores que permitieran evaluar el cumplimiento de algunas de las metas comprendidas en el Plan de Acción para la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño en el decenio de 1990, acordado en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

La Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Dirección de Maternidad e Infancia y del Departamento de Estadísticas de Salud participó en la definición de los contenidos del Módulo y acompañó en la realización y evaluación de la experiencia piloto de campo.

En forma previa al estudio definitivo se realizaron, durante 1992, las siguientes actividades de campo, en las cuales UNICEF colaboró activamente con el INDEC:

- entrevistas semi-estructuradas;
- pre-test: para definir la estructura y la viabilidad de los cuestionarios y probar aspectos de la capacitación y organización del trabajo de campo, así como para observar las dificultades en la medición del peso de los niños;

– prueba piloto: se realizó un ensayo general de todo el diseño, incluyendo los planes de codificación, controles y programas de depuración, obtención de tabulados y de indicadores. La prueba piloto se implementó en dos zonas urbanas: el partido de General Sarmiento, en la provincia de Buenos Aires, y la ciudad de Posadas, Misiones. Para la medición del peso y la talla se efectuó otro operativo de campo en forma simultánea. El tamaño de muestra fue de aproximadamente 1.300 viviendas. Luego de la evaluación de esa experiencia se procedió, en los casos necesarios, a la reformulación de ciertas preguntas de los cuestionarios, preparándolos para la etapa de la recolección definitiva de la información (INDEC - UNICEF, 1993 a y b).

El Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales se aplicó en los siguientes aglomerados urbanos: Gran Buenos Aires, Gran Rosario, Gran Mendoza, Paraná, Neuquén, Salta, Río Gallegos, Gran Córdoba, Corrientes, Gran Resistencia, San Luis-El Chorrillo, Santiago del Estero-La Banda y Tucumán. Los resultados que se presentan en esta publicación se refieren exclusivamente a los siete primeros aglomerados debido a la disponibilidad actual de la información.

Los cuestionarios del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales que se adicionaron al módulo básico de la EPH fueron cinco:

1. Cuestionario II, Vivienda, aplicado para el hogar en su conjunto;

2. Cuestionario IV, Atención de la salud gineco-obstétrica, fecundidad, historia de embarazos y de partos, métodos anticonceptivos, lactancia y afiliación a sistemas de salud, aplicado a mujeres de 15 a 49 años;

3. Cuestionario V, Atención de la salud del niño, asistencia alimentaria, accidentes, enfermedades, vacunación y afiliación a sistemas de salud, aplicado a menores de 6 años;

4. Cuestionario VI, Educación, asistencia alimentaria, afiliación a sistemas de salud y uso del tiempo, aplicado a niños de 6 a 14 años;

5. Cuestionario VII, Peso, aplicado a niños hasta 5 años, y estatura, para los niños de 2 a 5 años.

Los cuatro primeros cuestionarios del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales se aplicaron durante la primera etapa de la Encuesta, de manera simultánea con el cuestionario habitual. Para su implementación se conformó, en cada uno de los aglomerados, un equipo de trabajo formado por encuestadores, responsables de grupo, recuperadores, supervisores de campo, supervisores de gabinete y supervisor general del relevamiento.

La instrucción estuvo a cargo del equipo temático de la EPH, constando la misma de conceptos teóricos y ejercitación práctica.

El cuestionario VII correspondió al estudio antropométrico, que se realizó en una segunda etapa, en la cual se volvió a visitar a todos los hogares donde se habían detectado niños de hasta 5 años cumplidos, con la finalidad de pesarlos y medirlos. Para la

aplicación de este cuestionario el grupo de trabajo de cada aglomerado estuvo formado por antropometristas, encuestadores especializados, supervisores, recepcionistas, coordinador de tareas de campo y coordinador de tareas de gabinete.

Para implementar el cuestionario VII fue necesario diseñar los instrumentos de medición adecuados para ser utilizados en el domicilio de los niños estudiados. Para la medición del peso se utilizó la balanza provista por UNICEF que esta organización utiliza con ese fin. El INDEC encargó el diseño y la construcción de un trípode que sirviera de soporte de la balanza. Se evaluó el grado de eficiencia y practicidad del trípode y la balanza, corrigiendo aspectos mecánicos del diseño y del arnés de sostén. Este aporte resulta de interés para este tipo de estudios, ya que la versatilidad del instrumento permite su adaptación a ambientes físicos de diversas características. Con fines didácticos para la formación de los antropometristas, el INDEC encargó la preparación de un video, que mostraba la manera correcta de pesar a los niños.

El equipo de la EPH contó con la colaboración del Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría Dr. Juan Garrahan en las siguientes actividades:

- definición de los objetivos específicos de la evaluación nutricional a realizar;
- selección de los indicadores antropométricos;
- diseño de un programa de entrenamiento para antropometristas,con normas y técnicas de medición del peso y la estatura definidas por el Servicio de Crecimiento y Desarrollo y compartidas por la Sociedad Argentina de Pediatría y la Organización Mundial de la Salud.

En el Gran Buenos Aires la instrucción y selección del personal de campo en lo referente a la medición del peso y la estatura de los niños estuvo a cargo de técnicos antropometristas, pertenecientes al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría Dr. Juan Garrahan y al equipo temático-operativo de la EPH. En el resto de los aglomerados, la instrucción y selección del personal estuvo a cargo del personal de la EPH.

La instrucción teórico-práctica se brindó en cursos en todos los aglomerados, período en el cual se efectuó la prueba de estandarización de la medida del peso y la talla. Esta prueba buscó, mediante la medición de los errores, controlar dos dimensiones que hacen a la calidad de la información: la precisión y la exactitud. Ligada al desempeño de estas actividades se desarrolló la selección del personal.

- preparación de un software para el análisis de la prevalencia de desnutrición con los estándares nacionales e internacionales.

C. ORGANIZACIÓN DE LA PUBLICACIÓN

La publicación está organizada en diez capítulos, incluyendo esta introducción.

En el capítulo 2 se analizan los datos obtenidos de la totalidad de los cuestionarios del Módulo desde la perspectiva del grado

de cumplimiento de las metas del Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño.

En lo que se refiere a la cobertura de inmunizaciones, cuya meta se situó por encima del 90% en todo el país, la información presenta diversos grados de cumplimiento en las diferentes vacunas: mientras que la BCG mostró niveles muy cercanos a la meta en casi todos los aglomerados analizados, la vacuna antisarampionosa exhibió una cobertura más reducida. Las vacunas Sabin y triple tuvieron coberturas similares, ubicándose entre la BCG y la antisarampionosa y mostrando diferentes niveles de cobertura en los distintos aglomerados.

La meta en cuanto a la lactancia materna establece que el 60% de los niños sea amamantado en forma exclusiva, al menos, hasta el cuarto mes de vida. La evidencia disponible muestra que en ninguno de los aglomerados estudiados se alcanzó la meta propuesta, encontrándose que el rango de variación entre ellos es amplio. Parece insinuarse un mayor nivel de lactancia materna exclusiva entre los hijos de las mujeres pobres por NBI, pero la existencia de esta relación no se ha establecido en todos los aglomerados, por lo cual podría pensarse que existe un patrón de alimentación similar durante los primeros meses de vida, que se inclina hacia la utilización de una dieta más heterogénea que la lactancia materna y menos conveniente para el lactante.

Estrechamente vinculada a la sobrevivencia de los niños, la meta de disminución de la prevalencia del bajo peso al nacer se propone reducir ésta a menos del 7%. Los resultados del Módulo muestran diferencias importantes entre el peso al nacer de los niños de los distintos aglomerados y también al interior de éstos cuando se considera la situación de pobreza por NBI de los hogares.

En lo que respecta a la salud materna e infantil, la meta procura aumentar la detección temprana del embarazo y elevar el número de controles prenatales a más de cuatro por mujer, con la finalidad de prevenir situaciones riesgosas para su salud y la del niño. Los porcentajes de controles previos al cuarto mes del embarazo varían del 86% al 73% en los distintos aglomerados observados, pero existen diferencias más agudas aún cuando la detección temprana del embarazo se relaciona con la situación de pobreza NBI de los hogares. Una comprobación semejante se pone de manifiesto cuando se analiza el número de controles prenatales.

El diagnóstico previo al desarrollo e implementación de los programas de procreación responsable muestra que dos tercios de las mujeres con uniones conyugales o relaciones sexuales utilizaban algún método en el momento del relevamiento. Las marcadas diferencias entre aglomerados se acentúan al analizar la información por situación de pobreza.

El suministro de agua y saneamiento forma parte también de los objetivos a lograr. La situación detectada por el Módulo evidencia que la gran mayoría de las familias tiene agua potable, no observándose notorias diferencias socioeconómicas en el acceso en los distintos aglomerados, a excepción del Conurbano Bonaerense. Las carencias en el saneamiento parecen ser mayores, verificándose disparidades entre las ciudades en estudio y entre los hogares según su

situación de pobreza por ingreso; entre los más desfavorecidos, uno de cada tres carece de condiciones aptas.

Para finalizar, el capítulo 2 examina la cobertura de la educación básica. La información provista por el Módulo es consistente con otras fuentes, llevando a concluir que más del 98% de los niños y niñas en edad escolar asisten a la escuela.

En el capítulo 3 se estudia la situación nutricional de los menores de 6 años con la finalidad de establecer una línea de base para evaluar el cumplimiento de las metas sociales.

Si bien el estudio antropométrico del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales no dispuso de un diseño de muestra exclusivo para la estimación desagregada de indicadores del estado nutricional, el mismo proveyó información sobre una muestra probabilística de población, lo cual permite reiterar su aplicación y monitorear las tendencias en momentos sucesivos. La escasez de información sobre malnutrición de niños en la Argentina (tanto por defecto como por exceso) torna valioso el estudio realizado, ya que las estadísticas disponibles presentan sesgos con respecto a la población general de niños por provenir de la demanda atendida en el sector público de la salud.

Los resultados muestran una situación global de relativa normalidad en los indicadores antropométricos de los menores de 6 años, aunque hay que advertir que los datos provienen de 7 de los principales aglomerados del país, faltando el procesamiento del resto de los que se seleccionaron para la aplicación del Módulo y desconociéndose la situación de otras áreas urbanas y rurales, donde se concentra mayormente la desnutrición de nuestro país.

El análisis del peso de los menores de 2 años presentó un patrón común en los distintos aglomerados: prevalencia relativamente alta del alto peso para la edad (sobrepeso) que afecta, sobre todo, a las niñas del Aglomerado del Gran Buenos Aires y prevalencia leve del bajo peso para la edad salvo en el Conurbano de Buenos Aires, donde adquiere mayor importancia. El bajo peso para la edad se asocia positivamente con el bajo peso al nacer en todos los aglomerados y con la condición de pobreza por NBI en el Aglomerado del Gran Buenos Aires.

En los niños de 2 a 5 años, que fueron pesados y medidos, se verifica un patrón diferente: se mantienen en niveles superiores a lo esperado la prevalencia de sobrepeso, de acuerdo al índice peso/edad y, sobre todo, el peso/talla, que es más específico. Se comprueba también un aumento de la prevalencia del bajo peso para la edad en todos los aglomerados. La mayor prevalencia del bajo peso para la edad está asociada positivamente con los déficits en el índice talla/edad, siendo éste más pronunciado en los varones y en los niños de hogares con condición de pobreza por NBI.

En el capítulo 4 se estudia el peso y la talla de los niños de la ciudad de Salta. Los resultados señalan una situación de deficiencia en el crecimiento -según se consideren distintos puntos de corte- en el indicador antropométrico de la estatura en función de la edad. Los valores hallados no difieren mucho de los correspondientes a la distribución normal del estándar nacional de referencia. El retraso es mayor en los niños de hogares en condiciones de pobreza por

NBI y por ingreso, lo cual resalta la influencia de las condiciones de vida sobre las posibilidades del crecimiento en la infancia. Una comprobación similar surge cuando se estudia la distribución del peso en función de la edad del niño entre los menores de 6 años.

El capítulo 5 introduce el concepto de la auxología epidemiológica como el estudio del crecimiento físico de los seres vivos. Se trata de un área donde se intersectan la medicina, la biología y la sociología, con el objeto de proveer información a los planificadores, sanitaristas u otros grupos interesados en el desarrollo humano. La tesis postulada en este capítulo plantea la utilidad del crecimiento como un indicador global de salud y bienestar en grupos de población y no como un objetivo final, deseable en sí mismo.

La auxología epidemiológica utiliza la antropometría en dos formas: midiendo los tamaños o pesos promedio en un grupo de población por sexo, edad, condiciones medioambientales y de salud (niveles de educación, ocupación, residencia rural o urbana, número de hijos de la familia) o valorando los cambios que se producen en el tiempo (tendencia secular del crecimiento).

En este marco conceptual, las variaciones en el crecimiento asociadas a variables sociales toman el nombre de gradientes sociales.

El nivel educacional materno es una de las variables sociales de mayor importancia en auxología epidemiológica y actúa en forma independiente del nivel socioeconómico. En numerosos estudios se ha comprobado una asociación marcada entre la estatura media y el nivel educacional materno. Uno de los problemas que enfrentan los estudios del crecimiento físico al interrelacionarse con factores de orden socioeconómico y cultural es que estos últimos se hallan fuertemente asociados entre sí. Para aproximarse más adecuadamente a los fenómenos se requiere de enfoques multifactoriales, con técnicas estadísticas multivariadas que permitan estimar el efecto neto de cada una de las variables en estudio.

En lo que se refiere a las principales características de la tendencia secular del crecimiento éstas pueden resumirse diciendo que los cambios seculares son paralelos y del mismo sentido que las diferencias entre grupos sociales altos y bajos con relación a la estatura infantil, la estatura adulta y aún la maduración física. En segundo término, existe en los países un marcado paralelismo entre los cambios seculares ocurridos en el crecimiento y en los indicadores del bienestar socioeconómico. Finalmente, en los períodos de deterioro socioeconómico, los cambios seculares pueden estar ausentes o ser negativos.

En los organismos oficiales encargados de las estadísticas de salud de la Argentina no ha existido la tradición de utilizar el crecimiento de los niños como uno de los indicadores de su bienestar, recayendo casi exclusivamente en los ámbitos científicos la producción de información sobre este tema. Un indicador robusto a explotar como expresión del crecimiento fetal es el peso al nacer, habiéndose comenzado a registrar también la edad gestacional. Adicionalmente, los registros de los centros ambulatorios de atención primaria sirven para definir los individuos en riesgo (seleccionar niños para la dación de leche) y para tomar decisiones clínicas.

Las propuestas de la auxología epidemiológica en la Argentina no invalidan los caminos dirigidos a evaluar la desnutrición infantil con los métodos usados hasta el presente. En las áreas en que la desnutrición es más prevalente las prioridades deben estar dirigidas a la evaluación de la prevalencia de desnutrición, a la detección y definición de individuos y grupos de riesgo y a la adopción de medidas preventivas y de tratamiento. Estas acciones tendrán mayor énfasis en áreas rurales, en el Conurbano Bonaerense y en otras regiones.

El capítulo 6 se ocupa de la salud de los niños menores de 6 años. Se pone especial interés en el análisis de las pautas relativas a la atención de la salud (consultas, vacunaciones y conductas seguidas frente a episodios de enfermedad) y en la incidencia de enfermedades y accidentes en el contexto de las condiciones familiares de vida.

Se reconoce la importancia que para la salud del niño tiene el acceso a un control médico periódico. Desde el punto de vista de la demanda de atención, el contacto con los servicios puede estar motivado básicamente por la percepción de un malestar o enfermedad o por la ocurrencia de accidentes, o bien puede responder a una conducta preventiva. Dado que no toda necesidad sentida de atención es canalizada a través de los servicios de salud, hay factores que actúan para que esta condición se cumpla. La pertenencia a hogares con NBI es un factor que puede condicionar tanto las posibilidades de acceso a los servicios como las actitudes en relación con el proceso de salud-enfermedad de los niños.

El otro condicionante, asociado con el factor anterior, es la posesión o no de una cobertura de salud. Se observa que, en los siete aglomerados estudiados, más de la mitad de los niños se encuentran cubiertos por sistemas de seguro, fundamentalmente a través de las obras sociales.

En cuanto al control de salud en el primer año de vida, la información señala que hay una alta proporción que accedió a los servicios de atención, al menos en una oportunidad, en este período crucial del desarrollo. El estudio acerca del lugar de consulta para el control del crecimiento durante el primer año de vida da cuenta del peso que tienen los establecimientos públicos como alternativa de atención. Por ejemplo, el lugar se asocia con la condición de afiliación, observándose que la población sin cobertura de seguros realiza su consulta preferentemente en el sector público y que los beneficiarios de seguros se concentran en establecimientos y consultorios del sector privado.

Al considerar los beneficios que para el mantenimiento de la salud de los niños representa la consulta de control el estudio revela que existe un amplio margen para la acción en este sentido, ya que se encontró que algo más de la tercera parte de los niños de 1 a 5 años no concurrió a la consulta de control durante los últimos doce meses. Entre los factores que pueden limitar la accesibilidad a los servicios de salud se encuentran la distancia desde el domicilio hasta los centros de atención y el pago de la consulta.

Entre las patologías más frecuentes en los niños menores de 6 años, las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de consulta en los servicios de salud; esta patología se inscribe asimismo

entre las primeras causas de mortalidad en esas edades.

Con respecto a la diarrea puede decirse que también esta enfermedad se hace presente en las primeras causas de la mortalidad de los menores de 6 años; en lo que se refiere a la percepción de morbilidad y la conducta inicial frente a la diarrea infantil, el Módulo encontró una respuesta diversa según el nivel educacional de la madre o respondente, lo cual resulta consistente con otros resultados provenientes del campo de la salud.

Finalmente, los accidentes, que son eventos prevenibles, también ocasionan un gran número de defunciones y daños en las primeras edades. El Módulo muestra una alta prevalencia de accidentes, menor que las afecciones respiratorias pero mayor que las diarreicas.

En el capítulo 7 se abordan dos temas indagados por el cuestionario dirigido a la población de 6 a 14 años: la educación y el trabajo infantil. La meta en cuestión se propone lograr la cobertura universal de la enseñanza primaria para los niños en las edades correspondientes. Ello implica mejorar la calidad y pertinencia de los contenidos de la enseñanza para evitar la baja escolarización, el abandono y la ineficiencia global del sistema educativo.

Se seleccionaron un conjunto de indicadores de educación y trabajo infantil que permitiesen realizar un diagnóstico sintético de la situación de la infancia respecto a esas dimensiones, como también el seguimiento de metas cuantitativas. Tal como lo postulaban hipótesis previas, los logros educativos de los niños se asocian estrechamente con la condición de pobreza de los hogares de los que éstos provienen. La consideración de esa diferenciación social cumple también con fines operativos, ya que suministra elementos para el diseño y seguimiento de políticas y programas educativos dirigidos a grupos de niños especialmente vulnerables.

La situación en el Aglomerado del Gran Buenos Aires indica que el 96,1% de los niños de 6 a 14 años asiste a la escuela, proporción que revela una alta tasa de escolarización. El comportamiento de los indicadores de escolarización por género refuerza la conclusión de numerosas investigaciones en la Argentina que señalan que la demanda educativa en el país es alta y tiene un comportamiento bastante igualitario por sexo.

En contrapartida, al considerar la situación de pobreza de los hogares, se aprecian situaciones más notables. Ello condice con los resultados de algunos estudios recientemente realizados en el país, que señalan la estrecha relación entre carencias educativas y pobreza. El indicador de marginación más significativo es el abandono, ya que la exclusión total es sumamente escasa. La tasa de deserción de niños de hogares con pobreza estructural es tres veces mayor que la del resto de los niños.

Algunos datos recogidos por el Módulo permiten acercarse a la medición de la calidad de la enseñanza primaria tomando como variable indicativa o «proxi» de déficit cualitativo la proporción de escolares cuyas edades resultan normativamente superiores a las esperadas para el grado que cursan. Este indicador se vincula estrechamente a la repitencia y en menor medida a la entrada tardía a la escuela primaria y al reingreso

luego del abandono. Como lo indican trabajos anteriores sobre el tema, la proporción de alumnos primarios con retraso, especialmente cuando se trata de niños pobres, es considerablemente alta.

En lo que se refiere al trabajo infantil, el Módulo permitió explorar las actividades económicas de los niños de 6 a 14 años, tratando de detectar las características de precariedad, informalidad e intermitencia que tienden a ocultar el trabajo infantil. También se indagó sobre la existencia de retribución monetaria por el trabajo realizado.

El orden de magnitud de las tendencias encontradas muestra que en los aglomerados de mayor tamaño los niveles de actividad laboral infantil parecen ser más importantes que en el resto de los aglomerados. La difusión de la actividad laboral resulta mayor en los varones, tanto la declarada como trabajo como la consignada como ayuda en las tareas laborales a familiares.

El capítulo 8 se orienta a caracterizar a las mujeres de 15 a 49 años en lo que se refiere a medidas preventivas sobre salud ginecológica y obstétrica, afiliación a sistemas de salud, fecundidad y uso de métodos de regulación de la misma; también se apunta a conocer, entre las madres recientes, la frecuencia de controles prenatales y de embarazos detectados oportunamente, los efectores de los servicios de atención del embarazo y el parto, el pago de esa atención, los días de internación y la lactancia materna.

Los datos sobre cobertura de salud hacen emerger, de manera muy clara y en todos los aglomerados, un nivel de cobertura que favorece a las mujeres de los hogares no pobres por NBI. Esta comprobación tiene consecuencias sobre diversos aspectos de la prevención y la atención de la salud. También se verificó un mayor porcentaje de cobertura a partir de los 30 años.

La consulta ginecológica es un factor esencial en la prevención de las patologías génito-mamarias. Los datos muestran que algo más de la mitad de las mujeres en edades fértiles efectuó al menos una consulta por esos motivos. Se aprecian diferencias en los niveles de consulta según condiciones de pobreza por NBI. Los porcentajes de consultantes por edad se acrecientan hasta los 34 años y luego decrecen, en una dirección inversa a lo deseable, por los mayores riesgos que afrontan las mujeres de más edad.

En lo que se refiere a los niveles de la fecundidad, se confirma la asociación inversa entre el número de hijos y las condiciones de vida de las mujeres y de sus hogares: entre las no pobres por NBI y las más escolarizadas (indicadores vinculados entre sí) la descendencia alcanza niveles semejantes a los del promedio del país, entre 2 y 3 hijos; en contraste, las mujeres más pobres y con menos años de escolaridad tienen una fecundidad más alta.

El estudio de la condición de uso de métodos anticonceptivos permite concluir que en el Gran Buenos Aires la prevalencia de uso cubre desde los dos tercios hasta las tres cuartas partes de las mujeres de 20 a 34 años casadas, unidas o con relaciones sexuales, evidenciándose un uso mayor entre las más escolarizadas y las pertenecientes a hogares sin NBI.

Los datos sobre la atención del embarazo y del parto de las madres recientes (de 1991

a 1994) muestran que los comportamientos de la población femenina están fuertemente asociados a las condiciones de accesibilidad y a las modalidades de atención, determinadas a su vez por las condiciones socioeconómicas de vida.

Un hallazgo interesante, que contrasta con la opinión generalmente aceptada de una captación inadecuada de las mujeres para su atención obstétrica, mostró un altísimo porcentaje de control del embarazo, que se situó por encima del 95% en todos los aglomerados.

Los datos también indican una alta captación de las embarazadas durante el primer trimestre de gestación, aunque es conveniente tener en cuenta que esa declaración puede referirse a la consulta de diagnóstico del embarazo y no necesariamente al primer control. En este punto queda en evidencia que la condición de pobreza determina desfavorablemente las prácticas preventivas: las mujeres pobres ingresan más tardíamente al control prenatal, al igual que las solteras y las unidas.

Dentro del tipo de parto se advierte que los que se produjeron por cesárea se distribuyeron mayoritariamente entre las mujeres no pobres y en los aglomerados donde predomina la presencia del subsector privado.

Se verificó una presencia dominante de médicos en la atención del parto, que se acentúa en los estratos socioeconómicos más favorecidos. Se verifica un mayor porcentaje de partos atendidos por parteras entre las mujeres pobres.

La mitad de las mujeres ha pagado por la atención del parto, debido fundamentalmente a algún pago parcial entre las que tienen cobertura de obra social, mutuales o pre-pagos.

En el capítulo 9 se busca brindar un panorama sobre la fecundidad adolescente, vinculando los datos del Módulo con los encontrados en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, las Estadísticas Vitales y otros estudios recientes.

Las tendencias encontradas no difieren de los hallazgos de otros estudios, resaltando el comportamiento diferencial de las adolescentes por edad, nivel de escolaridad y condición de pobreza.

Una comprobación que merece destacarse, por su papel en la elaboración e implementación de programas de salud materna, es que pese a la alta cobertura del parto institucional existe un inadecuado cumplimiento de las pautas preventivas recomendadas para el embarazo, ya que una importante proporción de las adolescentes (25%) no cumplió con el control precoz del mismo ni con el número mínimo de controles. La deficiencia en las prácticas preventivas acrecienta el riesgo de desconocer los signos precoces de patologías que deben tratarse de manera oportuna, lo cual afecta la salud de las adolescentes y la sobrevivencia de sus hijos.

El 80% de los partos fue normal y la magnitud de las cesáreas no sobrepasó el 14%, tres cuartas partes de los partos fueron atendidos por médicos y el resto por parteras; el 70% de las jóvenes dio a luz en hospitales públicos y no efectuó pago por el parto.

En la línea de las acciones preventivas también habría que señalar el incumplimiento de las normas relativas a la aplicación de la

vacuna antitetánica en el 25% de las adolescentes que han sido madres en los años recientes.

La asistencia alimentaria cubrió al 25% de las jóvenes madres y entre las beneficiarias pudo establecerse la adecuación de los perfiles socioeconómicos de sus hogares con la focalización en la entrega de leche en polvo.

Las adolescentes con relaciones sexuales utilizaban métodos anticonceptivos de manera diferente según hubieran estado embarazadas o no. Solo el 40% de las nunca embarazadas los usaba, mientras que entre las que tuvieron embarazos la cifra llega al 50%.

En el capítulo 10 se describe la articulación de la estructura socioeconómica de los hogares de los partidos del Conurbano de Buenos Aires con algunos indicadores de distribución de bienes y servicios, salud y educación relevados en el Módulo. Se parte del supuesto de que los análisis del Conurbano Bonaerense deben tomar en cuenta la heterogeneidad que lo caracteriza. Para ello se hace uso de una tipología construida a partir de indicadores socioeconómicos en la EPH, que define cuatro espacios diferenciables al interior del área citada.

En base a la información disponible se condensan los rasgos más salientes de ciertos indicadores laborales, de salud y educación en mujeres de 15 a 49 años y en menores de 15 años de ambos sexos.

El CBA1, integrado por San Isidro y Vicente López, muestra una situación ventajosa de los hogares desde el punto de vista habitacional.

Los hombres en las edades activas centrales se insertan en mejores puestos de trabajo: patrones, cuentapropistas o asalariados formales, ejerciendo actividades de alta calificación profesional y técnica; asimismo se comprueba una mayor ocupación de mujeres tanto jóvenes como adultas. Los hogares de este espacio cuentan con una mejor participación en la distribución de los ingresos.

Una alta proporción de mujeres se beneficia de sistemas de cobertura de salud y ejerce prácticas preventivas en atención ginecológica y anticoncepción.

Los menores de 15 años parecen estar bien posicionados en el acceso a la educación y en la protección de la salud.

El CBA2, compuesto por Avellaneda, Matanzal, Morón, Gral. San Martín y Tres de Febrero, se caracteriza por tener una población ocupada con altos niveles de sobreocupación en el comercio, los servicios sociales y el transporte como asalariados formales y no asalariados y una participación en el ingreso ligeramente superior a la del promedio de la población del área.

Las mujeres tienen niveles de afiliación y uso de anticoncepción superiores al promedio; los menores de 15 años muestran porcentajes de afiliación a sistemas de salud que alcanzan al 60%.

CBA3, integrado por Almte. Brown, Berazategui, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes, muestra una situación habitacional y sanitaria de los hogares que refleja el promedio del Conurbano Bonaerense.

En lo que respecta a la inserción de la población ocupada, ésta tiene lugar

principalmente en el transporte y la construcción bajo la forma de asalariados (en muchos casos precarios) en puestos de baja calificación. La participación de los hogares en el ingreso es algo inferior a la del promedio del área.

Las mujeres en edades fértiles muestran coberturas de salud similares a las del espacio 2 y pautas preventivas de cuidado de la salud menores que las descriptas anteriormente.

CBA4, formado por Florencio Varela, Esteban Echeverría, Merlo, Moreno, Gral. Sarmiento, Matanza2, San Fernando y Tigre, muestra las condiciones habitacionales y sanitarias más deficientes del área, con un alto porcentaje de población careciente de agua potable y de servicios regulares de recolección de residuos.

El comportamiento en la actividad económica registra una alta participación en la actividad de hombres y mujeres adultos y de hombres jóvenes. Los ocupados se insertan como asalariados precarios en puestos de trabajo poco calificados, como la construcción y el servicio doméstico. Los hogares de este espacio son los peor posicionados en la distribución del ingreso.

Las mujeres tienen un número elevado de hijos, por encima del promedio del área; una alta proporción de ellas no tiene cobertura de salud y evidencia bajos niveles de prevención en ginecología y uso de anticoncepción.

Los menores de 15 años revelan falencias en cobertura de salud y menor asistencia, menor permanencia y situaciones de retraso escolar en el sistema educativo.

CAPÍTULO 2

METAS PARA EL AÑO 2000, UN COMPROMISO NACIONAL

Néstor López y Pablo Vinocur[1]

A. LAS METAS Y SU HISTORIA

En setiembre de 1990 se llevó a cabo en Nueva York la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, convocada por la Asamblea General de las Naciones Unidas a iniciativa de los mandatarios de Pakistán, Suecia, Malí, México, Canadá y Egipto. Su objetivo fue abordar la situación que afrontaba la infancia en el mundo y la necesidad de asumir una serie de compromisos en relación con la mejora en las condiciones de vida de los niños, niñas, adolescentes y mujeres, como consecuencia de la puesta en práctica de una serie de tecnologías y programas que, a lo largo de los últimos años, habían demostrado su eficacia en diferentes países del mundo, incluyendo los de América Latina.

La convocatoria reunió a 71 Jefes de Estado y de Gobierno de todo el mundo, quienes se comprometieron a asumir con todo el peso de su poder político las acciones que permitiesen alcanzar, al finalizar la década y al entrar al nuevo milenio, una serie de metas sobre salud y nutrición infantil, salud materna, educación básica, desarrollo infantil, agua y saneamiento básico, género y derechos del niño. Es decir, la máxima reunión de Jefes de Estado en tiempos de paz significó la decisión de "poner fin a los niveles de mortalidad y desnutrición infantiles antes del año 2000, así como proteger el desarrollo físico y mental normal de todos los niños del mundo".

La Cumbre Mundial giró sobre dos importantes constataciones. La primera fue la magnitud de la "catástrofe silenciosa", reflejada en que 40.000 niños fallecían diariamente como consecuencia de enfermedades infecciosas y por desnutrición, mientras que 150 millones sobrevivían con una salud y un desarrollo deficientes y 100 millones de niños en edad escolar quedaban sin escolarizar. El segundo hecho de relevancia fue que se asumió que se disponía de los medios para acabar con dicha catástrofe a un costo accesible para casi todos

[1] UNICEF Argentina.

los países del mundo. Por tanto, el sentido de la Cumbre fue alcanzar el compromiso ético de "hacer realidad lo que ya es posible".

En la Cumbre Mundial los Jefes de Estado suscribieron dos documentos: la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, y el Plan de Acción para la aplicación de dicha Declaración Mundial en el decenio de 1990.

En la Declaración se reconocieron los principales problemas que sufren los niños "como consecuencia de la pobreza, las crisis económicas, el deterioro del medio ambiente, la falta de un crecimiento sostenido y sostenible y los problemas de la deuda externa".

Luego se detallaban las tareas a emprender o reforzar para resolver aquellos problemas y, por último, se asumían una serie de compromisos en los que los Jefes de Estado afirmaron estar decididos "a adoptar las medidas políticas al más alto nivel... atribuyendo la máxima prioridad a los derechos del niño, su supervivencia, su protección y su desarrollo", las que se plasmaron en un programa de 10 puntos sobre la Convención sobre los Derechos del Niño; salud infantil; alimentación y nutrición; función de la mujer y salud materna; función de la familia; educación básica y alfabetización; niños en circunstancias especialmente difíciles; protección de los niños en situaciones de conflicto armado; los niños y el medio ambiente; mitigación de la pobreza y reactivación del crecimiento económico.

En el Plan de Acción se especificaron estos compromisos en forma de metas, invitándose a todos los estados a elaborar sus propios planes de acción en función de sus necesidades y recursos específicos. En tal sentido se alentó a que los gobiernos nacionales promovieran y colaboraran con los gobiernos provinciales y locales y con las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) y organizaciones privadas a preparar sus propios programas de acción para contribuir al logro de las metas. Asimismo, el Plan de Acción estableció que los países debían reunir, analizar y publicar regularmente los datos para vigilar los indicadores sociales relacionados con las metas.

Por último, se solicitaba a Unicef que con la colaboración de los otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, hiciera una labor de vigilancia sobre la marcha del Plan de Acción. Desde la Cumbre la mayor parte de los países del mundo suscribieron la Declaración y el Plan de Acción y diseñaron sus respectivos planes nacionales, con alta prioridad en algunos casos, al punto de que se convirtieron en el eje de los planes nacionales de desarrollo.

METAS PARA EL AÑO 2000

A continuación se presenta la lista completa de objetivos para el año 2000 adoptada por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. De su lectura surge la magnitud de los cambios comprometidos en cuanto a las condiciones de sobrevivencia infantil. Por otra parte, la disponibilidad de indicadores compromete efectivamente a los Estados y a las organizaciones sociales de cada uno de los países a encarar acciones concretas con resultados medibles sobre el grado de avance en las condiciones de supervivencia, protección y desarrollo de los niños en cada país.

Fines globales 1990 - 2000

- Reducción de un tercio de las tasas de mortalidad de los menores de cinco años

(o una reducción hasta niveles inferiores al 70 por 1000 nacidos vivos, si ello representa una mayor reducción).

- Reducción a la mitad de las tasas de mortalidad materna.
- Reducción de la desnutrición moderada y grave de los menores de 5 años en todo el mundo.
- Agua potable y saneamiento ambiental para todas las familias.
- Educación básica para todos los niños y terminación de la enseñanza primaria por al menos el 80% de todos los niños y niñas comprendidos entre los 6 y los 11 años.
- Reducción a la mitad de las tasas de analfabetismo adulto e igualdad de oportunidades educativas para hombres y mujeres.
- Protección de los millones de niños en circunstancias especialmente difíciles y aceptación y observancia en todos los países de la Convención sobre los Derechos del Niño, recientemente adoptada.

En particular, los años 90 deberían ser testigos de una rápida aceptación de que los niños merecen una especial protección contra los efectos directos e indirectos de los conflictos bélicos.

Protección para las niñas y las mujeres

- Acceso de todas las parejas a la educación y a los servicios de planificación familiar con el fin de capacitarlas para la prevención de los embarazos no deseados y los nacimientos "demasiados numerosos o demasiados seguidos" de las mujeres que son "demasiado jóvenes o demasiado mayores".
- Acceso de todas las mujeres a la atención prenatal, a una atención calificada durante el parto y a servicios hospitalarios adecuados para los embarazos de alto riesgo y emergencias obstétricas.
- Reconocimiento universal de las necesidades especiales en materia de nutrición y salud de las mujeres durante la primera infancia, la adolescencia y los períodos de gestación y lactancia.

Nutrición

- Una reducción hasta un nivel inferior del 10% de la incidencia del bajo peso al nacer (inferior a 2,5 kg).
- Reducción en un tercio de los casos de anemia por deficiencia de hierro entre las mujeres.
- Eliminación virtual de los trastornos por carencia de yodo y de vitamina A.
- Mayor información a todas las familias sobre la importancia de apoyar a las mujeres en la lactancia materna exclusiva para sus hijos durante los cuatro a seis primeros meses de vida y de satisfacer las necesidades especiales de nutrición de los niños pequeños durante los años más vulnerables.
- Institucionalización de la vigilancia y promoción del desarrollo infantil en todos los países.
- Difusión de los conocimientos necesarios para capacitar a las familias en la seguridad alimentaria doméstica.

Salud Infantil

- Erradicación de la polio.
- Eliminación del tétanos neonatal (hacia 1995).
- Reducción del 90% de la morbilidad y del 95% de la mortalidad por sarampión, en comparación con los niveles previos a la vacunación.
- Consecución y mantenimiento de al menos una cobertura de inmunización del 85% de los niños de un año e inmunización universal contra el tétanos de las mujeres en edad de procrear.
- Reducción a la mitad de la mortalidad causada por la diarrea y de un 25% en la incidencia de las enfermedades diarreicas.
- Reducción de un tercio de la mortalidad infantil causada por las infecciones respiratorias agudas.
- Eliminación de la dracunculiasis (gusano de Guinea)

Educación

- Además de la expansión de la enseñanza primaria y de otros niveles educativos equivalentes, puede facilitarse el acceso de todas las familias a los conocimientos básicos esenciales para la mejora de la vida cotidiana y el desarrollo en la primera infancia mediante la movilización de la gran capacidad actual en materia de comunicación.

EL COMPROMISO NACIONAL EN FAVOR DE LA MADRE Y EL NIÑO

La Argentina no estuvo ajena a este proceso y ha estado implementando una serie de iniciativas con el objeto de dar cumplimiento a los compromisos asumidos. En mayo de 1991, el Gobierno con la cooperación de la Sociedad Argentina de Pediatría y Unicef, realizó una adaptación de las metas a la realidad argentina, a la vez que estableció algunas de las líneas de acción para poder alcanzarlas.

El carácter federal del país conlleva que sean las provincias, y a veces también los municipios, los responsables últimos de las políticas y programas dirigidos a mejorar las condiciones de vida de los niños, las mujeres y las familias en general. Se promovió entonces que cada provincia y cada municipio definiese sus propias metas según sus problemáticas, siguiendo el espíritu de la Cumbre y del Compromiso Nacional, y diseñara el Plan de Acción para alcanzarlas. El Compromiso Nacional fue suscripto por representantes de todas las provincias del país y presentado por el presidente de la Nación en julio de 1991.

Para su elaboración se tuvo en cuenta la situación de cada uno de los problemas, su evolución histórica y, en todos los casos, se intentó modificar la tendencia observada, ya sea profundizando la caída cuando ese era el caso, o induciendo la curva a la baja cuando era estable o incluso cuando la situación estaba en franco deterioro. Por ejemplo, al momento en que se elaboró el Compromiso, la mortalidad infantil del país era de 26 o/oo, y la tasa prácticamente se había estancado en los últimos 5 años. La proyección a partir de la tendencia la ubicaría en 22 o/oo para el 2000. Se planteó entonces la meta en menos de 20 o/oo, con una caída mayor en las jurisdicciones que tuvieran

tasas superiores al promedio, con el propósito de reducir las grandes disparidades que presenta el país en ciertos indicadores sociales básicos. El mismo criterio se aplicó a las metas de mortalidad de menores de 5 años y de mortalidad materna.

Con posterioridad al Compromiso Nacional el Gobierno nacional diseñó el Plan Nacional de Acción, integrado por una serie de acciones nuevas y otras reforzadas del Ministerio de Salud, entre las que se incluye el diseño y lanzamiento del Programa Materno Infantil y Nutrición, el diseño de una serie de objetivos en relación a los derechos del niño (en una reunión federal realizada en 1993 en Mendoza) y la firma del Pacto Federal por la Infancia, que compromete desde 1994 a todos los gobernadores de las provincias en el cumplimiento del Plan de Acción para el logro de las metas nacionales.

En abril de 1994, los representantes de los países de América Latina suscribieron el Compromiso de Nariño en Bogotá, Colombia, por el que ratificaron los compromisos y metas alcanzados en la Cumbre Mundial, y en algunos casos resolvieron anticipar su logro para 1995.

Así por ejemplo, se propuso para fines de ese año:

- eliminar el tétanos neonatal como problema de salud pública,
- aumentar la cobertura de inmunizaciones en menores de 1 año al 85%,
- eliminar las deficiencias de vitamina A,
- yodizar toda la sal para consumo humano,
- reducir en un tercio, con relación a 1990, las defunciones producidas por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años,
- reducir en un 20% la prevalencia de desnutrición proteico-calórica,
- aumentar al 80% el uso de la terapia de rehidratación oral,
- reducir en 25%y 17% respectivamente la diferencia entre población servida y no servida en agua potable y saneamiento básico,
- aumentar en más del 50% el porcentaje de niños y niñas que terminan primaria,
- reducir en 10% la repitencia en los dos primeros grados y asegurar que el 60% complete los primeros años de escuela.

El "Compromiso de Nariño" significa la ratificación política a nivel continental de que los gobiernos de la región prioritarían, en sus planes y acciones de desarrollo, el logro de ciertas metas que favorecen a la infancia. Asimismo, señala la importancia de poner en funcionamiento antes de fines de 1994, sistemas de información para el seguimiento y evaluación de los avances en el cumplimiento de las metas para 1995 y para el año 2000.

B. EL MONITOREO DE LAS METAS Y LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Cuando se elaboraron las metas se definió la situación inicial en base a la información disponible, la cual provenía de distintas fuentes y tenía distinta integridad. Así, las estadísticas vitales, elaboradas por la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud, son la fuente básica que permite conocer las tasas de mortalidad infantil, las de mortalidad materna

y las de mortalidad de menores de 5 años, así como las específicas para ciertas causas, como las infecciones respiratorias agudas, las diarreas, los accidentes, el sarampión y el tétanos neonatal.

Asimismo, del informe estadístico del nacido vivo se obtiene información sobre el peso al nacer, que el Ministerio de Salud procesa desde hace ya varios años, aunque con problemas de integridad en algunas jurisdicciones.

Toda la información sobre hechos vitales, que es enviada por cada provincia y luego consolidada y procesada en el Programa Nacional de Estadísticas de Salud, se encuentra disponible con una demora aproximada de 2 años. Por ello en 1991, año del diseño del Compromiso Nacional, la información se refería a 1988, mientras que el último año disponible actualmente es 1993.

Los registros del Programa Ampliado de Inmunizaciones, que centraliza la Dirección de Epidemiología, son los que suministran la información sobre coberturas de inmunización de menores de 1 año para las vacunas BCG, triple, Sabin y antisarampionosa. En este caso y por tratarse de un sistema de registro de las inmunizaciones con un sistema de información homogeneizado en todo el país, las provincias aportan informes de avance cuatrimestrales, además del informe anual, con un retraso que en ningún caso excede los 3 meses.

Sobre los indicadores restantes no existe ninguna fuente permanente de información. En lo que se refiere a la nutrición infantil, existen resultados de diferentes estudios realizados en los últimos 10 años, con distintas metodologías y sin asegurar coberturas. Algo semejante sucede con la información referida a morbilidad, a lactancia materna y al uso de métodos de regulación de la fecundidad.

Así, el Compromiso registró como línea de base para ciertos indicadores, como el número de controles prenatales, resultados de estudios específicos; en este ejemplo, el realizado sobre pobreza urbana por la Investigación sobre Pobreza Urbana en la Argentina (IPA/INDEC) o de estudios puntuales. En otros temas, por no disponerse de información sobre ciertas metas, se asumió el desconocimiento existente. A modo de ejemplo se mencionan entre ellas la prevalencia de desnutrición proteico-calórico y de carencia de hierro y yodo.

De algún modo, estos inconvenientes con la disponibilidad de información, que se presenta no solo en la Argentina sino en muchos países del mundo, se volvió a plantear en el momento de efectuar el monitoreo de las metas, es decir, en el proceso de verificar los grados de avance para alcanzar su cumplimiento.

Diferentes iniciativas se adoptaron en este sentido. Por un lado se creó la Comisión de Seguimiento de las Metas del Compromiso Nacional en el Ministerio de Salud, presidida por la Subsecretaría de Medicina Comunitaria y que integran la Sociedad Argentina de Pediatría, la Federación Argentina de Sociedades de Gineco-obstetricia, la Academia Nacional de Medicina, legisladores de las comisiones de Salud de ambas Cámaras, el Consejo Nacional de la Mujer, el Consejo Nacional del Menor y la Familia, el Ministerio de Educación, la OPS/OMS y Unicef. Dicha Comisión analiza los programas y actividades que el Gobierno nacional, los gobiernos provinciales y las entidades involucradas van realizando en relación con las metas y sus resultados.

Asimismo, se idearon diferentes alternativas para generar la información. Una de ellas fue el diseño de un módulo especial en la

Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que posibilita acceder a cierta información indicativa, aprovechando el carácter de permanencia de esta fuente dentro del Sistema Estadístico Nacional.

LA EXPERIENCIA DEL MÓDULO

Con el fin de establecer mecanismos novedosos para monitorear el avance en el cumplimiento de las metas, y reconociendo la necesidad de disponer de una estrategia flexible que reconozca las limitaciones y potencialidades de los sistemas de información vigentes en los países, el INDEC convino con Unicef el diseño de un módulo específico en la Encuesta Permanente de Hogares. El objetivo fue: a) obtener información no disponible desde ninguna otra fuente; b) obtener información sobre ciertos problemas desde la población y compararla con la que produce la oferta o los servicios; c) el diseño de una metodología que permitiese su replicación periódica a lo largo de la década, lo cual implica maximizar las fuentes permanentes de producción de datos estadísticos en el país, a un costo que asegure su viabilidad y d) ofrecer infonnación para la toma de decisiones a nivel de los órganos nacional y provinciales de gobierno, responsables de los planes de acción.

El compromiso suscripto en 1992 consistió en el diseño del formulario, la realización de una prueba para validarlo y su posterior implementación en una de las dos ondas de la EPH en diversas ciudades del país.

La metodología fue diseñada por el INDEC con la participación del Ministerio de Salud, del Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan" y de otras instituciones. La prueba se llevó a cabo en la ciudad de Posadas (provincia de Misiones) y en el partido de General Sarmiento (provincia de Buenos Aires).

A partir del análisis positivo sobre los resultados y el compromiso asumido por la Argentina, la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos encargó al INDEC la realización del Módulo en la onda de mayo de 1994, en la mitad de las ciudades en que se realiza la EPH. Las áreas urbanas incluidas fueron: Gran Buenos Aires (Capital Federal y Conurbano Bonaerense), Rosario, Mendoza, Neuquén, Río Gallegos, Salta, Paraná, Córdoba, San Luis, Resistencia, Corrientes, Santiago del Estero y Tucumán. Unicef cooperó con el INDEC y la Secretaría en la realización del estudio y en el análisis de algunos de los resultados.

C. LA SITUACIÓN FRENTE A LAS METAS

Los resultados que se presentan a continuación se limitan a las ciudades que tuvieron, hasta el momento del análisis, información disponible. Estas son: Gran Buenos Aires, Rosario, Paraná, Río Gallegos, Mendoza, Salta y Neuquén.

El análisis se limita en todos los casos a identificar los indicadores correspondientes a cada una de las metas para las que el Módulo provee información. Por ello, y tal como se mencionó anteriormente, las tasas de mortalidad infantil, de menores de 5 años, la de mortalidad materna y las específicas para diarreas, infecciones respiratorias agudas, sarampión y tétanos neonatal son provistas por el sistema de estadísticas vitales, y por lo tanto no serán desarrolladas en este capítulo.

En consecuencia, las metas que aquí serán analizadas a la luz de los datos que el Módulo provee son las siguientes:

Metas asumidas en el Compromiso Nacional en favor de la Infancia:

- mantener la cobertura nacional de inmunizaciones en el 90% y reducir la proporción de departamentos que tengan coberturas inferiores a dicho valor,
- alcanzar una cobertura del 90% en la inmunización de las embarazadas con toxoide tetánico,
- lograr que el 60% de los niños sean amamantados por lo menos hasta el cuarto mes de vida,
- reducir la prevalencia de bajo peso al nacer y prematurez a menos del 7%, y en aquellas provincias que ya han alcanzado esta meta, disminuir en un 10% su incidencia,
- virtual eliminación de la malnutrición en todas las regiones,
- aumentar la detección temprana del embarazo y elevar el número de controles prenatales a más de cuatro por mujer,
- desarrollar e implementar programas de procreación responsable en todas las jurisdicciones, de acuerdo con el sistema de valores vigente.

Metas no contempladas en el Compromiso Nacional en favor de la Infancia, pero asumidas en el Compromiso de Nariño:

- incrementar el suministro de agua y saneamiento hasta reducir la brecha entre 1990 y el acceso universal en un 25% en el caso de agua potable, y en un 20% para el caso de saneamiento,
- extensión de la cobertura de educación básica hasta reducir en un tercio la brecha entre: a) las tasas de escolarización primaria y retención en 1990 y la escolarización y retención de al menos un 80% de los niños en edad escolar, b) las tasas de escolarización y retención entre niños y niñas en edad escolar.

Para indicadores como el peso al nacer y la cobertura de inmunizaciones los resultados pueden diferir con los que arrojan respectivamente el peso registrado en el certificado de nacimiento y los registros del Programa de Inmunizaciones de cada provincia.

Sobre el peso al nacer, el Módulo interroga al informante, en general la madre, sobre el valor. Esta información en general es dada a la madre en el hospital o maternidad o por un médico o por una enfermera. Comparando con la información que se publica en estadísticas vitales por lo tanto puede presentar las siguientes diferencias:

a) los ámbitos geográficos de la EPH y de la información publicada en las estadísticas vitales no coinciden,

b) la madre puede recordar equivocadamente el peso al nacer de ese niño,

c) error de registro en quien completa el certificado de nacimiento.

De todos modos no deberían presentarse diferencias muy significativas entre ambas fuentes, en cuanto a la prevalencia de bajo peso al nacer (menos de 2.500 g).

Respecto a la información sobre inmunizaciones, los datos aportados por los padres seguramente diferirán de los ofrecidos por los servicios de salud. En este caso las tasas de cobertura a nivel de una provincia o municipio se construyen estimando la población total a cubrir. En el caso de las metas, se refiere a los nacidos vivos en un año dado en el lugar de

residencia habitual. Pero como no necesariamente los servicios tienen la información correcta sobre el lugar de residencia de los niños vacunados (que coincidan su área de cobertura con los límites político administrativos) y los censos de población no se adecuan, el resultado del indicador es una aproximación.

En este caso el Módulo consideró las vacunas que efectivamente recibió el niño, según está registrada en el certificado de vacunación. Cuando el respondente no presentaba el certificado por no tenerlo o por no encontrarlo se registraba la situación. Los cuadros se presentan tomando dos opciones. La primera considera que el niño está vacunado cuando existe un registro en el certificado o libreta sanitaria. La segunda considera como vacunado de acuerdo a la indicación del respondente, haya presentado o no certificado al encuestador.

Para el análisis de los datos sobre estado nutricional, se consideró el patrón de referencia del National Center for Health Statistics (NCHS) de los Estados Unidos, adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la comparación internacional de los resultados y los criterios que también posibilitan la comparación internacional. Tanto para peso en relación a la talla, el peso en relación a la edad y la talla en relación a la edad, se considera la prevalencia de casos por debajo de menos dos desvíos estándar de la media de referencia. Tradicionalmente, los datos que corresponden a cada meta se presentan para el conjunto de la población analizada en cada ciudad, y en algunos casos según se trate o no de personas pertenecientes a hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI), y de acuerdo a una clasificación de éstos según sus niveles de ingreso familiar. Se optó por agruparlos en el 30% de hogares con ingresos más bajos, el 30% siguiente y el 40% con ingresos más altos, señalando que esta distribución es relativa a cada área urbana. Cuando existe algún valor histórico de referencia se señala la fecha y fuente que en cada caso corresponde. Se desea hacer notar que no necesariamente los valores son comparables pues corresponden a métodos de medición, fuentes e instrumentos diferentes.

Meta: *mantener la cobertura nacional de inmunizaciones en el 90% y reducir la proporción de departamentos que tengan coberturas inferiores a dicho valor. Alcanzar una cobertura del 90% en la inmunización de las embarazadas con toxoide tetánico*

En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, todos los países del mundo se comprometieron a que para el año 2000, por lo menos un 90% de los niños y niñas menores de un año estuvieran adecuadamente vacunados contra la poliomielitis, la difteria, el tétanos, la tos convulsa o pertusis, el sarampión y la tuberculosis. En el caso del tétanos neonatal se propuso su eliminación, para lo cual la estrategia del Programa contempla vacunar contra el tétanos a todas las mujeres en edad fértil de aquellas áreas en las que se hubiese producido un caso de tétanos neonatal en los últimos 3 años, manteniendo la vacunación contra el tétanos en la totalidad de las embarazadas en el resto del país.

En coincidencia con el espíritu de la Cumbre, en el Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño, y teniendo en cuenta los datos de cobertura aportados por el Programa de Inmunizaciones, la meta propuesta para el 2000 fue la de mantener la cobertura alcanzada, teniendo en consideración que en 3 de los biológicos (la antisarampionosa, la BCG contra la tuberculosis y la antipoliomielítica) se

presentaban coberturas de más del 90%, mientras que para la triple o DPT (difteria, pertusis o tos convulsa y tétanos), la cobertura en 1990 era inferior, aunque superior al 80%.

Normalmente, los datos sobre cobertura que son provistos por los servicios de salud adolecen en casi todos los países de ciertos problemas de calidad. La tasa de cobertura de vacunación relaciona el número de niños menores de 1 año vacunados con el total de niños menores de 1 año en un período dado de tiempo y en una determinada jurisdicción; en este caso el total del país. En referencia a las vacunas que requieren tres dosis, como la antipoliomielítica y la triple o DPT (difteria, tétanos y pertusis), se considera que los niños están inmunizados cuando han recibido las tres dosis.

Esto provoca a veces errores en los registros sobre el número de dosis efectivamente aplicadas, sobre todo cuando la madre o el padre no concurren al vacunatorio con el carnet de vacunación y no recuerdan exactamente la dosis que se aplica. También hay casos de niños que para cualquier biológico han recibido más dosis que las pautadas. Ello genera el error del sobreregistro de cobertura. A la inversa, también ocurre que se vacuna y no se registra, lo que conlleva el error del subregistro.

Sin embargo, la principal fuente de error deviene del denominador; es decir de la estimación del total de niños menores de 1 año del área que cubre el servicio de salud. La gran mayoría de los servicios de salud en las áreas urbanas no conoce con exactitud la población que debería atender. En cambio, los servicios conocen el número de personas que atienden, aunque en general ambos datos no conciden. Habitualmente el indicador se construye con la población estimada, mediante la proyección de la población a partir de la información de los censos de población y vivienda. Todos estos problemas generan imprecisiones, resultando muchas veces índices superiores al 100% de cobertura, lo cual refleja que se han aplicado más vacunas que la población menor de 1 año registrada. Como el concepto de cobertura se vincula con universalización, es inadecuado aceptar índices superiores al 100%, aunque matemáticamente sea ése el resultado.

Otra metodología de evaluación de la cobertura es el relevamiento en los hogares, que fue la utilizada por el Módulo. El método consistió en solicitar a los entrevistados con niños menores de 5 años el carnet y/o los certificados de vacunación. La información contenida en ellos se registró en la encuesta. Cuando el/la entrevistado/a no presentaba los certificados se indagaba apelando a su memoria, si los niños habían sido vacunados, cuándo y cuántas veces para cada vacuna, haciendo constar en estos casos en los cuestionarios cuál era la fuente de la información.

Lógicamente, esta metodología también adolece de problemas en cuanto a la integridad de la información sobre cobertura, a menos que exista una fuerte expectativa de que los padres conserven los documentos de vacunación o que tengan muy buena memoria. En resumen, y tal como suele ocurrir en otros campos, todas las fuentes de información suelen presentar problemas de subregistro y de integridad. El uso de distintas técnicas posibilita, muchas veces, ir aproximándose a los valores ciertos; por ello en este caso, las autoridades nacionales resolvieron incluir datos sobre cobertura de vacunación en el módulo de monitoreo de las metas de la Cumbre.

Al tomar en cuenta que la meta interroga sobre la cobertura de cada uno de los biológicos que integra el Programa Ampliado de

Inmunizaciones en menores de 1 año, y que existen ciertas normas de vacunación, se adoptaron las siguientes definiciones:

a) se consideró inmunizado con BCG a los niños que al momento de la encuesta tuvieran certificado de vacunación,

b) se consideró inmunizado con Sabin oral (antipoliomielítica) y DPT o triple a los niños que al momento de la encuesta tuvieran: 1) hasta 5 meses y la primera dosis aplicada; 2) más de 5 meses y hasta 6 meses y la segunda dosis aplicada y 3) más de 6 meses y hasta 12 meses y la tercera dosis aplicada,

c) se consideró inmunizado con antisarampionosa a los niños de 11 a 14 meses con certificado de vacunación. Sobre esta vacuna es importante señalar que la norma nacional establece la vacunación a los 12 meses. Sin embargo, como consecuencia de la última epidemia de 1991 y 1992, muchas provincias resolvieron vacunar a partir de los 9 meses de edad e incluso Salta tenía normado vacunar desde los 6 meses. Al no poder generalizarse estas pautas y no afectar las estimaciones se resolvió adoptar el criterio antes indicado.

La meta comprometida para 1995 sobre las inmunizaciones fue la de alcanzar coberturas superiores al 80%. Los resultados que se presentan no miden por lo tanto el cumplimiento de la norma del Programa, lo cual hubiese llevado a considerar como adecuadamente inmunizado, por ejemplo con Sabin, a los niños de 3 meses con 1 dosis; de 5 meses con 2 dosis y de 6 meses o más con 3 dosis, sino la de los niños inmunizados al año de edad.

En relación a esta meta, la información de la Dirección de Epidemiología de todas las jurisdicciones para 1994 fue la siguiente:

Cuadro 2.1 Tasa de cobertura de vacunación de menores de un año por provincias seleccionadas, 1994

Provincia	Sabin	Triple	BCG	Sarampión
Buenos Aires	107,4	80,9	105,3	119,9
Mendoza	89,1	88,2	100,9	103,0
Santa Fe	72,9	70,6	78,4	84,7
Neuquén	91,1	89,8	63,9	97,9
Santa Cruz	93,0	86,9	73,6	97,3
Salta	70,0	71,0	74,9	90,1

Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS), 1994

Cuadro 2.2 Porcentaje de niños menores de 1 año y de embarazadas vacunados con y sin certificado por aglomerado de residencia

Aglomerado[1]	Vacunas				
	Triple	Sabin	BCG	Sarampión	Toxoide tetánico
Gran Buenos Aires	86,6	87,3	93,8	62,1	85,6
Conurbano	83,7	84,7	95,2	64,2	86,8
Mendoza	84,4	85,9	98,4	44,4	77,4
Rosario	81,1	79,6	88,9	18,5	85,2
Neuquén	94,3	96,2	100,0	69,0	79,2
Río Gallegos	91,7	91,7	100,0	55,6	81,7
Salta	78,1	79,2	80,3	60,0	84,3

Cuadro 2.3 Porcentaje de menores de 1 año vacunados que exhibieron certificado por aglomerado de residencia

Aglomerado[1]	BCG	Triple	Sabin	Sarampión
Gran Buenos Aires	56,0	48,4	67,7	35,6
Conurbano	58,0	49,3	67,9	32,9
Mendoza	87,5	73,4	79,7	44,4
Rosario	73,1	66,8	73,2	6,0
Neuquén	74,9	69,2	78,8	37,1
Río Gallegos	95,0	86,7	88,4	55,6
Salta	72,7	65,0	74,9	56,0

[1] Al no disponer de la información referida a la edad en meses de los niños en el aglomerado Paraná no se pudo calcular la cobertura de vacunación.

En cuanto a los resultados que arrojó el Módulo de la EPH, los mismos se presentan bajo dos formatos. En el primero (Cuadro 2.2), se detallan las coberturas alcanzadas según la presentación de certificados y en el segundo (Cuadro 2.3) la cobertura incluye no solo la verificada mediante la presentación de certificados sino también la originada en la declaración del entrevistado, en general las madres de los niños.

De la comparación entre ambos cuadros se observa una sensible diferencia en la estimación de la cobertura según se exhiba certificados de vacunación o no. Lógicamente, el segundo es mucho más confiable, pues el resultado surge de la transcripción realizada por el encuestador de los documentos que le mostró el entrevistado. En el primer caso en cambio se considera como válida la información provista por los entrevistados, exhibiendo o no los certificados. Si se tomasen los resultados que arroja el Cuadro 2.3, las metas, tanto nacional como mundial, estarían muy lejanas. Sin embargo, es necesario señalar que es muy posible que una proporción importante de los entrevistados no hubiese deseado exhibir el certificado al momento de la entrevista y no necesariamente considerar que no disponían de él. Por esta causa es que más allá de la importancia de estos resultados, se privilegió el análisis de la información del Cuadro 2.3.

El Cuadro 2.2 muestra una cobertura casi óptima en BCG en todas las jurisdicciones analizadas y deficiente en los otros tres biológicos. La posible explicación sobre la óptima cobertura de BCG es que este biológico generalmente se aplica en los mismos establecimientos hospitalarios, casi de inmediato después del parto. Si se tiene en cuenta que en las áreas analizadas casi el 100% de los partos ocurre en establecimientos asistenciales, se puede concluir que el resultado es muy positivo.

El mismo cuadro muestra niveles de cobertura más próximos a los del sistema de registros, e incluso también más cercanos a los del año 1990 de referencia para el Compromiso Nacional, cuando se propuso la meta de mantener coberturas por encima del 90% para el año 2000. De hecho, la meta intermedia señalada para diciembre de 1995, estaba en mayo de 1994 prácticamente alcanzada en todas las áreas urbanas analizadas, con una única excepción. Todas las jurisdicciones exhiben coberturas muy reducidas de vacunación antisarampionosa, siendo Neuquén la más elevada con 69%.

Respecto al sarampión, es importante señalar que la Argentina se encuentra realizando esfuerzos por eliminar esta enfermedad infectocontagiosa desde 1993, cuando inició la estrategia con una campaña sumamente exitosa que permitió vacunar a más de 9 millones de menores de 15 años, alcanzando una cobertura de 98%. Estos esfuerzos son comunes a muchos países en el mundo, en particular en América Latina. Para erradicar la enfermedad se requiere sin embargo, que todos los niños que nacen sean vacunados al cumplir el año de edad y ello implica que los esfuerzos de los servicios de salud por mantener e incrementar coberturas deben ser revalidados anualmente.

La campaña señalada puede explicar en parte coberturas tan reducidas en sarampión, pues parte de los niños de la cohorte pueden haber sido cubiertos por la misma al momento de la encuesta (mayo de 1994). En otros casos, la causa puede atribuirse a que los niños son vacunados, aunque más tardíamente que lo

debido y señalado por las normas. En este análisis se fijó como límite aceptado, el de 14 meses, dos meses más tarde que lo establecido.

Respecto a los biológicos que requieren de tres dosis para asegurar inmunidad, las coberturas son muy parecidas. Tanto la Sabin (antipoliomielitis) como la triple, en cada una de las jurisdicciones, alcanzan valores muy parecidos.

Donde sí se evidencian diferencias significativas es cuando se analizan los valores entre las jurisdicciones. Salta y Rosario son las áreas urbanas con valores más bajos, muy alejados de las metas esperadas, mientras que en el otro extremo se ubica Neuquén y Río Gallegos, donde salvo el ya mencionado caso de la antisarampionosa, en todos los casos las coberturas superan el 90%. Mendoza, Conurbano y Capital (GBA) se ubican en una posición intermedia, con coberturas para la Sabin y la triple inferiores al 90%, aunque superiores al 80%.

En cuanto a la diferenciación por condición de NBI, no se presentan los cuadros pues no solo no hay diferencias significativas entre los niveles de vacunación alcanzados por los niños pertenecientes a hogares con NBI y sin NBI sino que en algunos biológicos las coberturas son más altas en los NBI y en otros ocurre lo inverso. Las únicas excepciones son Rosario y Neuquén. En la ciudad santafesina las diferencias en las coberturas según condición de NBI de los niños es significativa y claramente beneficioso para los niños sin NBI. Es más, en esta ciudad salvo en BCG ningún niño NBI alcanzaría la meta comprometida para diciembre de 1995.

Exactamente lo contrario ocurre en Neuquén, donde el 100% de los niños NBI están vacunados con todos los biológicos, mientras que los niños sin NBI alcanzan coberturas que, en todos los casos, con excepción del sarampión, superan el 90%. Este último caso apenas llega al 55%, evidenciando un comportamiento similar al ya apuntado en las otras áreas urbanas para este biológico específico.

Se puede, por tanto, concluir que la meta intermedia propuesta de superar el 80% de cobertura ha sido alcanzada. Sin embargo, los valores están lejos de las del año base, y por tanto de las metas para el 2000, con la única excepción de la ciudad de Neuquén y de Río Gallegos. El esfuerzo de inmunizar que llevan a cabo los servicios de salud debe ser permanentemente revalorizado, puesto que un deterioro en la disponibilidad de biológicos o descartables o en el funcionamiento de los servicios de salud trae aparejado el peligro de que una generación de niños no sea adecuadamente inmunizada, lo que puede acarrear riesgos crecientes para ellos. Por lo tanto, si bien es un gran logro alcanzar altos niveles de inmunización como los que se propuso la Cumbre para el 2000 (valores superiores al 90%), y que Argentina había obtenido en 1990, lo significativo es poder mantenerlo. Lamentablemente, también en este caso nuestro país muestra una caída, que avala la necesidad de considerar a esta actividad básica de salud como estratégica e imprescindible. Recuperar los niveles de 1990, que es igual a alcanzar las metas del 2000, no es difícil. Reforzar los programas en ciertas áreas del país y para ciertos grupos sociales, además de disponer de buenos y confiables sistemas de información para el monitoreo son los requisitos para asegurar el cumplimiento de la meta del 2000.

Meta: *lograr que el 60% de los niños sean amamantados por lo menos hasta el cuarto mes de vida*

Una de las prácticas más saludables es la de la lactancia materna exclusiva, en la medida que ella asegura todos los nutrientes que un niño requiere para su crecimiento y desarrollo; adicionalmente, la madre le transmite todos los anticuerpos protegiéndolo de las infecciones y facilitando al mismo tiempo el apego entre la madre y su hijo.

Un niño no necesita ingerir ningún otro alimento ni líquido durante los primeros meses de vida más que la leche materna. Sin embargo, esta práctica natural ha venido siendo dejada de lado como consecuencia de la creciente urbanización, del desarrollo de sucedáneos de leche materna que mediante una política de promoción fue incluso recomendada por el cuerpo médico, por una incorporación creciente de la mujer al mercado de trabajo, no acompañada de medidas jurídicas y de cambios culturales que protegieran la lactancia y por último también por consideraciones estéticas que algunas mujeres invocan para evitar la práctica.

Estos problemas son comunes a muchos países del mundo, en particular a los de mayor desarrollo. Por ello, en la Cumbre se propuso la meta de que "todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año". También a nivel nacional se valoró la trascendencia de la lactancia exclusiva, aunque tomando en cuenta la información cualitativa disponible al momento del diseño del Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño, que indicaba muy bajos índices de lactancia exclusiva, se propuso "lograr que el 60% de los niños sea amamantado, por lo menos hasta el cuarto mes de vida".

Cuadro 2.4 Porcentaje de niños amamantados exclusivamente hasta el cuarto mes según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Total	**28,7**	**28,7**	**28,6**
Gran Buenos Aires	27,4	27,2	27,6
Conurbano	27,4	27,4	27,4
Mendoza	44,0	44,1	44,0
Rosario	32,9	36,3	30,3
Neuquén	35,8	37,4	35,3
Paraná	30,2	32,5	28,8
Río Gallegos	34,6	30,9	35,5
Salta	18,2	20,1	17,5

Ninguna de las áreas urbanas ha alcanzado aún la meta nacional del 60% de niños amamantados exclusivamente hasta el cuarto mes, según surge del análisis de los resultados que arrojó el módulo de la EPH, al menos en las áreas urbanas consideradas. En consecuencia, mucho más lejos aún está el país de alcanzar la meta de la Cumbre Mundial, que implica alcanzar coberturas de amamantamiento próximas al 100%.

Así como ocurrió repecto a otros indicadores, también en éste se aprecian importantes diferencias entre las jurisdicciones. Mendoza, con más del 44% de los niños amamantados, se sitúa más próxima a la meta, mientras que Salta y GBA se ubican como los aglomerados más alejados, en la medida que deberían incrementar el índice de amamantamiento el 200% y el 100%, en los próximos 5 años para alcanzar esta meta. Río Gallegos, Neuquén y Rosario (con valores de alrededor del 35%) y Paraná muestran una situación intermedia entre los valores del GBA y de las ciudades antes mencionadas.

Así como se destaca la importancia de los diferenciales entre las jurisdicciones, es muy

interesante el comportamiento entre los grupos de pobreza. En la mayor parte de las ciudades es mayor el índice de amamantamiento entre los niños de hogares NBI, con la única excepción de Río Gallegos, Mendoza y el Gran Buenos Aires no muestran diferencias entre los niños pertenecientes a hogares según su condición de NBI. Estos resultados están de acuerdo con lo esperado, en cuanto a pautas culturales y de incorporación al mercado de trabajo, pues es en los hogares NBI donde la tasa de actividad de las mujeres en edad fértil es menor, y en los que se esperaría un hábito de lactancia natural más fuerte.

La tendencia de mayor lactancia en los niños NBI es adecuada y recomendable, en la medida que la lactancia natural es un recurso estratégico que asegura tanto la sobrevida como la calidad de ésta. De todos modos, las diferencias entre ambos grupos de niños no son significativas, lo que avalaría la presencia de una cultura de alimentación del bebé bastante homogénea socialmente, que al menos por ahora priorita la utilización de sucedáneos de la leche materna.

Este comportamiento difiere en parte del observado en el estudio que sobre lactancia se incluyó en el Estudio sobre Pobreza Urbana en la Argentina realizado en 1988. Tanto en Neuquén como en el Conurbano, era mayor el índice de amamantamiento entre los niños no pobres que entre los NBI.

Los esfuerzos que vienen realizando tanto el Ministerio de Salud, como otras entidades entre las que se distingue la Sociedad Argentina de Pediatría y la Liga de la Leche, requieren de mayor cooperación de otros ámbitos públicos y privados, si se pretende modificar hábitos culturales, que como los de crianza, cuesta mucho modificar. En este sentido, la reproducción de iniciativas como los de creación de comisiones promotoras de la lactancia lanzadas por el Ministerio, y el papel de todos los servicios de salud, públicos y privados, como el de los medios de comunicación social se convierten en cruciales para lograr la meta propuesta.

Meta: *reducir la prevalencia de bajo peso al nacer y prematurez a menos del 7%, y en aquellas provincias que ya han alcanzado esta meta, disminuir en un 10% su incidencia*

Uno de los indicadores más significativos sobre la problemática perinatal, es decir de salud/enfermedad alrededor del parto, es el peso al nacer. Efectivamente, la probabilidad de morir de un niño en sus primeras horas o días de vida está en relación estrecha con el peso al nacimiento, en particular cuando éste es inferior a 2.500 g. Ciertos estudios señalan que los pesos inferiores a 3.000 g al nacimiento, deben ser considerados insuficientes. Pese a los importantes avances de la tecnología neonatal, que ha permitido la sobrevivencia de una alta proporción de niños nacidos con menos de 1.000 g el peso al nacer es un excelente predictor de las probabilidades de sobrevivencia de los niños durante el primer mes de vida.

El peso al nacer es el resultado de una serie de factores ambientales y sociales, tales como el estado nutricional de la mujer al momento del embarazo y durante ese proceso, el hábito de fumar, la adicción alcohólica, los esfuerzos físicos en el hogar o en el trabajo y el estrés durante el embarazo. Existen también otras causas de tipo biológico, como infecciones y patologías que sufren las embarazadas, que pueden ser también causantes del bajo peso al nacer.

En la Cumbre Mundial, la meta establecida fue la de reducir la prevalencia de bajo peso al nacer (niños nacidos con menos de 2.500 g) a menos del 10%. Teniendo en cuenta que, de acuerdo a los registros del Programa de Estadísticas de Salud del Ministerio, la prevalencia de bajo peso al nacer en el país era más baja, si bien no se conocía con exactitud el valor, la meta nacional era la de alcanzar en el año 2000 valores inferiores al 7%.

De acuerdo a la información que comenzó a procesarse de los informes estadísticos de nacimiento en el Programa Nacional de Estadísticas de Salud, la prevalencia de bajo peso al nacer era en 1990 del 7,2%. Es de hacer notar sin embargo, que para su cálculo se excluyeron los nacimientos sin datos de peso que llegaba a alrededor del 30%. Podría plantearse la hipótesis de que la ausencia de registros de peso no se distribuye por igual entre toda la población sino que afecta más a la población con características económico-sociales más proclives a índices más altos de bajo peso al nacer. Ello, porque el subregistro comprende en primer lugar, a aquellos niños que no nacieron en establecimientos de salud y en segundo lugar a niños que, habiendo nacido en establecimientos hospitalarios, no cuentan con registro de peso en los certificados de nacimiento. Según la misma fuente de información y utilizando igual procedimiento de cálculo, en 1993 la prevalencia de bajo peso al nacer descendió a 6,9%. Es decir, la meta propuesta, de acuerdo a esta fuente de información ya se ha alcanzado.

En el Módulo, se preguntó a las madres de los niños menores de 6 años el peso al nacer de su último hijo. Esta información, ya recogida y testeada en otras encuestas de hogares, es muy útil, pues las madres recuerdan perfectamente el peso de sus hijos al nacer; esta es una información de mucho valor, adecuadamente asociada al nivel de salud de sus niños.

En el Cuadro 2.5 se presenta la información, considerando como límite superior a los niños con pesos inferiores a 2.500 g y con pesos inferiores a 2.501 g. Esta distinción se realiza como consecuencia de la tendencia de los profesionales del equipo de salud y probablemente también de las madres, a redondear el peso al momento del registro. Efectivamente, al comparar ambos datos se observan cambios importantes en la prevalencia de bajo peso al nacer en todas las jurisdicciones, con excepción de Mendoza, que presenta valores similares independientemente del criterio.

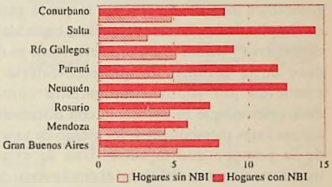
Considerando el límite de 2.500 g, la prevalencia de bajo peso en las áreas urbanas analizadas es totalmente consistente con los valores de los certificados de nacimiento. Solo en la ciudad de Paraná, la prevalencia de bajo peso al nacer del 7,6 %, está por encima de la meta, siendo Mendoza la de menor prevalencia con 4,8%.

Al estimar la prevalencia con el límite de menos de 2.501 g, todas las ciudades muestran prevalencias por encima del 7%, con la excepción de Río Gallegos y la ya mencionada Mendoza. Nuevamente Paraná es la que exhibe una prevalencia mayor, que casi duplica la de la ciudad cuyana. Tanto el Gran Buenos Aires como Salta alcanzan valores próximos al 8%, y restando del Aglomerado del Gran Buenos Aires la Capital Federal, la prevalencia de bajo peso en el Conurbano Bonaerense alcanza valores de 8,1%.

Cuadro 2.5 Prevalencia de bajo peso al nacer inferior a 2.500 g y a 2.501 g por aglomerado de residencia

Aglomerado	2.500 g	2.501 g
Total	6,1	7,6
Gran Buenos Aires	6,2	7,8
Conurbano	6,4	8,1
Mendoza	4,8	4,8
Rosario	5,8	7,7
Neuquén	6,2	7,1
Río Gallegos	5,8	6,3

Gráfico 2.1 Bajo peso al nacer según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia



Según lo que puede apreciarse en el Cuadro 2.5, existen diferenciales muy importantes según aglomerados urbanos, pese a que se trata de valores bajos. Ello confirma la utilidad de analizar la información lo más desagregadamente posible, en busca de reducir las disparidades de salud, que se presentan entre las jurisdicciones, prioritando las intervenciones en aquellas áreas con prevalencias más elevadas.

Este tipo de análisis es aún más útil cuando se observan las diferencias que exhiben, en todas las jurisdicciones, los niños pertenecientes a hogares NBI. Más allá de que se trata de pocos casos, en el Gráfico 2.1 se observa que en la ciudad de Salta, los niños pertenecientes a estos hogares tienen cuatro veces mayor prevalencia de bajo peso al nacer que los niños no pertenecientes al grupo de pobreza estructural. En Neuquén y Paraná el riesgo es tres veces mayor, en el Conurbano Bonaerense es 75% más alto, mientras que en el resto de las jurisdicciones la prevalencia de bajo peso es de alrededor del 50% más elevada.

Esto implica, de acuerdo a lo señalado previamente, que el riesgo de muerte y de deterioro en su crecimiento es sensiblemente más elevado entre los niños nacidos en un hogar de pobreza estructural. En Salta, Neuquén, Paraná y en el Conurbano, más de uno de cada diez niños nacidos en estos hogares tiene tales características, por lo que la realidad de estos niños dista mucho de alcanzar la meta nacional e incluso está por encima de la meta internacional.

Meta: *virtual eliminación de la malnutrición en todas las regiones*

En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, los Jefes de Estado se comprometieron a que antes del 2000 se eliminaría la malnutrición en todas las regiones del mundo, meta que fue igualmente suscripta por el Gobierno argentino en el Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño. A su vez, en el Compromiso de Nariño los representantes de los Gobiernos latinoamericanos se propusieron que para finales de 1995, la prevalencia de desnutrición severa se reduciría a la mitad.

Uno de los principales inconvenientes con que se tropieza al intentar conocer un problema complejo, que presenta diferentes manifestaciones, es intentar encontrar indicadores que posibiliten medirlo. En general, lo que se gana en simplicidad se pierde en riqueza y capacidad descriptiva y analítica del problema. Este es el caso de la desnutrición proteico-calórica, conocida por todos simplemente como desnutrición, que se evidencia con diferentes alteraciones metabólicas y del estado de salud de la persona que lo sufre. Una de estas manifestaciones se refleja en el crecimiento de los niños; es decir en una pérdida de peso o en una detención del crecimiento expresado en su talla.

Los profesionales de la salud determinan la existencia de desnutrición o de síntomas de la misma controlando, entre otros indicadores el peso y la talla o altura de los niños. Con el fin de determinar si el crecimiento es normal, comparan los registros de peso y talla del niño en cuestión con los valores esperados para niños y niñas "normales y sanos" de su misma edad. Estos valores esperados están publicados por las autoridades de salud en casi todos los países y disponibles en todos los servicios de salud. Se denominan "Tablas de referencia". Más allá del potencial genético de crecimiento de todo niño individualmente considerado es posible, sobre todo a edades tempranas previas al desarrollo puberal, determinar la existencia de la desnutrición como problema de salud colectivo, utilizando los denominados indicadores antropométricos. Los más conocidos y difundidos por su capacidad discriminatoria y relativa sencillez para su toma son: talla para la edad (T/E), peso para la talla (P/T) peso para la edad (P/E).

Cada uno de estos indicadores señala distintos tipos de problemas al compararlos con los de la tabla de referencia utilizada. La T/E señala la presencia de desnutrición crónica, al reflejar un retardo en la talla del niño o de los niños analizados. Esto es así porque al desencadenarse un proceso de desnutrición, lo primero que se ve afectado es el peso y si persiste durante un tiempo recién entonces se afecta la talla del niño. Por ello, el indicador más sensible para evaluar la presencia de desnutrición aguda al momento de la medición es P/T, que permite identificar si existe pérdida de peso. Finalmente el indicador P/E es también muy sensible y se lo recomienda como uno que registra la desnutrición global. Es decir, sin la especificidad de los otros dos, señala la presencia de desnutrición aguda en cuanto registra el peso, y la crónica en tanto la relaciona con la edad.

Diferentes estudios llevados a cabo por especialistas internacionales muestran que las diferencias entre distintas razas son menores a las que se dan por causas ambientales, como la pobreza y el estado de salud. Por ello la Organización Mundial de la Salud ha adoptado como patrón de referencia internacional el desarrollado por el National Center for Health Statistics (NCHS) de los Estados Unidos.

Al mismo tiempo, algunos países han construído sus propias tablas de referencia, como es el caso de la Argentina. Los resultados que se presentan más adelante se obtuvieron utilizando el patrón de referencia sugerido por la OMS pues posibilita comparar el estado nutricional de nuestros niños con los de otros países.

Finalmente, otro elemento que es importante tener en cuenta al utilizar indicadores antropométricos como una aproximación a la medición del estado nutricional es el criterio o punto de corte

utilizado. Este aspecto se refiere al valor que se considera como límite para estimar si se considerará como desnutrido al niño o población evaluada. El sugerido internacionalmente es el que corresponde al de menos de 2 desvíos estándar de la mediana, que se corresponde con el que presenta el 2,3% de los niños con peso más bajo para su talla, o el peso más bajo para su edad o la talla más baja para su edad, según el caso. Otros criterios habitualmente utilizados son los percentilos 10 ó 25. En este capítulo, y por las razones ya apuntadas, se presentan los datos según el punto de corte de menos 2 desvíos estándar del patrón de referencia de la OMS.

Los datos sobre estado nutricional que se presentan a continuación son los primeros de su tipo que se obtuvieron en el país en los últimos 20 años y los únicos disponibles en muchas de las ciudades. Solo la evaluación realizada por el Instituto Nacional de Nutrición en la década del 70 en las provincias del noroeste es comparable a este esfuerzo.

Para su relevamiento, procesamiento y análisis, el INDEC obtuvo la cooperación del Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan", dirigido por Horacio Lejarraga. Los encuestadores fueron especialmente entrenados para la toma del peso y la talla utilizándose tallímetros especialmente construidos y balanzas colgantes provistas por Unicef.

Dado que la talla se tomó en el Módulo a partir de los dos años, los resultados para los indicadores P/T y T/E se refieren a niños entre 2 y 5 años. En cambio los de P/E comprenden a todos los menores de 6 años.

Cuadro 2.6 Prevalencia de desnutrición de menores de 6 años en algunos aglomerados según el indicador Peso/edad (en porcentaje) y condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar

Aglomerado	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
	Menos de - 2 D.E		
Total	**2,8**	**4,1**	**1,0**
Gran Buenos Aires	3,0	4,4	2,1
Mendoza	0,7	2,6	1,4
Rosario	1,2	2,0	0,5
Neuquén	4,1	8,8	2,3
Río Gallegos	2,4	3,1	2,2
Salta	2,2	2,3	2,2

Tabla de referencia: NCHS/OMS

Estos resultados muestran que prácticamente no existe desnutrición, considerando el total de los niños evaluados en los distintos centros urbanos, puesto que lo esperado en la "población de referencia" es que la proporción sea de 2,3% y la encontrada para el conjunto apenas la supera (2,8%).

Al analizar los datos de P/E por aglomerado urbano, la ciudad de Neuquén es la única que muestra una mayor prevalencia de desnutrición moderada (4,1%). Teniendo en cuenta otros indicadores de salud registrados en este Módulo, estos resultados son coherentes con el de bajo peso al nacer. A su vez, ambos difieren con los niveles de mortalidad materna e infantil de esta provincia, que se encuentran entre los más bajos del país y donde su ciudad capital presenta los mejores indicadores de la provincia. Quizás problemas en la muestra, en el trabajo de campo, o en el cálculo del peso de la ropa con que se pesó a los niños, pudieran haber incidido en estos resultados. En caso

contrario, es preocupante observar ese leve deterioro en las condiciones de salud de los niños de esa ciudad.

En el resto de las ciudades no se observan niños con desnutrición moderada. En el Gran Buenos Aires la prevalencia asciende a 3,0%, un 0,7% mayor que la esperada. A la inversa, los niños de las otras ciudades tienen pesos similares a los de la población de referencia, mientras que los rosarinos y mendocinos tienen un peso superior al del patrón de referencia.

Lo que resulta preocupante es el estado nutricional de los niños pertenecientes a hogares con NBI. En todas las ciudades, la prevalencia de desnutrición moderada es relativamente elevada, alcanzando valores muy altos en Neuquén (8,8%), casi cuatro veces más que lo esperado; los del Gran Buenos Aires y los de Río Gallegos, el doble de lo esperado. Solo los niños pobres rosarinos presentan un estado nutricional según este indicador, similar al del patrón de referencia.

En cuanto a los diferenciales según tramos de ingreso los resultados no muestran tendencias distintas a las esperadas y ya apuntadas según la condición de NBI de sus hogares. Es decir, las prevalencias son elevadas en las familias de hogares de ingresos bajos y son inferiores a los esperados, según el patrón de referencia, en los niños de familias de ingresos altos. En síntesis, independientemente de la ciudad considerada, el nivel de ingreso homogeneiza las prevalencias de desnutrición global.

Teniendo en cuenta que las secuelas más severas de la desnutrición pero también más factibles de ser revertidas se dan en los menores de 2 años, es importante revisar los programas existentes para los niños en ese grupo de edad con el fin de corregir estos valores en los próximos meses. Determinar si las actuales actividades de los programas son las más adecuadas para controlar el problema, si tienen la continuidad que las haga efectivas y si realmente dichas acciones llegan a la población afectada. Estas son las preguntas centrales que quienes conducen los programas de salud, nutrición y acción social en las ciudades y municipios deben formularse para alcanzar el impacto positivo que es preciso buscar en relación a la eliminación de la desnutrición infantil.

En cuanto a la evaluación de las metas no es posible comparar estos resultados, pues no se disponía en el país de ningún estudio representativo hasta la fecha, siendo éste el que se convierte en la práctica en la línea de base contra el que se podrá comparar la esperada reducción en un futuro próximo, en las áreas urbanas.

Cuadro 2.7 Prevalencia de desnutrición aguda de los niños entre 2 y 5 años según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia (peso/talla)

Aglomerado	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Promedio	0,8	0,4	0,9
Gran Buenos Aires	0,9	0,4	1,2
Mendoza	0,0	0,0	0,0
Rosario	0,4	0,0	0,7
Neuquén	1,4	2,8	1,0
Río Gallegos	2,2	1,7	2,3
Salta	1,3	1,9	1,0

En cuanto a la desnutrición aguda, evaluada por el indicador peso/talla en niños entre 2 y 5 años, se observa que en ninguno de los aglomerados, la prevalencia se acerca a valores estadísticamente esperados

comparándolos con el patrón de referencia. En otras palabras, no había en mayo de 1994 desnutrición aguda en las ciudades analizadas, desde un punto de vista de salud pública. Ello no implica negar que seguramente haya niños desnutridos en estas ciudades, sino simplemente que se trata de casos y no de un problema colectivo. Más bien estas cifras evidenciarían la posibilidad de la presencia de niños con sobrepeso en este grupo de edad.

Cuadro 2.8 Prevalencia de desnutrición crónica de los niños entre 2 y 5 años según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia (talla/edad)

Aglomerado	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Total	6,1	8,2	4,9
Gran Buenos Aires	6,2	7,7	5,3
Conurbano	6,8	8,4	5,5
Mendoza	5,8	12,7	2,1
Rosario	5,2	8,6	2,7
Neuquén	7,1	12,5	5,2
Río Gallegos	4,8	3,5	5,1
Salta	5,5	10,6	3,8

Totalmente diferente es el panorama al considerar la situación de desnutrición crónica en el mismo grupo de edad (2 a 5 años). En este caso, en todas las ciudades se observa que la prevalencia es dos y más veces la esperada, siendo la ciudad de Neuquén la de mayores problemas y Río Gallegos la de menor prevalencia.

Cuando se incorpora al análisis los diferenciales según la condición de NBI de los hogares de los niños, en la evaluación peso/talla es levemente mejor la situación de los niños NBI, excepto en Neuquén y Salta. Sin embargo, es preciso señalar que como se trata en todas las ciudades de muy pocos casos, los errores muestrales exceden estas diferencias. Similar aleatoriedad se produce si se toma el nivel de ingreso del hogar como variable explicativa o asociada.

En cuanto a talla/edad, son muy grandes las diferencias de presencia de desnutrición crónica según se trate o no de niños pertenecientes a hogares NBI. En todos los casos, con la excepción de Río Gallegos, los niños de hogares más desfavorecidos muestran niveles de retardo en talla entre un 40% y un 300% más elevada que sus pares de hogares sin NBI. Las situaciones más críticas se observan en niños NBI de las ciudades de Neuquén y Mendoza. Considerando el nivel de ingreso de los hogares, la única área urbana relativamente homogénea que muestra similares proporciones de niños con talla baja, de alrededor del 6%, es el Gran Buenos Aires. En las restantes, los niños de hogares de ingresos altos presentan tallas iguales o incluso mayores a los de la población de referencia. Ello confirma otros estudios realizados internacionalmente, en el sentido de que la talla de los niños de igual condición social es muy homogénea, independientemente de las diferencias de razas y de culturas. No ocurre lo mismo con las tallas de los niños de hogares de condición socioeconómica baja, que sí presentan diferencias respecto a la magnitud de las prevalencias, según el país, provincia o ciudad de que se trate, asociándose a la estructura sanitaria, al acceso a programas de salud y sociales en general, al nivel de instrucción de las madres y a otras variables sociodemográficas.

Es importante tomar en cuenta que, de acuerdo a lo que cada indicador antropométrico refleja, estos niños de 2 a 5 años con tallas muy

bajas, señalan que sus carencias múltiples no han sido solo alimentarias y biológicas en sus primeros dos años de vida y no al momento en que se efectuó la evaluación, pues la relación peso/talla muestra que no padecen problemas agudos al presente. Son niños de baja estatura y con algún sobrepeso, porque probablemente sufrieron problemas de crecimiento en sus primeros dieciocho meses de vida. Si se toma en cuenta la baja proporción de niños alimentados exclusivamente con leche materna hasta el cuarto mes de vida, es posible hipotetizar que algunos incluso sufrieron alteraciones en su crecimiento por problemas de salud, alimentación y pautas de crianza en los primeros seis meses de vida, que no pudieron ser corregidas. Este hecho es importante de destacar pues esos son los momentos más críticos pero también en los que es posible intervenir para evitar secuelas irreversibles.

Si bien falta información sobre lo que ocurre en otras áreas urbanas del país y, sobre todo en las rurales, se puede concluir señalando que las metas propuestas para resolver el problema de desnutrición en la Argentina son perfectamente alcanzables. Sin embargo, el análisis ponderado de los indicadores antropométricos indicaría que la estrategia debe considerar otros aspectos, más allá de los estrictamente alimentarios.

Meta: *aumentar la detección temprana del embarazo y elevar el número de controles prenatales a más de cuatro por mujer*

La promoción de un adecuado control prenatal, el cual permite detectar a tiempo situaciones de riesgo tanto para la madre como para el hijo, se constituye en una estrategia de alto impacto en la reducción de la morbimortalidad materna e infantil. En esta línea, el Gobierno argentino se propuso alcanzar como meta para el año 2000 "aumentar la detección temprana del embarazo y elevar el número de controles prenatales a más de cuatro por mujer".

El Módulo relevó información respecto al control prenatal entre mujeres de 15 a 49 años que tuvieron algún hijo nacido vivo en el transcurso de los tres años anteriores a la realización de la encuesta. Específicamente se les preguntó el número de controles médicos realizados durante el embarazo, y cuántos meses de embarazo tenían cuando se hizo el primer control.

Cuadro 2.9 Porcentaje de mujeres con controles prenatales durante el primer trimestre según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar y nivel de ingreso por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI	Nivel de ingreso		
				Bajo	Medio	Alto
Total	83,7	70,1	90,7	73,7	89,1	94,9
Gran Buenos Aires	84,3	71,1	91,2	74,5	89,5	95,0
Conurbano	79,9	67,2	89,5	73,4	87,4	94,5
Mendoza	86,8	72,7	92,3	80,5	88,5	96,4
Rosario	79,2	60,7	89,8	65,6	88,3	92,9
Neuquén	86,3	86,4	86,2	74,8	87,0	94,3
Paraná	81,4	70,5	88,7	69,1	88,8	97,1
Río Gallegos	79,4	57,4	83,5	66,2	85,8	91,0
Salta	73,5	57,7	79,5	60,8	81,4	94,1

La detección temprana del embarazo ofrece condiciones para prevenir o revertir a tiempo situaciones riesgosas tanto para la madre como para el hijo. Para el conjunto de los aglomerados, el 83,7% de las mujeres realizó su primer control de embarazo antes del cuarto mes de gestación, valor que asciende al 87% en Mendoza, y que tiene su mínima expresión en Salta, con un 73,5%.

Los niveles de captación temprana aparecen como significativamente diferentes entre los distintos estratos sociales. Para el conjunto de las ciudades, el 70% de las mujeres que viven en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas realizó el primer control de embarazo antes del cuarto mes, frente el 90,5% entre las de hogares no pobres. También en la estratificación por niveles de ingresos se contempla una clara tendencia a la reducción de la captación temprana entre los más pobres, tomando valores de 73,7% entre las mujeres de familias de ingresos bajos, 89,1% entre las de ingresos medios y 94,9% en ingresos altos. Son Mendoza y Salta las ciudades donde se verifican, respectivamente, la situación más homogénea y la más heterogénea por nivel socioeconómico.

Cuadro 2.10 Porcentaje de mujeres que realizaron cinco o más controles prenatales según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar y nivel de ingreso por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI	Nivel de ingreso		
				Bajo	Medio	Alto
Total	**88,1**	**77,6**	**94,2**	**82,6**	**92,9**	**98,5**
Gran Buenos Aires	89,1	79,4	94,8	84,1	93,9	99,0
Conurbano	87,3	78,6	93,9	83,2	92,7	99,0
Mendoza	86,8	75,8	92,9	84,1	86,5	96,4
Rosario	83,4	68,3	94,1	72,5	93,1	97,7
Neuquén	87,1	80,8	89,1	81,3	88,3	100,0
Paraná	85,1	74,9	91,7	78,8	89,2	94,5
Río Gallegos	76,1	42,2	82,2	64,3	81,8	88,8
Salta	78,5	60,9	86,0	69,4	81,4	94,1

En cuanto al número de controles realizados, el 88,1% de las mujeres asistieron 5 o más veces a algún centro de salud para control de su último embarazo. Los valores más altos se verifican en el Aglomerado del Gran Buenos Aires y en Mendoza (89,1% y 86,8% respectivamente) en tanto Salta y Río Gallegos están por debajo del 80%. También aquí es visible una situación desventajosa para las mujeres de menores recursos. En tanto entre las mujeres no pobres solo una de cada veinte no realizó el número recomendado de controles, entre aquellas en hogares con necesidades básicas insatisfechas están en esta situación una de cada cuatro. En Río Gallegos más de la mitad de las mujeres con NBI está por debajo de 5 controles, y una de cada tres entre las familias identificadas como de bajos ingresos familiares.

La encuesta IPA-INDEC, realizada en 1988, permite contar con datos para el Conurbano Bonaerense y la ciudad de Neuquén respecto a los cuales se puede comparar estos resultados.

Cuadro 2.11 Porcentaje de mujeres con controles prenatales en el 1° trimestre y con 5 o más controles según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar. Conurbano Bonaerense y Neuquén 1988 - 1994

Aglomerado	1988 (IPA)			1994 (Módulo)		
	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Conurbano bonaerense						
Embarazos captados tempranamente	72,2	61,9	76,1	79,9	67,2	89,5
Mujeres con 5 o más controles de embarazo	86,0	75,0	90,8	87,3	78,6	93,9
Neuquén						
Embarazos captados tempranamente	82,7	65,0	87,5	86,3	86,4	86,2
Mujeres con 5 o más controles de embarazo	90,3	79,4	93,2	87,1	80,8	89,1

Como se puede apreciar, en el Conurbano Bonaerense se verifica cierto incremento en ambos indicadores, fundamentalmente en la captación temprana del embarazo, la cual ascendió del 72% al 80%. En Neuquén el porcentaje de embarazos captados tempranamente asciende al 86%, incremento que se produce en su totalidad en el grupo específico de mujeres en hogares NBI, en tanto se reduce en 3 puntos el porcentaje correspondiente a mujeres con 5 o más controles prenatales.

La extensa cobertura del sistema de salud que caracterizó históricamente a la Argentina en relación al resto de los países de la región, y que permite dar atención a más del 95% de los nacimientos de todo el territorio, explica que tres de cada cuatro mujeres hagan su primer control de embarazo tempranamente, y que el 88% complete al menos cinco controles. Sin embargo la captación por parte de los servicios de salud es menor entre los más pobres, desatendiendo así a aquellas mujeres que se ven expuestas en lo cotidiano a situaciones que incrementan los riesgos que todo el proceso reproductivo conlleva.

Meta: *desarrollar e implementar programas de procreación responsable en todas las jurisdicciones, de acuerdo con el sistema de valores vigente*

El acceso a programas de procreación responsable implica para las mujeres la posibilidad de controlar la exposición a múltiples situaciones de riesgo que devienen de embarazos no deseados, reduciendo así los niveles de morbimortalidad materna. El Gobierno argentino comprometió, en el Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño, "desarrollar e implementar programas de procreación responsable en todas las jurisdicciones, de acuerdo con el sistema de valores vigente". Así, al momento de evaluar la existencia de acciones tendientes al logro de esta meta se requiere de información que dé cuenta del acceso a estos programas por parte de las mujeres.

Cuadro 2.12 Prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos entre mujeres con relaciones sexuales según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar y nivel de ingreso por aglomerado

Aglomerado	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI	Nivel de ingreso		
				Bajo	Medio	Alto
Total	**64,2**	**53,5**	**67,0**	**59,6**	**65,2**	**67,3**
Gran Buenos Aires	64,9	54,1	67,8	59,9	65,4	68,4
Conurbano	62,0	52,8	65,3	58,3	63,9	65,1
Mendoza	60,7	50,8	62,9	61,3	60,4	61,1
Rosario	64,1	54,1	67,3	61,4	70,4	64,4
Neuquén	61,4	54,1	62,9	59,4	62,3	64,1
Paraná	53,5	43,5	55,7	44,4	60,2	57,3
Río Gallegos	57,5	50,8	58,8	55,1	62,5	58,4
Salta	57,1	44,5	59,9	52,6	56,8	63,0

El Módulo incluye preguntas dirigidas a mujeres de 15 a 49 años respecto al uso de métodos anticonceptivos, y entre aquellas que usan actualmente o usaron en algún momento, indaga respecto a quién se lo indicó o recomendó. Dicha información muestra que, en el conjunto de los aglomerados para los que se cuenta con información, aproximadamente dos de cada tres mujeres expuestas al riesgo de embarazo usa actualmente algún método anticonceptivo, siendo Paraná la ciudad con menor prevalencia de uso (53,5%).

Cuadro 2.13 Porcentaje de mujeres que usan o usaron métodos anticonceptivos sin indicación médica, según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar y nivel de ingreso por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI	Nivel de ingreso Bajo	Medio	Alto
Total	**66,1**	**72,3**	**64,5**	**71,2**	**64,2**	**61,6**
Gran Buenos Aires	66,4	73,2	64,6	72,2	65,0	61,4
Conurbano	68,5	74,0	66,5	73,0	66,2	63,6
Mendoza	69,5	75,0	68,4	70,3	67,7	69,2
Rosario	59,8	61,6	59,2	62,0	53,1	58,1
Neuquén	55,8	61,9	54,5	58,9	53,2	53,5
Paraná	65,1	67,9	64,4	68,4	62,4	62,8
Río Gallegos	58,6	63,0	57,8	60,8	52,8	58,3
Salta	74,4	80,8	73,0	79,0	73,9	66,8

Cuando se interroga respecto a quién les recomendó el método que utilizan, solo un tercio de las mujeres responde haber recurrido a algún "médico, enfermera, obstetra o partera" de algún servicio público o de otro tipo, en tanto un 66% siguió la recomendación de otras personas o de nadie. Esta ausencia de respaldo en la toma de decisión respecto al método anticonceptivo más adecuado para cada mujer llega al 74% de los casos en Salta, en tanto tiene su mínimo en Neuquén, con un 55,8%.

La ausencia de oferta de programas de este tipo se hace más visible entre las mujeres pobres. Así, para el conjunto de quienes pertenecen a hogares con necesidades básicas insatisfechas el 72,3% carece de asesoramiento calificado respecto al método que utiliza, llegando al 80% en la ciudad de Salta. Estos datos se comportan en coherencia con aquellos correspondientes a diferentes niveles sociales definidos a partir del ingreso de las familias.

Meta: *incrementar el suministro de agua y saneamiento hasta reducir la brecha entre 1990 y el acceso universal en un 25% en el caso de agua potable, y en un 20% para el caso de saneamiento*

La falta de acceso a fuentes de agua potable, la carencia de recursos adecuados para su distribución y/o almacenamiento, así como la ausencia de sistemas adecuados de saneamiento básico representan una causa fundamental de las denominadas enfermedades hídricas, tales como las infecciones y otras afecciones gastro-intestinales, y parasitosis. En la Cumbre Mundial de la Infancia se propuso como meta para el año 2000 el acceso universal a agua potable y a sistemas seguros de saneamiento, como modo de superar esta causa de morbimortalidad y de aportar al logro de condiciones ambientales adecuadas para la vida.

Durante la década del 80, según la información que suministran los censos nacionales, se verificó un aumento en la cobertura de las redes de agua corriente y cloacas, el cual es más intenso en aquellas provincias que se encontraban en mayor desventaja, reduciéndose de este modo marcadas disparidades regionales en el acceso. Sin embargo, la proyección de la tendencia histórica hacia el futuro permite estimar que, en el año 2000, casi el 15% de la población del país no tendrá aún acceso a agua potable, y más del 23% vivirá en viviendas carentes de servicios adecuados de saneamiento. Reducir esta brecha para poder cumplir con el compromiso asumido implica llevar adelante una fuerte intervención e inversión en los servicios sanitarios.

Con el fin de evaluar la disponibilidad de agua potable por parte de las familias se recurre

a aproximaciones indirectas a la calidad de la misma, considerando su origen y su accesibilidad. Es importante destacar que, internacionalmente, no hay criterios homogéneos para determinar cuando ambos aspectos deben ser considerados adecuados.

En cuanto al origen del agua que se consume, el Módulo permite diferenciar cuatro situaciones: red pública, perforación con bomba a motor, perforación con bomba manual y otras vías. La primera de ellas es la que se considera como la más confiable de todas, no poniéndose en duda, en estas evaluaciones, la calidad del agua que provee.

La técnica de la perforación para extraer agua de napas subterráneas requiere de una serie de cuidados técnicos sin los cuales no es posible garantizar su potabilidad. La utilización de bomba a motor, de mayor complejidad en su instalación y más costosa, permite presuponer una mayor probabilidad de que dichos cuidados hayan sido tomados, por lo que suele considerarse a los fines evaluativos, como un modo adecuado de obtención de agua potable. La bomba manual en cambio, al estar mucho más asociada a instalaciones precarias, permite suponer una alta probabilidad de acceso a agua no apta para consumo humano.

Por último, el conjunto de situaciones englobadas entre las otras vías, tales como pozo, aljibe, ríos, o arroyos o agua de lluvia, representan un alto riesgo de contaminación del agua, por lo cual no son consideradas como aptas. Cabe destacar que en este conjunto también se está incluyendo la distribución de agua con camiones cisterna, la cual constituye una solución adecuada a la carencia de otras fuentes en algunas regiones pero que al no estar diferenciada, no puede ser considerada en este caso.

Si bien el origen del agua que se consume es una cuestión fundamental para determinar la potabilidad de la misma, este dato no es suficiente, ya que su acarreo, distribución y almacenamiento supone una alta probabilidad de que pierda sus cualidades. El Módulo informa respecto a si las viviendas cuentan con distribución de agua por cañerías dentro de la vivienda, fuera de la misma pero dentro del terreno, o si se debe recurrir a una fuente de agua fuera del terreno. La primer alternativa es la ideal, mientas la última reconoce una serie de riesgos, pues implica la necesidad de trasladar el agua hasta la vivienda y almacenarla.

Ambos aspectos considerados, el origen y la accesibilidad del agua, potencian mutuamente los riesgos a la contaminación. Así, si el uso de perforaciones para acceder a napas subterráneas conlleva un riesgo a que se consuma agua no apta, el mismo se incrementa cuando además, debe ser trasladada y almacenada para su posterior consumo.

Se utilizó aquí un criterio que contempla ambos aspectos en forma conjunta, para poder dimensionar el acceso al agua potable, siendo evaluadas como adecuadas las siguientes alternativas: en primer lugar, la situación más recomendable, que es el consumo de agua corriente con distribución por cañerías dentro de la vivienda. Dos situaciones que se pueden poner en un segundo nivel, y que son el agua corriente fuera de la vivienda pero dentro del terreno, o perforación con bomba a motor con distribución dentro de la vivienda. Por último, dos configuraciones que, si bien implican una mayor exposición al riesgo de contaminación, son también aceptadas: agua corriente fuera del terreno (canillas públicas), y perforación con bomba a motor sin distribución en la vivienda, pero dentro del terreno.

Cuadro 2.14 Porcentaje de viviendas con acceso a agua potable, según nivel de ingreso por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Nivel de ingreso		
		Bajo	Medio	Alto
Total	**95,7**	**91,1**	**96,5**	**98,4**
Gran Buenos Aires	94,9	89,5	95,8	98,1
Conurbano	92,4	87,4	94,3	96,4
Mendoza	99,5	98,5	100,0	100,0
Rosario	98,9	97,1	99,7	99,8
Neuquén	99,8	99,2	100,0	100,0
Paraná	100,0	100,0	100,0	100,0
Río Gallegos	99,8	99,7	100,0	100,0
Salta	98,2	95,6	98,3	99,8

Como puede apreciarse en el Cuadro 2.14, casi la totalidad de las familias acceden a agua apta para su consumo, situación homogénea en los diferentes estratos sociales y ciudades. Solo en el Conurbano Bonaerense, donde también la gran mayoría de las familias tiene acceso a agua potable, se verifican mayores disparidades entre los diferentes estratos sociales, definidos desde los ingresos familiares; dado que en la construcción del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas se recurre a indicadores referidos a saneamiento, no resulta pertinente analizar la situación en el grupo de hogares con NBI.

La información que el Módulo provee para evaluar los sistemas de saneamiento utilizados da cuenta de la disponibilidad o no de inodoro con descarga de agua en la vivienda, si el mismo está conectado a red pública, pozo ciego con cámara séptica o pozo sin cámara séptica. Para evaluar la extensión del uso de sistemas adecuados, se considera apta la disponibilidad de inodoro con descarga de agua, conectados a red cloacal o a pozo con cámara séptica. El efecto contaminante que resulta del tratamiento inadecuado de excretas lleva a considerar como no adecuado el uso de pozo sin cámara séptica, y desde ya, la ausencia de inodoro en la vivienda.

Cuadro 2.15 Porcentaje de las viviendas con acceso a servicios adecuados de saneamiento básico, según nivel de ingreso por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Nivel de ingreso		
		Bajo	Medio	Alto
Total	**82,4**	**67,3**	**83,1**	**92,4**
Gran Buenos Aires	82,1	66,6	82,6	92,3
Conurbano	73,8	60,4	76,7	85,3
Mendoza	91,0	83,3	91,5	98,0
Rosario	77,5	58,2	80,9	89,0
Neuquén	89,6	80,7	91,1	96,2
Paraná	70,2	54,9	69,7	81,7
Río Gallegos	89,7	91,9	89,3	96,9
Salta	90,2	79,6	90,6	96,5

El Cuadro 2.15 permite ver que, en este aspecto, las carencias son mayores. En efecto, el 82,4% de las familias del conjunto de las ciudades consideradas cuenta con sistemas adecuados de saneamiento, pero dicha cobertura se reduce al 70% en Paraná, 74% en el Conurbano Bonaerense y 77% en Rosario. En las restantes ciudades en cambio, los valores se aproximan o superan el 90%. El mismo cuadro muestra que son los hogares de ingresos más bajos los más expuestos al déficit de sistemas de saneamiento aptos, situación que afecta para el conjunto de los aglomerados a una de cada tres familias.

Meta: *extensión de la cobertura de educación básica hasta reducir en un tercio la brecha entre: a) las tasas de escolarización primaria y retención en 1990 y la escolarización y retención de al menos un 80% de los niños en edad escolar, b) las tasas de escolarización y retención entre niños y niñas en edad escolar*

En la Cumbre Mundial de la Infancia se estableció como meta para el año 2000 el acceso universal a la educación básica, con el fin de garantizar la apropiación de recursos y aptitudes que permiten un adecuado desarrollo de los niños y su futura inserción en la sociedad. Como paso intermedio para el logro de dicha meta, propone hacer esfuerzos específicos por reducir la brecha en la escolarización entre varones y mujeres.

Históricamente, en la Argentina el acceso de la población infantil a la institución escolar y su retención fue muy elevado. Coherente con las diferentes fuentes de información que venían confirmando este panorama (fundamentalmente los censos de población, que muestran para 1991 que el 97% de los niños de 6 a 12 años asiste a la escuela) los datos relevados por el Módulo muestran que esta meta, en los términos planteados, está lograda. En efecto, para cada una de las ciudades en las que se relevó información, más del 98% de los niños y niñas en edad escolar asiste a la escuela. Niveles tan altos de escolarización evidencian la plena cobertura en todos los estratos sociales.

Cuadro 2.16 Porcentaje de niños de 6 a 12 años que asisten a la escuela según sexo por aglomerado de residencia

Aglomerado	Varones	Mujeres
Total	**99,0**	**98,4**
Gran Buenos Aires	98,9	98,1
Conurbano	98,6	98,0
Mendoza	99,3	98,9
Rosario	99,0	100,0
Neuquén	99,7	99,7
Paraná	98,4	98,4
Río Gallegos	99,3	100,0
Salta	99,8	99,1

En este punto, Argentina se encuentra ante la posibilidad de plantearse nuevos desafíos, tales como una mayor capitación de niños en edad preescolar, la retención de los alumnos de nivel medio, u otros que involucran aspectos como la calidad de la educación y la adecuación de sus contenidos a las nuevas necesidades que se presentan.

D. CONCLUSIONES

El monitoreo de las actividades que se llevan a cabo para el logro de las metas comprometidas para fines de la década es fundamental para garantizar su efectividad. En este sentido, el Módulo muestra ser un instrumento de suma utilidad, en tanto permite complementar a las fuentes regulares de información estadística en la provisión de los datos necesarios para la elaboración de un diagnóstico preciso. Además de proveer indicadores inéditos, ofrece la posibilidad de establecer diagnósticos específicos en los diferentes estratos sociales, ayudando así a orientar acciones hacia aquellos sectores más necesitados.

Por otra parte, y tal como se destacó en la fundamentación que acompañó al diseño del Módulo, el hecho de ser un operativo que se monta sobre la Encuesta Permanente de Hogares, la cual se realiza regularmente en la gran mayoría de los centros urbanos del país, convierte a éste en un instrumento de bajo costo, con un muy elevado potencial de análisis, y con posibilidades de continuidad garantizadas.

El panorama que resulta del análisis de la información relevada es complejo. La histórica presencia de una importante oferta de servicios de salud y educación se refleja en las altas tasas de escolarización básica, y en un importante número de embarazos captados y monitoreados adecuadamente, situación que se reafirma en el hecho de que casi la totalidad de los niños nacen en establecimientos de salud. Si embargo, la carencia de recursos o la debilidad de programas que respaldan el accionar de estas instituciones se traduce en dificultades por mantener niveles adecuados en la cobertura de vacunación, o en la menor llegada de la oferta de servicios a aquellos sectores de la población que más lo necesitan.

La definición de metas representa una muy importante estrategia para la planificación. El logro de las mismas implica comprometer todos los recursos necesarios para hacer realmente efectivas aquellas acciones necesarias para su logro. La Argentina debe realizar importantes esfuerzos en esta línea con el fin de garantizar, en el logro de este desafío, condiciones adecuadas de supervivencia, protección y desarrollo de su infancia y juventud.

CAPÍTULO 3

ENCUESTA ANTROPOMÉTRICA DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

Elvira B. Calvo[1]

A. LAS ENCUESTAS ANTROPOMÉTRICAS: CONCEPTUALIZACIÓN Y METODOLOGÍA UTILIZADA

CONCEPTUALIZACIÓN

La antropometría puede ser usada tanto como una consecuencia de eventos actuales o pasados o como un predictor de resultados futuros.

La recolección de datos antropométricos en la población puede ayudar a definir el estado nutricional y de salud para propósitos de planeamiento de programas, acción y evaluación. Tal evaluación se puede realizar mediante estudios transversales o longitudinales continuos (monitoreo). En ambos casos su propósito es el mismo, tanto la identificación de problemas presentes o pasados de salud y equidad, como la predicción de riesgos futuros y respuestas potenciales a programas de intervención.

Las utilidades principales de las encuestas antropométricas son:

- caracterizar el estado nutricional: medir la prevalencia global de déficits y excesos antropométricos, así como sus diferenciales según sexo, edad, situación socioeconómica, áreas geográficas;
- focalización: identificar poblaciones y subpoblaciones en mayor riesgo nutricional;
- evaluación de intervenciones: recolectar datos de base antes y después de programas nutricionales de intervención, en este caso los avances en el cumplimiento de las Metas en favor de la Madre y el Niño;
- monitoreo: para evaluar tendencias seculares en el estado nutricional;

[1] Departamento de Nutrición de la Dirección de Maternidad e Infancia, Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud y Acción Social.

- concientización: para crear interés en los problemas nutricionales, definir políticas y promover programas de intervención;
- entrenamiento y educación: para motivar y entrenar a los equipos locales.

Los abordajes usuales incluyen las encuestas de menores de 6 años en la comunidad, los censos de talla en escolares y las encuestas nutricionales rápidas durante situaciones de emergencia o desastre. La recopilación de datos de peso/edad, talla/edad y peso/talla en los menores de 5 ó 6 años es el abordaje más comúnmente usado para la obtención de datos nacionales o regionales sobre estado nutricional.

La evaluación del estado nutricional de poblaciones, en contraposición con la selección de individuos como beneficiarios de un determinado programa de salud, requiere el uso de indicadores apropiados para identificar la naturaleza y magnitud del problema nutricional.

La antropometría ha sido ampliamente usada como un índice que resume varias condiciones relacionadas a la salud y la nutrición.

A nivel individual, la antropometría en sí misma no provee información específica sobre la causa del déficit. Un niño puede ser anormalmente bajo debido a infecciones, ingesta inadecuada de alimentos, deprivación psicosocial, enfermedades endócrinas, metabólicas, malabsortivas u otras. En la aplicación clínica, la antropometría es una herramienta de tamizaje (screening) para detectar los niños en mayor riesgo de alteraciones nutricionales o de salud; no debe ser vista como una etiqueta diagnóstica de malnutrición.

En una base poblacional la prevalencia de antropometría anormal y el promedio del puntaje z sirven como indicadores útiles para el diagnóstico de los problemas de salud y nutrición de la comunidad.

En general, la antropometría anormal es definida como un valor por debajo o por encima de 2 desvíos estándar (DE), equivalentes a los percentilos 2,3 y 97,7 respectivamente, relativo a la media o mediana de la población de referencia. Estos valores definen el 95% central de la distribución de esa población, que fue definida, en nuestro país mediante el estudio de muestras de niños cuyo crecimiento no hubiera estado restringido por condiciones ambientales adversas, determinando su antropometría con metodología muy precisa y estableciendo de esta forma los valores de las medianas, percentilos y desvíos estándar a cada edad (Lejarraga y Orfila, 1987). En algunos casos se utilizan los percentilos 10 y 90 que definen el 80% central como el rango de referencia. Es importante puntualizar que la convención de usar el 80% o 95% central de una distribución dada para definir límites de inclusión o rangos de referencia no define, en verdad, el rango "normal" desde un punto de vista nutricional o de salud; más bien esto es usado como una guía para facilitar el diagnóstico o pesquisa clínicos o el monitoreo de una población. Los programas materno infantiles utilizan como criterio de riesgo el percentilo 10 de peso/edad en los menores de 2 años, índice que se complementa con el peso/talla en los mayores, para definir a la población que requiere un seguimiento más intensivo y acciones especiales de prevención y/o tratamiento de desnutrición, según el caso individual.

Dado que los hallazgos antropométricos son indicadores inespecíficos de múltiples

procesos actuales o pasados, y debido a que la evolución de los procesos y sus interacciones varían, la interpretación apropiada requiere de otras informaciones externas, tales como el nivel socioeconómico, la prevalencia de enfermedades y las características de la dieta, que deben ser tomadas en consideración.

El potencial de crecimiento hasta los 5 años de edad es similar en niños de diferentes grupos étnicos y raciales (Martorell, 1985). En los ambientes donde el crecimiento no está limitado, existen variaciones pequeñas pero significativas en el patrón de crecimiento y el tamaño alcanzado por los niños de diferentes razas y grupos étnicos, como así también en relación con la estatura de los padres. Sin embargo, la mayor parte de las variaciones observadas desde una perspectiva global pueden ser atribuidas a diferencias en el nivel socioeconómico y en las condiciones de vida.

Los déficits de crecimiento que ocurren en situaciones de pobreza reflejan interacciones complejas entre deficiencias nutricionales y aumento de la frecuencia y severidad de enfermedades infecciosas. Si bien en el caso individual no siempre es fácil determinar las causas de los retardos de crecimiento, desde el punto de vista poblacional los principales indicadores económicos, sociales, sanitarios y de ingesta de energía y nutrientes correlacionan con los índices antropométricos.

El impacto de la ingesta dietética sobre el crecimiento lineal ha sido demostrado claramente en estudios de suplementación alimentaria bien diseñados. El rol de las infecciones en la determinación del estado nutricional ha sido definido, particularmente para la diarrea. A nivel poblacional, el impacto relativo de la diarrea sobre los índices antropométricos aumenta con el incremento de la prevalencia. En el caso de las infecciones respiratorias agudas el impacto no está tan claramente establecido. El sarampión, la malaria y las parasitosis intestinales han sido asociados con retardo del crecimiento.

En nuestro país existen muy escasos datos sobre la prevalencia de malnutrición (tanto por defecto como por exceso) en la población de niños. Se cuenta en general con estadísticas provenientes del sector público de la salud que presentan sesgos con respecto a la población total de niños, por corresponder a población atendida, o con encuestas puntuales en determinadas áreas geográficas, cuya validez temporal se agota y son difíciles de repetir en plazos razonables por su alto costo.

La Encuesta Permanente de Hogares tiene como objetivo conocer los aspectos ligados al empleo. En mayo de 1994, la adición del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales permitió incorporar un instrumento para el estudio antropométrico de la población infantil. Si bien no se dispuso de un diseño de muestra exclusivo para la estimación desagregada de indicadores del estado nutricional, el Módulo proveyó información sobre una muestra probabilística de población en los aglomerados urbanos más importantes del país, con un costo relativamente bajo. Esto permite planificar su reiteración en el tiempo a fin de contar con datos históricos obtenidos con igual metodología, que permitan monitorear las tendencias en la población más vulnerable.

En este estudio se analizan en profundidad los datos correspondientes al Aglomerado del Gran Buenos Aires, que comprende la ciudad de Buenos Aires y los 19 partidos del Conurbano. Con menor nivel de detalle se analizan los datos correspondientes a los aglomerados de Mendoza, Neuquén, Rosario y Río Gallegos.

METODOLOGÍA

El registro del peso y la estatura de los menores de 6 años pertenecientes a los hogares de la muestra de la EPH requirió el desarrollo de una metodología especial de encuesta y la realización de una segunda visita a los hogares en que habitaban niños menores de 6 años, con la presencia de personal especialmente entrenado en técnicas antropométricas.

Previo a la realización del trabajo de campo, se definió:

- Mediciones a registrar y grupos etarios a los que eran aplicables: peso en todos los menores de 6 años, estatura en los niños de 2 a 5 años. Esta última condición estuvo determinada por la disponibilidad de instrumentos portátiles y la necesidad de que los niños fueran medidos en posición de pie.
- Diseño de los instrumentos de campo, calibración y estudio del error de medición de los mismos.
- Pruebas piloto de la metodología, efectuadas en el Partido de Gral. Sarmiento de la provincia de Buenos Aires y en la ciudad de Posadas, Misiones.
- Entrenamiento de recursos humanos para la toma y registro de los datos antropométricos. Evaluación de los errores de medición y selección de los antropometristas idóneos.
- Descripción de la lista de vestimentas a registrar en las planillas, en caso de que los niños debieran ser pesados con ropas. Estudio del peso medio y varianza, de acuerdo a la edad, peso y estatura, de las vestimentas registradas. Definición de los coeficientes a descontar.

Estos pasos fueron cumplidos durante los años 1992-1994 en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría J.P.Garrahan. El personal que trabajó en la recolección de los datos antropométricos en la encuesta del Gran Buenos Aires estuvo integrado por 25 nutricionistas de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires.

B. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO ANTROPOMÉTRICO

La muestra seleccionada para el estudio antropométrico en el Gran Buenos Aires fue de 1.148 niños de 0 a 5 años 11 meses y 29 días, que vivían en los hogares de la muestra de la EPH en la onda de mayo de 1994. El porcentaje de no respuesta para la encuesta antropométrica fue de 10,5%. La reducción muestral para las distintas variables relevadas fue la siguiente:

Cuadro 3.1 Distribución de los niños pesados y medidos en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad	Total	%
Niños de 2 a 5 años	786	100,0
Pesados y medidos	607	77,2
Solo pesados	16	2,0
Solo medidos	53	6,7
Rechazos y sin datos peso y talla	110	14,1
Niños menores de 2 años	363	100,0
Pesados	305	84,3
Rechazos y sin datos de peso	57	15,7

Para los estudios de la variable "peso" y sus índices derivados se obtuvo un rendimiento de la muestra de 80,8% (928 niños), mientras que para la variable "talla" y sus índices derivados el rendimiento de la muestra fue de 84,0% (660 niños de 2 a 5 años). Estos valores se consideran muy aceptables a la luz de los resultados de otras encuestas nutricionales en población de otros países.

El porcentaje de no-respuesta para los demás aglomerados fue de 8,0% en Mendoza,

5,7% en Neuquén, 7,8% en Río Gallegos y 13,5% en Rosario. El tamaño y la reducción muestral fueron las siguientes:

Cuadro 3.2 Porcentaje de niños pesados y medidos por aglomerado de residencia

Aglomerado	Encuestados	Pesados	Medidos
Mendoza	462	94,4	99,1
Neuquén	433	95,8	95,8
Río Gallegos	473	96,2	97,6
Rosario	429	97,0	97,9

Las ponderaciones correspondientes al Módulo específico fueron calculadas por el Departamento de Muestreo de la EPH, según el valor de la Encuesta base.

Características generales de la muestra

Cuadro 3.3 Distribución de los menores de 6 años por sexo y edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad en meses	Total		Peso				Talla			
	Masc	Fem	Masc	Sin datos	Fem	Sin datos	Masc	Sin datos	Fem	Sin datos
Total	**520**	**507**	**461**	**52**	**467**	**35**	**330**	**24**	**330**	**25**
1 - 3	23	16	23	-	16	-	-	-	-	-
4 - 6	15	22	15	-	21	1	-	-	-	-
7 - 9	15	19	15	-	19	-	-	-	-	-
10 - 12	20	17	20	-	17	-	-	-	-	-
13 - 15	23	15	23	-	15	-	-	-	-	-
16 - 18	23	18	23	-	18	-	-	-	-	-
19 - 21	17	21	17	-	20	1	-	-	-	-
22 - 24	23	19	22	1	19	-	-	-	-	-
25 - 27	15	20	15	-	18	2	13	2	17	3
28 - 30	21	15	20	1	13	2	19	2	13	2
31 - 33	21	20	19	2	19	1	18	3	17	3
34 - 36	16	21	15	1	17	4	15	1	18	3
37 - 39	22	28	18	4	25	3	20	2	26	2
40 - 42	16	21	12	4	18	3	14	2	18	3
43 - 45	27	24	25	2	21	3	25	2	22	2
46 - 48	32	22	28	4	19	3	31	1	20	2
49 - 51	25	30	20	5	30	-	24	1	29	1
52 - 54	21	25	19	2	24	1	19	2	23	2
55 - 57	18	23	15	3	23	-	17	1	23	-
58 - 60	29	19	27	2	18	1	28	1	19	-
61 - 63	11	20	10	1	20	-	10	1	19	1
64 - 66	28	18	22	6	17	1	26	2	18	-
67 - 69	20	21	16	4	18	3	19	1	21	-
70 - 73	32	28	22	10	22	6	32	-	27	1
Sin datos	7	5	-	-	-	-	-	-	-	-

El porcentaje de niños de los que no se obtuvo el dato de peso o de talla es bajo y no presenta sesgo, excepto en el peso de los niños de mayor edad, donde la causa fue que excedieron el límite de medición de la balanza portátil (25 kg).

La distribución por sexo y grupos etarios fue homogénea.

Cuadro 3.4 Porcentaje de niños menores de 6 años según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense

Necesidades básicas insatisfechas	GBA	CBA
Total	**1.127.307 (100)**	**912.167 (100)**
Con NBI	36,1	41,7
Sin NBI	63,9	58,3

El porcentaje de niños con NBI dentro de la población de menores de 6 años es de 11,7% en la Capital Federal, de 41,7% en el Conurbano de Buenos Aires (CBA), y de 36,1% en el total del Aglomerado del Gran Buenos Aires.

La distribución por sexo de las muestras de los aglomerados se exponen a continuación.

Cuadro 3.5 Distribución de los menores de 6 años según sexo por aglomerado de residencia

Aglomerado	Masculino	Femenino
Gran Buenos Aires	50,7	49,3
Rosario	48,3	51,7
Neuquén	48,5	51,5
Mendoza	47,6	52,4
Río Gallegos	48,6	51,4

Cuadro 3.6 Edad media actual y peso al nacer promedio por aglomerado de residencia

Aglomerado	Edad en meses (prom. ± DE)	Peso al nacer en gramos (prom. ± DE)
Gran Buenos Aires	38,9± 20,7	3.270± 570
Rosario	36,9± 20,3	3.280± 560
Neuquén	38,7± 20,6	3.290± 520
Mendoza	38,1± 20,6	3.300± 580
Río Gallegos	38,8± 20,4	3.280± 490

Cuadro 3.7 Peso al nacer de los menores de 6 años por aglomerado de residencia, en gramos

Aglomerado	Menos de 2.500	2.500 a 2.999	3.000 y más
Gran Buenos Aires[1]	7,5	1,5	76,0
Conurbano	8,3	17,2	74,5
Rosario	7,5	15,6	76,9
Neuquén	6,1	15,1	78,8
Mendoza	5,2	22,0	72,8
Río Gallegos	5,5	14,6	79,8

[1] Sin datos para 23 338 casos.

El bajo peso al nacer presenta valores que superan el promedio nacional - 6,2% según las Estadísticas Vitales de 1993- en el Aglomerado del Gran Buenos Aires, particularmente en el Conurbano de Buenos Aires y en Rosario.

El peso al nacer es un factor asociado con el peso actual, explicando entre el 4 y el 11% (r^2 ajustado) de la variación de los puntajes estandarizados de peso/edad.

C. LOS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS

Con las mediciones antropométricas se calcularon los índices peso/edad, talla/edad y peso/talla, los cuales fueron comparados con las tablas de referencia nacionales del Ministerio de Salud y la Sociedad Argentina de Pediatría (MSAS - SAP) e internacionales del National Center for Health Statistics (NCHS).

Para la expresión e interpretación de la antropometría a nivel individual o poblacional, se utilizan habitualmente tres sistemas o unidades:

- puntaje estandarizado o puntaje z o puntaje de desvío estándar
- rangos de percentilos
- porcentajes de adecuación a la mediana

El sistema preferible es el de puntajes z, porque la escala de z es lineal (esto es, una distancia de 0,5 desvíos estándar tiene la misma interpretación a través de una distribución dada). Por esta propiedad lineal, un conjunto de puntajes z pueden analizarse estadísticamente en términos de tendencia lineal y dispersión. Esto último es una gran ventaja en el análisis de poblaciones. Las características generales de los tres sistemas se resumen a continuación:

	Puntaje z	Percentilo	% mediana
Adherencia a distribución de referencia	Si	Si	No
Escala lineal (estadística resumen)	Si	No	Si
Criterio uniforme entre índices	Si	Si	No
Útil para detectar cambios en extremos de distribución	Si	No	Si

Las distribuciones de los índices se analizaron en unidades de percentilos y en puntaje estandarizado (z).

Las distribuciones de percentilos se presentan en los gráficos siempre en relación a las tablas de referencia nacionales, utilizando el límite de inclusión del percentilo 10 como criterio de riesgo. Debe tenerse en cuenta que en un sentido estricto es esperable que el 10% de la población normal se encuentre por debajo del percentilo 10.

Las distribuciones en puntaje estandarizado se presentan en los gráficos y tablas utilizando generalmente la referencia internacional (especificado en el título), dado que las tablas nacionales no permiten calcular uno de los índices -peso/talla- en estas unidades.

Existen *dos formas principales* de analizar datos antropométricos provenientes de encuestas:

a) Prevalencia de malnutrición según los distintos índices, que consiste en definir el porcentaje de la población que se encuentra por debajo (o por encima) de determinados límites de inclusión de los indicadores, generalmente ± 2 desvíos estándar (DE).

b) Análisis de las curvas de distribución de los distintos índices en la población y su comparación con las distribuciones normales. De allí surgen criterios de riesgo.

PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN

Los déficits en los tres índices antropométricos más comunes -peso/edad, talla/edad y peso/talla- suelen ser visualizados como evidencia de desnutrición.

El rango mundial de déficits varía significativamente según el índice utilizado. Fuera de los períodos de emergencia, la prevalencia de baja talla/edad varía entre 2 y 60%, mientras que el rango usual de bajo peso/talla es de 1 a 10%.

Los hallazgos antropométricos -en sí mismos- no definen los procesos específicos que llevan a la desnutrición a nivel celular, y el significado de los hallazgos depende del índice en particular, del proceso productor del déficit o del exceso y del contexto ambiental de la población en estudio.

La tendencia actual (Yip y Victora, 1994) es evitar el uso de términos generales como desnutrición y sus distintas clasificaciones cualitativas. Se prefiere utilizar la denominación de los distintos índices antropométricos peso/edad, talla/edad, peso/talla y referirse a indicadores bajos en cada uno de ellos, ya que tienen un sentido biológico y de riesgo particular. En el Cuadro 3.8 se presentan las prevalencias obtenidas en la muestra, utilizando la referencia nacional y la internacional. Las diferencias en prevalencia de baja talla y en el índice peso/talla son debidas a que las poblaciones de referencia argentina y norteamericana (de la cual proviene la referencia internacional) difieren en las distribuciones de ambos índices, no así en el caso del peso/edad.

Cuadro 3.8 Prevalencia de malnutrición en los menores de 6 años del Aglomerado del Gran Buenos Aires (porcentajes)

Límite de inclusión	Prevalencia de bajo peso	Prevalencia de baja talla	Límite de inclusión	Prevalencia de bajo peso/talla
Z < -2 DE	3,6 (3,1)[1]	3,4 (5,7)	< 80% adec.	0,9 (0,4)
Z < -1 DE	19,5 (17,8)	18,9 (25,2)	< 90% adec.	11,3

	Prevalencia de alto peso		Prevalencia de alto peso/talla
Z > 1 DE	14,3 (14,8)[1]	110% adec.	12,9(20,6)
Z > 2 DE	3,8 (3,3)	120% adec.	2,4 (4,3)

[1] Los porcentajes que aparecen en primer lugar corresponden a la referencia nacional. Los porcentajes que aparecen entre paréntesis corresponden a la referencia internacional (NCHS).

El criterio de uso de + 2 DE como límite para definir a una población normal surge de que entre estos valores se encuentra el 95% de una distribución. Existe consenso en utilizarlos como criterios estrictos de definición de indicadores bajos o altos. En esta muestra, el porcentaje de sujetos que se encuentran por debajo de -2 DE supera ligeramente el 2,3% esperable en el caso de peso/edad y de talla/edad.

Peso/edad y talla/edad varían en paralelo, y en su mayoría los valores bajos de peso/edad son debidos a una baja talla. El índice peso/talla está desviado a la derecha.

PESO/EDAD

El índice peso/edad refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto influenciado por la estatura y por el peso relativo (peso/talla).

En el Gráfico 3.1 se presenta la distribución del peso para la edad en los menores de 2 años. La distribución es algo irregular, probablemente debido al tamaño muestral, y presenta una desviación a la derecha, existiendo un exceso de 5% de niños por encima del percentilo 90. Esta tendencia tiene diferencias muy marcadas por sexo, dado que el 9,5% de los varones y el 21,5% de las mujeres se encuentran por encima del percentilo 90. En el Gráfico 3.2 se puede observar la distribución del peso/edad según sexo.

Gráfico 3.1 Peso/edad menores de 2 años
Distribución percentilos nacionales

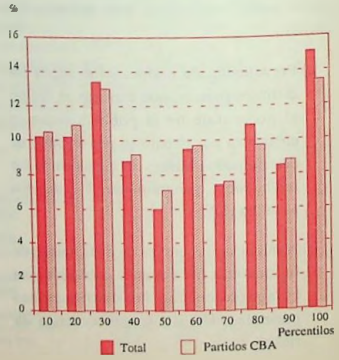
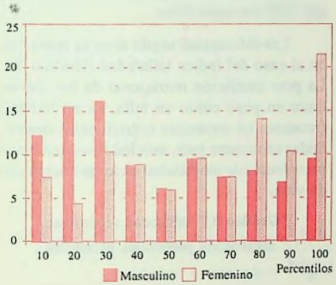
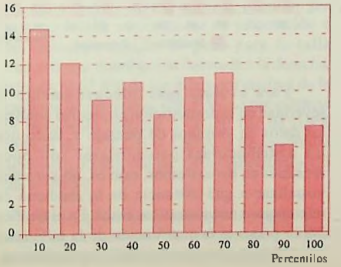


Gráfico 3.2 Peso/edad menores de 2 años según sexo, distribución percentilos nacionales



En los niños de 2 a 5 años (Gráfico 3.3), la distribución está desviada a la izquierda existiendo un exceso de 4,5% de niños por debajo del percentilo 10.

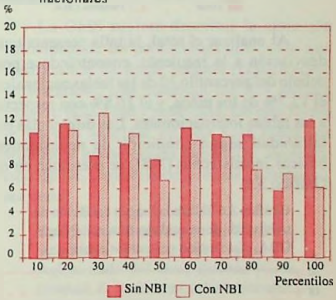
Gráfico 3.3 Peso/edad de 2 a 5 años, distribución percentilos nacionales



En el Gráfico 3.4 se muestra la distribución del índice peso/edad para el total de los niños según necesidades básicas insatisfechas (NBI). Se puede observar un marcado desplazamiento a la izquierda en los niños pertenecientes a hogares con NBI; la distribución del índice peso/edad en los niños sin NBI es normal.

En síntesis, el peso para la edad difiere según el sexo en los menores de 2 años, la edad y la satisfacción de necesidades básicas de los hogares de los niños estudiados.

Gráfico 3.4 Peso/edad según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar, distribución percentilos nacionales



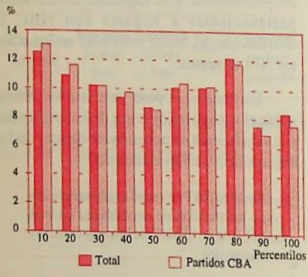
TALLA/EDAD

El índice talla/edad refleja el crecimiento lineal alcanzado y sus déficits se relacionan con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición.

La talla fue medida solo en los niños de 2 a 5 años, por la necesidad de efectuar la medición en posición de pie. En el Gráfico 3.5 se presenta la distribución percentilar de la talla,

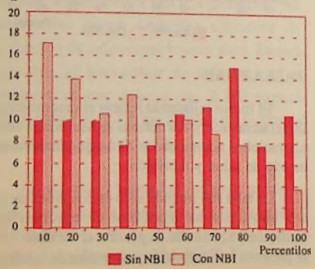
para el total del aglomerado y la comparación con los partidos del CBA.

Gráfico 3.5 Talla/edad de 2 a 5 años, distribución percentilos nacionales



Al analizar el total, la talla presenta una desviación a la izquierda, encontrándose por debajo del percentilo 10 de las tablas nacionales el 12,7% de los niños, y el 16,8% con respecto a las tablas internacionales. Las diferencias de talla/edad según condición de necesidades básicas insatisfechas (NBI) se presentan en el Gráfico 3.6.

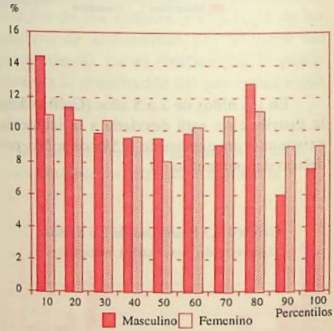
Gráfico 3.6 Talla/edad según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar, GBA, distribución percentilos nacionales



Teniendo en cuenta que la talla es un indicador muy sensible de las condiciones de vida, las diferencias que presenta este índice por NBI son esperables.

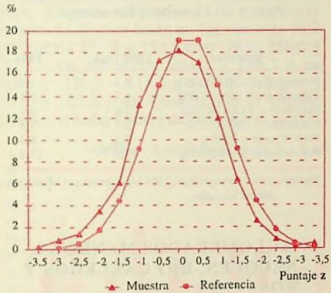
Las diferencias según sexo se mantienen en el caso del índice talla/edad (Gráfico 3.7). La peor condición nutricional de los varones tanto en peso como en talla, es un hallazgo frecuente en encuestas nutricionales desarrolladas en nuestro país, asociado con una mayor prevalencia de morbilidad en los primeros años de vida.

Gráfico 3.7 Talla/edad según sexo, distribución percentilos nacionales



Para evaluar más adecuadamente la severidad de la desnutrición es preciso analizar los datos en términos de puntaje z, dado que las distribuciones percentilares son poco sensibles en los extremos, esto es, no permiten visualizar a qué distancia de la mediana de referencia se encuentran los casos. En el Gráfico 3.8 se presenta la distribución de la talla/edad en puntaje z, comparada con la curva normal.

Gráfico 3.8 Talla/edad de 2 a 5 años, distribución puntaje Z (ref.NCHS)



Entre los factores potencialmente causales del retardo de crecimiento lineal, el peso al nacer muestra una asociación significativa, dado que el 42,1% de los niños con talla/edad inferior a -2 DE (NCHS) pesaron menos de 3.000 gramos al nacer y el 13,1% pesaron menos de 2.500 gramos.

PESO/TALLA

El peso/talla refleja el peso relativo para una talla dada y define la masa corporal. Un bajo peso/talla es indicador de emaciación o desnutrición aguda. El peso para la talla presenta una distribución desviada a la derecha, estando el 63,8% de los niños por encima de la mediana de referencia (NCHS). La prevalencia de peso/talla inferior a -2 DE fue de 0,9% (debajo de -1,5 DE = 1,9%), y de peso/talla superior a +2 DE fue de 3,4% (superior a +1,5 DE = 9,4%).

No hay desnutrición aguda según este indicador, ya que la prevalencia esperable de niños por debajo de -2 DE en una población normal es de 2,3%. Existe por el contrario, un ligero exceso de niños con sobrepeso (peso/talla > 2DE).

El mismo índice antropométrico tiene distinto significado o valor predictivo a diferentes edades. Una prevalencia alta de baja talla/edad en la población de 1 año de edad indica problemas nutricionales y de salud actuales; en la población de niños de 5 años refleja un problema pasado. Cuando se analiza el índice peso/edad, un bajo peso/edad en los menores de 1 año representa la prevalencia de bajo peso/talla, mientras que a partir de los 2 años representa mejor la prevalencia de baja talla/edad.

ÍNDICES COMBINADOS

La OMS sugiere describir la situación nutricional de las poblaciones utilizando una clasificación de doble entrada (clasificación de Waterlow) que combina los dos índices simples: talla/edad y peso/talla. De esta forma se pueden analizar en una sola tabla los problemas nutricionales habituales: desnutrición aguda, desnutrición crónica, sobrepeso, obesidad.

Cuadro 3.9 Clasificación de Waterlow peso/talla y talla/edad para el Aglomerado del Gran Buenos Aires (puntaje Z, estándares internacionales, datos no ponderados)

Talla/edad (Z)	Peso/talla						
	Menor -2	Menor -1	-1 a 0	0 a 1	Mayor 1	Mayor 2	Total
Total	**0,8**	**5,4**	**30,0**	**44,8**	**15,5**	**3,5**	**100,0**
Menor -2	0,0	0,7	2,6	2,5	0,5	0,0	6,3
Menor -1	0,2	1,1	6,6	9,1	2,1	0,5	19,6
-1 a 0	0,3	2,0	11,2	17,3	5,3	0,8	36,9
0 a 1	0,0	1,1	6,8	13,3	6,3	0,8	28,3
Mayor 1	0,2	0,3	2,5	2,5	1,1	1,3	7,9
Mayor 2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	1,0

En resumen, se encontró una baja prevalencia de desnutrición aguda (bajo peso/talla) en los niños de 2 a 5 años y una prevalencia moderada de desnutrición crónica (baja talla/edad). Los casos con niveles bajos de talla/edad presentan en su mayoría peso/talla normal.

El área central de la distribución comprende al 48,6% de los niños que presentan ambos índices entre -1 y +1 DE. La talla se encuentra entre -1 y +1 DE en el 65,2% y el peso/talla en el 74,8% de los niños. En una distribución normal se espera que el 68% de los casos estén entre -1 y +1 DE. En el otro extremo de la distribución, el 3,5% de los niños podrían considerarse obesos según peso/talla.

COMPARACIÓN CON DATOS PREVIOS DEL ÁREA

Entre los meses de agosto 1985 y marzo 1986 el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI) evaluó el estado nutricional de una muestra probabilística de niños de 9 a 24 meses de edad residentes en el Conurbano de Buenos Aires (Calvo y otros, 1991).

Si bien las muestras no son comparables, debido a las diferencias en el marco muestral (GBA total versus partidos CBA) y en el rango etario, los resultados en términos de prevalencia son notablemente similares, tal como se resume en el Cuadro 3.10.

Cuadro 3.10 Prevalencias de déficit nutricional, comparación con datos previos del Aglomerado del Gran Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense

Indicador	1985-1986	1994
Peso/edad <-2 DE (NCHS)	3,1	3,1
Talla/edad <-2 DE (NCHS)	6,4	5,7
Peso/talla <-2 DE (NCHS)	0,8	0,9
Peso/talla >2 DE (NCHS)	2,5	3,5
Peso al nacer < 2500 g	7,2	8,3
Peso al nacer 2500-2999 g	17,1	17,2

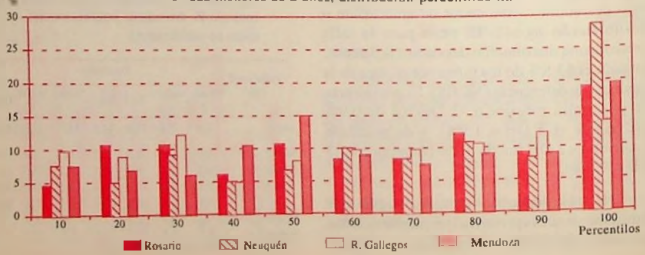
Fuente: 1991 Calvo y otros; 1994 Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales

D. AGLOMERADOS MENDOZA, NEUQUÉN, RÍO GALLEGOS Y ROSARIO

En el Gráfico 3.9 se presentan las distribuciones percentilares de peso/edad en menores de 2 años para los aglomerados Mendoza, Neuquén, Río Gallegos y Rosario.

Se puede observar una marcada desviación a la derecha de la distribución del peso/edad, especialmente en Neuquén, Río Gallegos y Mendoza. Estos porcentajes tan elevados de niños con peso/edad superior al percentilo 90 llaman la atención. Un posible factor de error

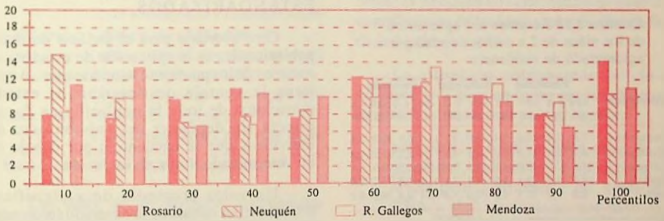
Gráfico 3.9 Peso/edad menores de 2 años, distribución percentilos nacionales



estaría dado por una subestimación del peso de la vestimenta en los casos de los niños pesados con ropa que constituyen la mayoría de los casos. El peso promedio de la vestimenta descontada al peso bruto en los menores de 2 años fue de 275,5 ± 158,1 g en GBA; 356,6 ± 150,3 g en Mendoza; 284,2 ± 143,3 g en Neuquén; 189,7 ± 118,5 g en Río Gallegos y 375,3 ± 163,3 g en Rosario. No es posible discernir si hubo errores de estimación, pero el peso computado de la vestimenta oscila entre el 1 y el 6% del peso corporal total a estas edades.

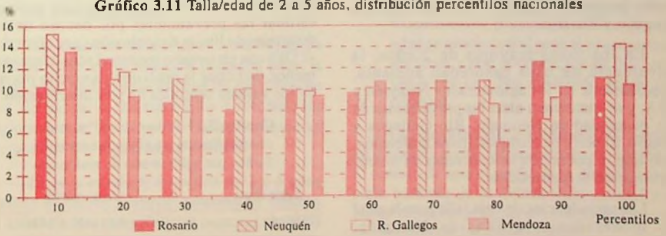
Las distribuciones de peso/edad en los niños de 2 a 5 años (Gráfico 3.10) se acercan más a la distribución normal, existiendo una desviación a la derecha en los aglomerados Rosario y Río Gallegos y una desviación a la izquierda en Neuquén.

Gráfico 3.10 Peso/edad de 2 a 5 años, distribución percentilos nacionales



En el Gráfico 3.11 se presentan las distribuciones de talla/edad, las cuales están desviadas hacia la izquierda, especialmente en Neuquén y Mendoza.

Gráfico 3.11 Talla/edad de 2 a 5 años, distribución percentilos nacionales



En los cuadros siguientes se presentan las prevalencias de bajo y alto peso/edad, baja talla/edad y bajo y alto peso/talla en todos los aglomerados analizados, utilizando dos límites de inclusión diferentes -percentilos 10 y 90 según la referencia nacional y 2 desvíos estándar según la referencia internacional-. Los indicadores percentilares son más sensibles, en el sentido que es esperable que por debajo del percentilo 10 y por encima del percentilo 90 se encuentre el 10% respectivamente de la población normal. El límite de inclusión de ± 2 desvíos estándar deja por debajo y por encima respectivamente al 2,3% de la población normal.

Cuadro 3.11 Resumen antropométrico de los niños de 0 a 24 meses de edad por aglomerado de residencia

Aglomerado	Peso/edad		Peso/edad	
	< Pc 10	< -2 DE[1]	> Pc 90	> 2 DE[1]
Gran Buenos Aires	9,8	3,5	15,3	5,7
Río Gallegos	9,7	2,4	14,5	4,0
Mendoza	7,5	0,7	19,5	4,5
Neuquén	7,4	2,5	29,1	20,8
Rosario	4,6	0,0	19,1	6.8

[1] Tablas de referencia internacionales (NCHS).

Cuadro 3.12 Resumen antropométrico de los niños de 2 a 6 años de edad por aglomerado de residencia

Aglomerado	Peso/edad				Talla/edad				Peso/talla			
	<Pc 10	< -2 DE[1]	>Pc 90	> 2 DE[1]	<Pc 10	< -2 DE[1]	>90 %	> 2 DE[1]	<90 %	< -2 DE[1]	>100 %	> 2 DE[1]
G. Buenos Aires	13,6	2,8	10,9	2,4	12,0	5,7	11,3	0,9	12,9	3,4		
Río Gallegos	8,1	2,4	17,0	8,6	10,1	4,6	9,8	2,2	25,2	11,8		
Mendoza	11,4	1,6	11,0	4,6	13,6	5,4	3,4	0,0	28,6	6,1		
Neuquén	14,1	4,7	29,1	5,5	14,6	7,1	11,0	1,4	14,3	6,0		
Rosario	8,0	1,7	13,7	4,9	10,0	5,4	6,1	0,4	20,5	6,2		

[1] Tablas de referencia internacionales (NCHS).

En los niños menores de 2 años se puede observar un perfil general común: baja prevalencia de bajo peso/edad y alta prevalencia de alto peso/edad, especialmente en Mendoza, Neuquén y Rosario.

En los niños mayores de 2 años, la prevalencia de bajo peso/edad aumenta, especialmente en los aglomerados Neuquén y GBA, y se mantienen altas las prevalencias de alto peso/edad en Neuquén, Río Gallegos y Rosario. El perfil de Neuquén llama la atención, dado que la población se concentra en ambos extremos de la distribución.

Las prevalencias de baja talla para la edad son moderadamente altas en Neuquén, Mendoza y Gran Buenos Aires y cerca de los límites en los otros dos aglomerados. El paralelismo de los datos sugiere que el bajo peso/edad en los niños mayores de 2 años es debido a un retardo del crecimiento en talla y no a un aumento de la prevalencia de desnutrición aguda a estas edades. Esta hipótesis se confirma a través del índice peso/talla, con prevalencias bajas en el extremo inferior de la distribución y prevalencias elevadas de alto peso/talla en todos los aglomerados, especialmente Mendoza, Río Gallegos y Rosario. Los valores indicativos de obesidad (peso/talla > 2 DE) constituyen uno de los hallazgos antropométricos más significativos.

PROMEDIOS DE PUNTAJES ESTANDARIZADOS

Otro abordaje para el análisis de datos poblacionales es la aplicación de estadísticas resumen de los puntajes estandarizados, el cual tiene la ventaja de describir el estado nutricional de toda la población en forma directa sin depender del subconjunto de individuos que se encuentran por debajo de un determinado límite de inclusión.

Un valor promedio de z significativamente por debajo de lo esperado (promedio ± DE = 0 ± 1) usualmente implica que toda la distribución está sesgada a la izquierda, sugiriendo que la mayoría de los individuos ha sido afectada. Utilizando el promedio y desvío estándar de los puntajes z se pueden estimar las prevalencias por debajo de un determinado límite de inclusión (por ejemplo: -2 DE) con un tamaño muestral sensiblemente menor, dado que la precisión es mucho mayor en los valores centrales de una distribución.

Cuadro 3.13 Promedio de puntajes estandarizados en niños menores de 2 años por aglomerado de residencia

Aglomerado	Peso/edad (z)
Mendoza	0.08 + 1.47 (0.15 + 1.03)[1]
Neuquén	0.63 + 1.69 (0.65 + 1.55)
Rosario	0.33 + 1.13 (0.27 + 1.14)
Río Gallegos	0.12 + 1.06 (0.10 + 1.06)
Gran Buenos Aires	0.09 + 1.25 (0.03 + 1.23)
Partidos GBA	0.01 + 1.22 (-0.04 + 1.19)

[1] Referencia internacional (NCHS) entre paréntesis.

Cuadro 3.14 Promedio de puntajes estandarizados en niños de 2 a 5 años por aglomerado de residencia

Aglomerado	Peso/edad (z)	Talla/edad (z)	Peso/talla (z)
Mendoza	-0,05 + 1,09	-0,10 + 1,06	
	(0,08 + 1,06)[1]	(-0,26 + 1,07)	(0,43 + 0,97)
Neuquén	-0,07 + 1,18	-0,10+ 1,23	
	(0,01+ 1,18)	(-0,32 + 1,34)	(0,40 + 1,03)
Rosario	0,13 + 1,09	0,00 + 1,18	
	(0,23 + 1,11)	(-0,17 + 1,26)	(0,53 + 0,94)
Río Gallegos	0,24 + 1,18	0,03 + 1,30	
	(0,36 + 1,17)	(-0,13 + 1,28)	(0,68 + 1,13)
Gran Buenos Aires	-0,19 + 1,04	-0,11+ 1,04	
	(-0,07 + 1,01)	(-0,29 + 1,07)	(0,29 + 0,93)
Partidos CBA	-0,24 + 1,02	-0,15 + 1,04	
	(-0,12 + 0,99)	(-0,32 + 1,07)	(0,26 + 0,90)

[1] Referencia internacional (NCHS) entre paréntesis.

Los datos de los distintos aglomerados permiten visualizar que las distribuciones de peso/edad en los menores de 2 años están desviadas hacia la derecha, pudiéndose estimar las prevalencias de déficit (z peso <-2 DE) entre 0,6 y 2,3% según áreas.

Los datos de talla/edad en los niños de 2 a 5 años están en su mayoría sesgados hacia la izquierda, pudiéndose estimar las prevalencias por debajo de -2 DE entre 2,3 y 3,1%. Solo los aglomerados Rosario y Río Gallegos presentan valores de 0 o ligeramente positivo.

El peso/edad en los niños de 2 a 5 años presenta valores positivos también en Rosario y Río Gallegos (prevalencias menores al 1,8%) y valores negativos en los demás aglomerados.

El peso para la talla presenta valores definidamente positivos (distribución desviada a la derecha) en todos los aglomerados, con prevalencias de bajo peso/talla inferiores al 1,2%.

E. CONCLUSIONES

Los resultados de este Módulo, fundamentalmente cuando se complete el análisis de todos los aglomerados relevados, en conjunto con la evaluación continua que se realiza sobre la población objetivo del Programa Materno Infantil, permitirán establecer una línea de base de la situación nutricional de los menores de 6 años en el momento de evaluar el cumplimiento de las Metas intermedias en favor de la Madre y el Niño.

La situación antropométrica de los menores de 2 años en todas las jurisdicciones analizadas presenta un patrón común:

- prevalencias relativamente altas de alto peso/edad, indicativo de sobrepeso, que afecta particularmente a las niñas en el GBA y sin diferenciales por sexo en el resto de las áreas;

- baja prevalencia de bajo peso/edad, que alcanza niveles superiores a lo esperado para una población normal solo en el Conurbano de Buenos Aires. El bajo peso/edad se asocia con el peso al nacer en todas las áreas y con la condición de NBI en el GBA (en que fue analizado según este criterio).

Las prevalencias de sobrepeso encontradas en Neuquén merecen un comentario aparte, en el sentido de que el perfil de la distribución se aleja bastante de la distribución normal y no puede descartarse algún error sistemático en la recolección de los datos de peso.

En los niños de 2 a 5 años, se verifica una variación en estos patrones:

- se mantienen en niveles superiores a lo esperado las prevalencias de sobrepeso, de acuerdo al índice peso/edad y fundamen-

talmente al índice peso/talla que es más específico;

- se verifica un aumento de la prevalencia de bajo peso/edad en todas las jurisdicciones, especialmente GBA y Neuquén;

- la mayor prevalencia de bajo peso/edad está asociada a los déficits en el índice talla/edad;

- el déficit en el índice talla/edad es más pronunciado en los varones y en la población con NBI.

Los datos de tipo transversal no permiten hacer mayores inferencias causales sobre los procesos que llevan a los cambios en el estado nutricional. Los tamaños muestrales, por otra parte, son insuficientes para efectuar una mayor desagregación por grupos etarios. Se eligió separar en dos grupos -menores y mayores de 2 años- particularmente porque la talla solo fue medida en los mayores de 2 años por razones operativas. Lo que aparece como un cambio en la situación nutricional entre ambos grupos seguramente es un proceso de afectación continua de la talla, compatible con desnutrición crónica.

Entre las consecuencias biológicas y sociales del retardo del crecimiento lineal, éste se asocia o es un marcador de:

- morbi-mortalidad;

- actividad y patrones de interacción, incluyendo el desarrollo y función psicomotora, el rendimiento escolar y el funcionamiento socio-emocional;

- tamaño corporal del adulto, productividad y rendimiento laboral, y resultados económicos;

- salud reproductiva: complicaciones obstétricas en mujeres de baja talla y menor tamaño de la pelvis, asociado con bajo peso al nacer lo que provoca un efecto intergeneracional.

La baja talla para la edad es un indicador de inequidad y refleja las condiciones nutricionales y de salud en el largo plazo. Las poblaciones donde la prevalencia de malnutrición excede significativamente la esperada están fracasando en proveer a sus niños un ambiente adecuado para el crecimiento.

El sobrepeso por otra parte no involucra riesgos actuales para la salud en estas edades. Sin embargo existe una asociación, que se fortalece progresivamente con el aumento de la edad, entre la obesidad en los niños -particularmente en los adolescentes- y la obesidad en los adultos. La obesidad en la población adulta es de por sí una enfermedad crónica no-transmisible y un factor de riesgo en todas las demás: hipercolesterolemia, enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes, algunas formas de cáncer, osteoporosis, etcétera.

La llamada "desnutrición oculta" que involucra la deficiencia de nutrientes específicos, de los cuales los principales son el hierro, la vitamina A y el yodo, no tiene manifestaciones antropométricas y por lo tanto no puede ser evaluada a través de encuestas de este tipo. La deficiencia de hierro constituye en nuestro país la carencia nutricional más prevalente en la población infantil.

Los resultados muestran una situación global de relativa normalidad en los indicadores antropométricos de la población. Sin embargo, es preciso hacer algunas consideraciones con respecto a la posibilidad de extrapolación de estos resultados al total del país. Las muestras

provienen de los aglomerados urbanos principales en cada provincia, por lo cual se desconoce la situación de otros centros urbanos de las mismas provincias.

Datos externos a este Módulo señalan que las áreas donde se concentra la desnutrición en nuestro país son las provincias del NOA y NEA y los cinturones periurbanos de las grandes ciudades.

Existen pocos estudios que hayan relevado información antropométrica con metodología uniforme y con representatividad a nivel país, que sirvan como patrones de comparación al permitir situar dentro de un contexto a las provincias (no hay desagregación por localidad) que forman parte de esta muestra. Dos fuentes de datos, pertenecientes a grupos etarios diferentes, permiten esta comparación.

Una de ellas es la evaluación antropométrica de varones de 18 años durante el reconocimiento médico para el Servicio Militar Obligatorio (Ministerio de Salud, 1995). La talla promedio en las provincias de Santa Fe y Buenos Aires y en la Capital Federal supera el promedio nacional. La provincia de Mendoza se ubica en valores similares al promedio y las provincias de Neuquén y Santa Cruz 2 cm por debajo. Con respecto al peso promedio solo Neuquén se ubica 1 kg por debajo del promedio nacional, estando las demás jurisdicciones entre 1 y 2 kg por encima. La prevalencia de obesidad -Indice de Masa Corporal >30- es superior al 3% en las 6 jurisdicciones y superior al 4% en la Capital Federal y en las provincias de Buenos Aires, Mendoza y Santa Cruz.

En la evaluación nutricional de escolares menores de 10 años realizada por CIDES/OEA/OPS en 1985 las prevalencias globales (<-2 DE) de baja talla/edad, bajo peso/edad y bajo peso/talla fueron de 10,4%, 3,4% y 1,3%, respectivamente. El Gran Buenos Aires, Mendoza y Santa Cruz presentaron prevalencias por debajo del promedio en talla y solo Mendoza presentó una prevalencia superior al promedio nacional de bajo peso/edad.

Los resultados provisionales de los Censos de Talla en escolares realizados durante 1992-94 en algunas provincias muestran prevalencias de talla/edad inferior al percentilo 10 de 9,9% en Mendoza, 10,5% en Neuquén y 9,6% en Rosario.

En todos los estudios mencionados, la situación nutricional de las áreas geográficas que forman parte de este Módulo es relativamente favorable en el contexto del país.

ANEXO

ANÁLISIS DE LOS CUESTIONARIOS DE LOS NIÑOS CON DÉFICIT NUTRICIONAL POR PESO: UNA PERSPECTIVA DE ESTUDIO DE CASO

En los párrafos que siguen se modifica la óptica epidemiológica del estudio de E. Calvo para introducir un ejercicio realizado por E. López, M. Cusminsky y M. Tamargo, en un estudio para la Secretaría de Programación Económica.

En base al análisis muestral de un conjunto de indicadores que se vinculan, tradicionalmente, con las condiciones de nutrición, el ejercicio exploró la presencia o ausencia de ciertas características en los niños menores de seis años que presentaron déficits nutricionales de peso para la edad y pretende contribuir con propósitos indicativos al análisis presentado en este capítulo.

La selección de este indicador peso para la edad para profundizar en algunas dimensiones del cuestionario obedeció a que se privilegió la aproximación a conocer el déficit nutricional de todos los menores de 6 años, mientras que las medidas de la talla excluyeron a los menores de 2 años.

Uno de los indicadores del peso para la edad es el peso al nacer también tomado en cuenta en el análisis de los datos del Módulo- que es un predictor de las condiciones futuras de salud, ya que se ha comprobado que los recién nacidos con peso desfavorable (por debajo de los 2.500 g) son más vulnerables a los factores sociales y ambientales, tienen mayor riesgo de contraer enfermedades y, por lo tanto, de morir durante el primer año de vida.

Si bien en un estudio de tipo transversal como el llevado a cabo no pueden establecerse relaciones de causalidad, se ha podido advertir, sin embargo, la existencia de algunas conexiones entre distintas variables sociodemográficas y socioeconómicas y el peso para la edad.

A partir del análisis de dichas variables se ha podido avanzar en la caracterización del perfil de los niños con una relación del peso para la edad por debajo de los - 2 Desvíos Estándar.

Puede decirse que, se observa una porción de menores de 6 años cuyos indicadores antropométricos estarían indicando la existencia de deficiencias en su estado nutricional; al analizar las variables contextuales se advierte que este grupo participa además de condiciones socioeconómicas que agravan o potencian dicha situación.

PESO AL NACER

En el segmento de niños con peso para la edad por debajo de los - 2 DE se observa que el 33% de los mismos tuvo bajo peso al nacer (pesaron menos de 2.500 g).

Si bien la ocurrencia previa de bajo peso al nacer no es mayoritaria en el grupo con deficiencias nutricionales (diez casos sobre treinta) puede decirse que indudablemente se advierte una mayor frecuencia de esta situación que en el resto de la población infantil, en la cual la prevalencia fue del 6,2%.

Otro dato a considerar es el que resulta del análisis del lugar de residencia de los niños: la totalidad de los que nacieron con *bajo peso habitan en el Conurbano Bonaerense.*

NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

El porcentaje de niños con necesidades básicas insatisfechas es mayor en el grupo con deficiencias nutricionales que en la población general de esta edad, encontrándose que más de la mitad comparten esa situación precaria (54%), contra el 33% de la población total.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Un dato de interés para caracterizar la situación socioambiental de los niños malnutridos es el referido al número de miembros del hogar: *el 80% de ellos vive en hogares con más de 4 miembros,* siendo el promedio 6,6 personas por hogar.

EDUCACIÓN DE LA MADRE

El 16,6% de las madres no tiene instrucción o bien sólo alcanzó el nivel primario

incompleto. En contraste, el porcentaje de mujeres en la categoría más baja del nivel educativo alcanzó el 9,9% en la población total.

AFILIACIÓN A ALGÚN SISTEMA DE SALUD

Más de la mitad de estos niños no posee cobertura médica (53%) observándose también en esta variable diferencias importantes respecto de la distribución muestral.

Los datos hasta aquí expuestos caracterizan una situación de mayor vulnerabilidad social y por ende, del estado de salud del segmento de niños cuya ecuación peso/edad está por debajo de - 2 DE.

Como conclusión, puede decirse que el estado nutricional de los menores de 6 años está fuertemente influenciado tanto por las condiciones previas a su nacimiento como por los factores que intervienen, potenciando u obstaculizando su proceso de crecimiento y desarrollo.

EL CONTEXTO PERSONAL Y FAMILIAR DE LOS NIÑOS CON DÉFICITS NUTRICIONALES

Con los atributos edad, peso al nacer y cobertura de salud del niño, edad, nivel de instrucción y número de hijos de la madre, lugar de residencia, satisfacción de las necesidades básicas y tamaño del hogar se realizó un ejercicio que intenta personificar la situación de las madres de los niños con déficits nutricionales. A las madres se les dio un nombre ficticio; el resto de los datos provino de los distintos cuestionarios del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales. Se seleccionaron los casos más prototípicos; ellos son:

- María, de 17 años, tiene dos hijos de 3 y 1 año. Este último es el que tiene el déficit nutricional, pesó 3.600 g al nacer y no tiene cobertura médica. María cursó la escuela primaria completa y tuvo su primer hijo a los 14 años.Viven en un hogar de 6 personas del Conurbano de Buenos Aires con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

- Isabel, de 19 años, tiene dos hijos, de 2 y 0 años; el más chiquito tiene déficit nutricional, nació con bajo peso (2.300g) y no tiene cobertura médica. Isabel tiene primaria completa y tuvo a su primer hijo a los 17 años. La familia reside en el Conurbano, en un hogar de 4 personas con NBI.

- Mirta, de 21 años, tiene tres hijos de 7, 5 y 1 año. El niño de 5 años es el afectado por el déficit nutricional; pesó 2.760g al nacer y no tiene cobertura médica. Mirta no terminó la primaria y tuvo su primer hijo a los 14 años. Viven en el Conurbano, en un hogar de 5 personas con NBI.

- Elena tiene 28 años y cinco hijos, de 9, 7, 5, 3 y 0 años. La nena de 3 años es la que muestra el déficit nutricional; pesó al nacer 2.550 g y tiene cobertura médica. Elena terminó la primaria y tuvo su primer hijo a los 19 años. Residen en el Conurbano, en un hogar con NBI donde viven 7 personas.

- Rosa tiene 29 años y seis hijos de 12, 10, 9, 7, 4 y 2 años. La nena de 4 tiene un déficit nutricional; nació con 2.300 g y posee cobertura médica. Rosa completó el nivel primario y tuvo su primer hijo a los 17 años. Viven en el Conurbano, en un hogar de 8 miembros que no tiene NBI.

- Beatriz tiene 32 años y ocho hijos, de 13, 12, 11, 8, 6, 4, 3 y 0 años. La nena de 3 años es la afectada; pesó 2.930 g al nacer y no tiene cobertura médica. Beatriz completó los estudios primarios y tuvo el primer hijo a los 19 años. Vive en la Capital, en un hogar de 10 miembros sin NBI.

- Liliana tiene 31 años y seis hijos, de 12, 10, 6, 4, 1 y 0 años. La que tiene déficit nutricional es la nena de 4 años, que no tiene registrado el peso al nacer y no posee cobertura médica. Liliana tiene la primaria incompleta y fue madre por primera vez a los 19 años. El tamaño de su familia, que tiene NBI, es de 8 personas: viven en el Conurbano.

- Zulma, de 38 años, tiene seis hijos, de 14, 11, 8, 5, 3 y 2 años; el de 5 padece déficit nutricional. Este niño pesó 2.700 g al nacimiento y posee cobertura médica. Zulma no completó la escuela secundaria y tuvo su primer hijo a los 22 años. Pertenecen a un hogar de 10 personas con NBI del Conurbano.

- Margarita vive con ocho de sus once hijos; tiene 41 años. Los hijos con los que convive tienen 21, 16, 12, 9, 7, 3, 1 y 0 años. El nene de 1 año muestra desnutrición en peso por edad; al nacer pesó 1.600 g; no tiene cobertura médica. Margarita no terminó la primaria y tuvo a su primer hijo antes de los 20 años. Viven en el Conurbano, en un hogar con NBI de 10 miembros.

- Elena, de 37 años, ha tenido seis hijos de 16, 13, 11, 6, 3 y 1 año. El afectado es el más pequeño; pesó 3.200 g al nacer y no tiene cobertura médica. Elena no completó la primaria y fue madre por primera vez a los 21 años. Pertenece a un hogar con NBI en el que conviven 8 personas en el Conurbano.

- Marcela, de 18 años, tiene un hijo de 0 años, que pesó 1.650 g al nacer y no tiene cobertura médica. Marcela no terminó el ciclo secundario y fue madre a los 18 años. Viven en el Conurbano, en un hogar con NBI de 12 miembros, de los cuales 6 tienen 10 años o menos.

- Victoria, de 29 años, tiene tres hijos de 7 (mellizos) y 4 años; la última, una nena, con déficit nutricional, pesó 2.200 g al nacimiento y tiene cobertura médica. Victoria terminó la escuela primaria y fue madre a los 22 años. Vive en el Conurbano en un hogar con NBI de 5 miembros.

- Elida tiene 27 años y dos hijos de 1 y 0 años; el último padece déficit nutricional, pesó 900 g al nacer y no tiene cobertura médica. Elida completó el colegio secundario y tuvo a su primer hijo a los 26 años. Residen en el Conurbano, en un hogar con NBI de 7 personas.

El relato efectuado intenta poner en un contexto más amplio las cifras sobre el déficit nutricional. Cuando los números otorgan confiabilidad estadística a las estimaciones sobre determinados fenómenos socioeconómicos y culturales, las interpretaciones acerca de la regularidad de ciertos comportamientos parecen adquirir mayor solidez. Sin embargo, la lectura de los relatos permite identificar variadas situaciones de riesgo para la salud, que se reiteran caso tras caso. Ellas pueden servir para focalizar la atención de los planificadores y orientar las acciones en este campo:

- la pertenencia a un hogar con necesidades básicas insatisfechas
- el bajo peso al nacer
- la carencia de cobertura médica
- la escolaridad deficiente de la madre

- la edad temprana a la primera maternidad
- el número elevado de nacimientos
- los nacimientos en intervalos muy cortos
- el gran número de miembros de la familia, con un importante componente de niños

Desafortunadamente, en los niños examinados en el relato sobre déficits no se pudo profundizar en aspectos referidos a la lactancia materna, ya que las preguntas sobre lactancia se efectuaron sólo a los niños nacidos en los últimos tres años, mientras que el estudio de peso para la edad se realizó con los menores de seis. Tampoco se puede determinar si alguno de los niños de 6 años o más de estos hogares padece o padeció deficiencias nutricionales, porque no formaron parte de la observación en el estudio antropométrico. Otro aspecto pendiente es la comparación entre la fecundidad de las madres de niños con déficits nutricionales con el resto de las madres.

CAPÍTULO 4

EL PESO Y LA TALLA DE LOS NIÑOS DE SALTA EN LA ENCUESTA DE HOGARES

Juan Carlos Cid[1]

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos al analizar la talla y el peso de los niños encuestados en Salta. Se elaboró en base al procesamiento del archivo definitivo de la Encuesta Permanente de Hogares en el citado aglomerado, existiendo una versión anterior, de marzo de 1995, a partir de un archivo preliminar[2].

En el próximo apartado se describe la población estudiada. Además se desarrollan brevemente los criterios utilizados para clasificar a los hogares como pobres según el enfoque de las Necesidades Básicas Insatisfechas y el de la Línea de Pobreza. En el segundo apartado se hará referencia a los índices antropométricos usados en el análisis de la muestra de menores de 6 años en Salta. El subsiguiente presenta los resultados obtenidos en la medición y el último resume las principales conclusiones.

A. LA POBLACIÓN ESTUDIADA

La población objeto de la medición comprendió a todos los niños de 0 a 5 años cumplidos, residentes en los hogares seleccionados para la visita de la EPH en la onda de mayo de 1994.

El relevamiento tuvo dos etapas: la aplicación de una serie de cuestionarios especiales (que se agregaron a los habituales de EPH) y la medición y el pesaje de los niños menores de seis años en una etapa posterior. Las mediciones antropométricas fueron realizadas en

[1] Dirección General de Estadísticas y Censos de la Secretaría de Planeamiento y Control de Gestión de la Gobernación de la Provincia de Salta.

[2] Es menester destacar el esfuerzo de todo un equipo en este estudio. La revisión técnica del documento la hizo G. Romero. Los procesos en EpiInfo y el diseño de los gráficos fueron responsabilidad de J. Torres. El equipo de la EPH es coordinado por M. B. de Lizárraga, bajo la dirección de I. Alarcón. A. Aguirre grabó los cuestionarios familiares e individuales y B. Villa, junto a M. B. de Lizárraga, los de peso y tal a. Todos los mencionados anteriormente se desempeñan en la Dirección General de Estadísticas y Censos de Salta. Los antropometristas fueron R. Lamas, M. Martínez, M. I. de Villa y H. Vargas. Por otra parte, la Dirección de Encuestas a Hogares de INDEC, a cargo de C. de Trabuchi, brindó el habitual apoyo metodológico. La versión preliminar recibió útiles críticas de M. Cusminsky.

el hogar del niño por médicos entrenados especialmente para la tarea. Se utilizó un equipo de balanza y tallímetro portátil.

De acuerdo con la metodología adoptada en el estudio, se pesaron todos los niños de 0 a 5 años y se midió la estatura de los de 2 años a 5 años. Los niños menores de 6 años fueron 635. Debido a rechazos, información incompleta y otras causas, la muestra original quedó reducida a 607 casos, pertenecientes a 418 hogares diferentes.

La Encuesta es aplicada en una muestra bietápica estratificada cuyo tamaño para esa onda resultó de 1.504 hogares. Por su diseño probabilístico permite obtener estimaciones confiables para el aglomerado Salta, en base a resultados muestrales que se expanden.

En el Cuadro 4.1 se presenta la distribución de los niños que fueron medidos, por sexo y edad[1].

La Encuesta Permanente de Hogares permite determinar si un hogar es pobre por el criterio de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y/o por el criterio de la Línea de Pobreza (LP). Para completar la aplicación de este último criterio hace falta conocer el costo de la canasta básica de bienes y servicios.

Al seguir la definición habitual en nuestro país en la medición de la pobreza con el criterio de necesidades básicas, se consideraron hogares

Cuadro 4.1 Niños de 0 a 5 años por sexo y según edad en la ciudad de Salta

Edad (en meses)	Total	Sexo	
		Varón	Mujer
Total	40.293	19.195	21.098
0 a 5	2.629	1.139	1.490
6 a 11	3.354	1.843	1.511
12 a 17	4.118	1.871	2.247
18 a 23	4.367	2.044	2.323
24 a 29	2.794	1.446	1.348
30 a 35	3.058	1.019	2.039
36 a 41	4.411	2.036	2.375
42 a 47	2.709	1.130	1.579
48 a 53	3.036	1.449	1.587
54 a 59	3.187	1.788	1.399
60 a 65	2.669	1.512	1.157
66 a 71	3.961	1.918	2.043

NBI a los que cumplían al menos una de las siguientes condiciones:

- habitar en una vivienda de tipo precario (inquilinato, hotel o pensión, vivienda no destinada a fines habitacionales, vivienda en villa y otros),
- estar hacinado (más de 3 personas por cuarto de uso exclusivo, cualquiera sea el tipo de vivienda),
- no tener instalación de baño (ya sea compartido o de uso exclusivo de los miembros del hogar),
- contar entre sus integrantes con algún niño de 6 a 12 años que no concurre a la escuela,
- tener un jefe de hogar sin escolaridad primaria completa y simultáneamente, 4 o más integrantes por cada ocupado.

El Cuadro 4.2 presenta la clasificación de la población de menores de 6 años analizada según la condición de NBI de sus hogares:

[1] La información antropométrica de acuerdo con los valores expandidos, corresponde a 40.293 menores de 6 años. A esta población se referirá el análisis en el presente capítulo. Sin embargo, a partir de una proyección del Censo Nacional de Población y Vivienda 1991, la cantidad total de menores de 6 años residentes en la capital provincial a la fecha de la Encuesta puede estimarse en algo más de 55 mil.

La medición de la pobreza a través de los dos enfoques alternativos produce un entrecruzamiento de las clasificaciones: 7.585 niños habitan en hogares con ingreso insuficiente pero con las necesidades básicas satisfechas, solo 3.507 se hallan en la situación inversa y 9.372 pertenecen a hogares pobres de acuerdo con ambos criterios.

B. INDICADORES UTILIZADOS

Los indicadores antropométricos de peso por edad, altura por edad y peso por altura son habitualmente utilizados para analizar la situación nutricional de la población infantil de una comunidad o área. Para ello se efectúa la comparación con una población de referencia (según estándares fijados por la Organización Mundial de la Salud o bien con patrones nacionales).

La comparación con los estándares se puede realizar a través de puntuaciones z, percentiles o porcentajes con respecto a la mediana. En los cuadros y gráficos que siguen se optó por usar la variable puntaje z (Z score), que mide los desvíos del indicador de la población estudiada respecto a la media de la población de referencia, en unidades de desvío estándar[1].

Un ejemplo servirá para aclarar el concepto. En la población de referencia el peso de un varón de 2 años y 6 meses se distribuye normalmente, con una media de 13,19 kg y un desvío estándar de 1,47 kg. En consecuencia, el 68,3% de los individuos estará comprendido en el tramo entre 11,72 kg (la media menos un desvío estándar) y 14,66 kg (la media más un desvío estándar). Si en el relevamiento en Salta un varón de 2 años y medio tiene 12,46 kilogramos, su puntaje z es - 0,5 porque su peso está a 0,73 kg (medio desvío estándar) por debajo de la media de la población de referencia.

[1] En la población de referencia la puntuación z tiene una distribución normal, con media 0 y desvío estándar 1.

Es habitual fijar puntos de corte (por ejemplo en la media menos 2 desvíos estándares y la media menos 1 desvío estándar) y comparar la proporción de casos que se encuentran por debajo de esos cortes con el porcentaje de la población de referencia en la misma situación. Ese es el grupo de población con un bajo nivel antropométrico en el indicador empleado. Volviendo al caso de la distribución normal, un 2,3% del total de individuos se halla por debajo del primer punto de corte y un 15,9% por debajo del segundo.

Por consiguiente, la idea es corroborar si la población infantil de la ciudad de Salta presenta en los índices antropométricos porcentajes de distribución similares a los de la población de referencia.

Los puntos de corte pueden establecerse ya sea aplicados a la variable altura o a la variable peso. Los expertos en este tema asocian los distintos índices a diferentes procesos: un bajo índice de peso por altura correspondería a una situación coyuntural de adelgazamiento, provocada posiblemente por una ingesta insuficiente de calorías; en cambio, un reducido índice de altura por edad se considera indicador de falta de crecimiento, provocada por un bajo aporte continuado de calorías y proteínas (también frecuentes enfermedades, exposición a condiciones adversas, etcétera).

C. RESULTADOS DE LA MUESTRA SALTEÑA

Antes de analizar los resultados obtenidos, se hará una breve mención del software utilizado y de algunos ajustes previos practicados a los datos.

El cálculo de las puntuaciones z de cada individuo y las frecuencias relativas se realizó inicialmente con el paquete EpiInfo, posteriormente se aplicó el programa AntConv, para calcular las puntuaciones en relación a los patrones nacionales.

La estatura de los niños, para asegurar una medición más precisa, se determinó luego de que se quitaron el calzado. Dadas las condiciones y la época del año en que se hizo el relevamiento, no fue posible en cambio registrar su peso neto. La consigna para los equipos de antropometristas era que se determinara el peso bruto del niño con el mínimo de ropa compatible con la temperatura ambiente. El cuestionario previó esta circunstancia pues incluyó un listado de alternativas de prendas de vestir a ser marcadas por los encuestadores. Posteriormente, se aplicó en gabinete un programa de estimación del valor neto, en función de la ropa que tenía cada niño en el momento del pesaje y de una tabla para pesos teóricos de las diversas prendas[1].

La variable edad también resulta de un proceso de estimación. En el cuestionario familiar de la EPH se solicita la fecha de nacimiento de cada integrante de un hogar. En el cuestionario de peso y estatura del Módulo se consignó la fecha precisa de la medición antropométrica. Al cruzarse ambos archivos, se calculó la edad como la diferencia en días entre ambas fechas. Posteriormente se divide esta variable por 365,25 y se multiplica por 12, para obtener una estimación de la edad en "meses equivalentes", que quizá no coincida exactamente con la edad real en meses calendario transcurridos desde el nacimiento.

Hechas estas aclaraciones, se expone a continuación el análisis de los resultados del indicador de peso por edad. El Cuadro 4.4 (también los restantes similares a él) sirve para comparar la distribución normal -que caracteriza a una población de referencia- con la distribución del índice de puntaje z para Salta. En las primeras dos columnas del cuadro se define el tramo de la variable z y la cantidad de niños comprendidos en dicho tramo o estrato. Por ejemplo, se comprobó que entre los valores + 0,01 y + 0,5 de z hay 8.952 personas. Esto significa que 8.952 menores de 6 años de Salta registran un peso neto que, de acuerdo a su edad y sexo, está hasta medio desvío estándar por encima del peso promedio esperable para la población de referencia (estándar nacional). La tercera columna expresa la misma frecuencia en términos porcentuales (esos menores representan el 22,2% del total). En la cuarta columna se volcó la frecuencia acumulada: 67,4% de la población estudiada tiene un peso menor que el promedio más medio desvío estándar de la población testigo. La finalidad de las columnas quinta y sexta es permitir la comparación: contienen los porcentajes simple y acumulado de una distribución normal (en la normal, el 19,1% de los individuos cae en el tramo tomado como ejemplo y hasta él inclusive se acumula el 69,1% de los casos).

Cuadro 4.4 Frecuencias simple, relativa y acumulada de niños de 0 a 5 años según intervalos de puntaje Z para peso/edad en la ciudad de Salta y en la población de referencia

Intervalo puntaje Z	Cantidad menores	Población de Salta		Población de referencia	
		Frecuencia			
		Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada
Total	**40.293**	**100,0**		**100,0**	
-4,49 a -4,0	141	0,3	0,3	0,0	0,0
-3,99 a -3,5	66	0,2	0,5	0,0	0,0
-3,49 a -3,0	65	0,2	0,7	0,1	0,1
-2,99 a -2,5	264	0,7	1,3	0,5	0,6
-2,49 a -2,0	461	1,1	2,5	1,7	2,3
-1,99 a -1,5	2.103	5,2	7,7	4,4	6,7
-1,49 a -1,0	3.832	9,5	17,2	9,2	15,9
-0,99 a -0,5	5.252	13,0	30,2	15,0	30,9
-0,49 a 0,0	6.014	14,9	45,2	19,1	50,0
0,01 a 0,5	8.952	22,2	67,4	19,1	69,1
0,51 a 1,0	5.329	13,2	80,6	15,0	84,1
1,01 a 1,5	3.564	8,8	89,5	9,2	93,3
1,51 a 2,0	2.248	5,6	95,0	4,4	97,7
2,01 a 2,5	1.183	2,9	98,0	1,7	99,4
2,51 a 3,0	262	0,7	98,6	0,5	99,9
3,01 a 3,5	198	0,5	99,1	0,1	100,0
3,51 a 6,0	359	0,9	100,0	0,0	100,0

[1] Por ejemplo, si el niño tenía puesto un buzo, saco o chaleco, se restó -en gramos- esta cantidad: 55,23 + (0,456907 . edad en meses) + (5,696698 . peso bruto en kilos)

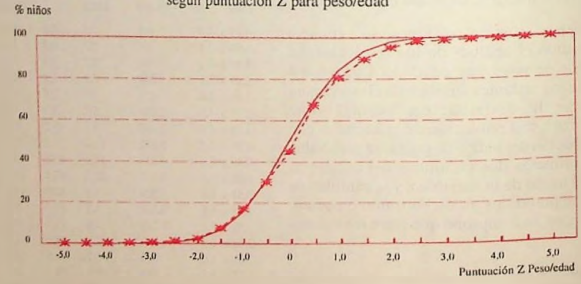
El Gráfico 4.1 resume la misma información pero presentada de un modo más sencillo. Se grafica allí la frecuencia relativa acumulada del índice z de la población estudiada, comparando nuevamente con la distribución normal (se trata de las columnas cuarta y sexta del Cuadro 4.4). Obviamente, los porcentajes se van acumulando desde 0, en el extremo izquierdo, hasta llegar a 100 en el derecho. Dado que la normal es simétrica con respecto a la media cero, obsérvese que al asumir z el valor 0, la gráfica de la población de referencia alcanza un valor de 50 (un 50% de los individuos tiene valores del índice z por debajo de la media -y mediana- poblacional). El Gráfico 4.1 muestra que la frecuencia acumulada de la distribución de z en la ciudad de Salta aproxima notablemente a la normal. Por debajo del valor de la media menos dos desvíos se halla el 2,5% (2,3% en la normal); por debajo de la media menos un desvío el 17,2% (15,9% en la normal) y por debajo de la media el 45,2% de los niños.

Al analizar este indicador por condición de satisfacción de necesidades básicas, los 27.349 niños que residen en hogares no carenciados registran solamente 12,9% de casos con puntuaciones de z inferiores a la

Cuadro 4.5 Frecuencias relativa y acumulada de niños de 0 a 5 años según intervalos de puntaje Z para peso/edad según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar, en la ciudad de Salta y en la población de referencia

Intervalo puntaje Z	Población de Salta				Población de referencia	
	Hogares sin NBI		Hogares con NBI			
	Frecuencia					
	Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada
Total	100,0		100,0		100,0	
-4,49 a -4,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
-3,99 a -3,5	0,0	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0
-3,49 a -3,0	0,0	0,5	0,5	1,0	0,1	0,1
-2,99 a -2,5	1,0	1,5	0,0	1,0	0,5	0,6
-2,49 a -2,0	1,0	2,4	1,5	2,5	1,7	2,3
-1,99 a -1,5	3,6	6,1	8,6	11,1	4,4	6,7
-1,49 a -1,0	6,8	12,9	15,2	26,3	9,2	15,9
-0,99 a -0,5	11,1	23,9	17,2	43,5	15,0	30,9
-0,49 a 0,0	14,5	38,5	15,7	59,3	19,1	50,0
0,01 a 0,5	25,3	63,8	15,8	75,1	19,1	69,1
0,51 a 1,0	14,7	78,4	10,2	85,2	15,0	84,1
1,01 a 1,5	9,6	88,1	7,2	92,4	9,2	93,3
1,51 a 2,0	6,8	94,8	3,0	95,4	4,4	97,7
2,01 a 2,5	2,6	97,5	3,5	99,0	1,7	99,4
2,51 a 3,0	0,7	98,2	0,5	99,5	0,5	99,9
3,01 a 3,5	0,7	98,9	0,0	99,5	0,1	100,0
3,51 a 6,0	1,1	100,0	0,5	100,0	0,0	100,0

Gráfico 4.1 Distribución porcentual acumulada de niños de 0 a 5 años según puntuación Z para peso/edad



media menos un desvío estándar (contra 15,9% de la normal). Y el 61,5% de los niños de este subgrupo está por encima de la mediana de referencia.

La situación no es similar para los 12.944 menores de 6 años que viven en hogares NBI: a más de la cuarta parte de ellos les corresponde una puntuación z inferior a -1. Y no es la mitad, sino el 59,3% de ellos que tienen un peso menor que la media patrón para su edad.

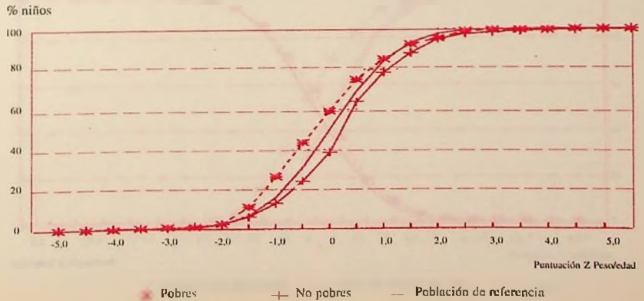
El Gráfico 4.2 resume esta dicotomía: la curva de la frecuencia acumulada de los niños que habitan en hogares NBI tiene una traza hacia la izquierda y por encima de la frecuencia normal, indicando un retraso de su peso en relación a la edad; los 27.349 niños no pobres tienen una distribución de frecuencia desplazada hacia la derecha de la normal, evidenciando inclusive alguna tendencia al sobrepeso.

Para poder recurrir a los otros indicadores antropométricos, los de peso-talla y talla-edad, el análisis debe limitarse a los 25.825 niños de 2 a 5 años cumplidos. Una vez más se considerará al grupo completo, sin hacer distingos según la situación socioeconómica del hogar.

Cuadro 4.6 Frecuencias simple, relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para talla/edad en la ciudad de Salta y en la población de referencia

Intervalo puntaje Z	Cantidad menores	Población de Salta		Población de referencia	
		Frecuencia			
		Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada
Total	**25.825**	**100,0**		**100,0**	
-4,49 a -4,0	131	0,5	0,5	0,0	0,0
-3,99 a -3,5	0	0,0	0,5	0,0	0,0
-3,49 a -3,0	66	0,3	0,8	0,1	0,1
-2,99 a -2,5	130	0,5	1,3	0,5	0,6
-2,49 a -2,0	594	2,3	3,6	1,7	2,3
-1,99 a -1,5	1.475	5,7	9,3	4,4	6,7
-1,49 a -1,0	2.433	9,4	18,7	9,2	15,9
-0,99 a -0,5	4.676	18,1	36,8	15,0	30,9
-0,49 a 0,0	5.231	20,3	57,1	19,1	50,0
0,01 a 0,5	3.880	15,0	72,1	19,1	69,1
0,51 a 1,0	3.471	13,4	85,5	15,0	84,1
1,01 a 1,5	1.922	7,4	93,0	9,2	93,3
1,51 a 2,0	1.090	4,2	97,2	4,4	97,7
2,01 a 2,5	462	1,8	99,0	1,7	99,4
2,51 a 3,0	264	1,0	100,0	0,5	99,9
3,01 a 3,5	0	0,0	100,0	0,1	100,0

Gráfico 4.2 Distribución porcentual acumulada de niños de 0 a 5 años por condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar según puntuación Z para peso/edad



La distribución de frecuencia de la puntuación z para el indicador de talla por edad presenta 3,6% de casos por debajo de menos 2 (contra 2,3% de la normal), 18,7% por debajo de menos 1 (contra 15,9 de la normal) y 57,1% de menores con puntaje negativo (contra el 50% ideal). El Gráfico 4.3 muestra ese leve retraso en el crecimiento de la población infantil de la capital de Salta.

Nuevamente, según la pertenencia a un hogar carenciado o no, la población de 2 a 5 años se divide en dos subgrupos de 17.870 niños no pobres y 7.955 pobres respectivamente. Las tablas de frecuencia del puntaje z de los dos grupos se diferencian nítidamente. Si se adopta un punto de corte en -1 para definir a la población de bajo nivel antropométrico, se obtiene 12,7% de los casos en el grupo de no pobres (una vez más, recuérdese que a la normal le corresponde 15,9%) y 32,2% de los casos entre los niños provenientes de hogares carenciados. Por abajo de la estatura media del patrón nacional se ubican 50,5 de cada 100 niños de hogares no NBI, pero 71,7 de cada 100 de los del grupo NBI.

Cuadro 4.7 Frecuencias relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para talla/edad por condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar, en la ciudad de Salta y en la población de referencia

Intervalo puntaje Z	Población de Salta				Población de referencia	
	Hogares sin NBI		Hogares con NBI			
	Frecuencia					
	Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada
Total	**100,0**		**100,0**		**100,0**	
-4,49 a -4,0	0,4	0,4	0,8	0,8	0,0	0,0
-3,99 a -3,5	0,0	0,4	0,0	0,8	0,0	0,0
-3,49 a -3,0	0,4	0,7	0,0	0,8	0,1	0,1
-2,99 a -2,5	0,0	0,7	1,6	2,5	0,5	0,6
-2,49 a -2,0	2,2	3,0	2,5	4,9	1,7	2,3
-1,99 a -1,5	3,5	6,4	10,7	15,7	4,4	6,7
-1,49 a -1,0	6,3	12,7	16,5	32,2	9,2	15,9
-0,99 a -0,5	16,3	29,0	22,2	54,4	15,0	30,9
-0,49 a 0,0	21,6	50,5	17,3	71,7	19,1	50,0
0,01 a 0,5	16,9	67,5	10,7	82,4	19,1	69,1
0,51 a 1,0	15,0	82,4	10,0	92,4	15,0	84,1
1,01 a 1,5	8,9	91,3	4,3	96,7	9,2	93,3
1,51 a 2,0	4,6	95,9	3,3	100,0	4,4	97,7
2,01 a 2,5	2,6	98,5	0,0	100,0	1,7	99,4
2,51 a 3,0	1,5	100,0	0,0	100,0	0,5	99,9
3,01 a 3,5	0,0	100,0	0,0	100,0	0,1	100,0

Gráfico 4.3 Distribución porcentual acumulada de niños de 2 a 5 años según puntuación Z para talla/edad

En el Gráfico 4.4 de distribuciones porcentuales acumuladas según la condición de NBI puede comprobarse que, en el caso del indicador de talla por edad, la curva de los niños que viven en hogares no carenciados corre muy próxima a la gráfica nacional de referencia. Por el contrario, la de menores de 6 años que viven en hogares NBI está desplazada hacia la izquierda.

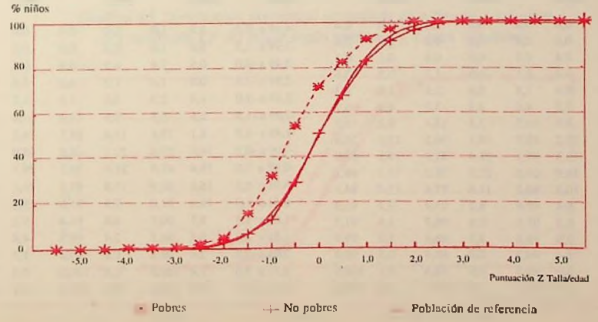
Ya se hizo mención al tercer índice antropométrico, el peso en función de la estatura. En el Cuadro 4.8 se presenta la distribución del puntaje z para la población en general de niños entre 2 y 5 años: 13,2% de los casos está por debajo de la media menos un desvío estándar; solo 47,5% tiene puntaje negativo.

Puede concluirse que la población de este tramo de edad en Salta muestra, para la relación peso-estatura, una distribución prácticamente normal.

Cuadro 4.8 Frecuencias simple, relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para peso/talla en la ciudad de Salta y en la población de referencia

Intervalo puntaje Z	Cantidad menores	Población de Salta		Población de referencia	
		Frecuencia			
		Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada
Total	25.825	100,0		100,0	
-5,99 a -3,5	132	0,5	0,5	0,0	0,0
-3,49 a -3,0	66	0,3	0,8	0,1	0,1
-2,99 a -2,5	132	0,5	1,3	0,5	0,6
-2,49 a -2,0	131	0,5	1,8	1,7	2,3
-1,99 a -1,5	763	3,0	4,8	4,4	6,7
-1,49 a -1,0	2.174	8,4	13,2	9,2	15,9
-0,99 a -0,5	3.628	14,0	27,2	15,0	30,9
-0,49 a 0,0	5.237	20,3	47,5	19,1	50,0
0,01 a 0,5	5.218	20,2	67,7	19,1	69,1
0,51 a 1,0	3.833	14,8	82,5	15,0	84,1
1,01 a 1,5	2.331	9,0	91,5	9,2	93,3
1,51 a 2,0	1.184	4,6	96,1	4,4	97,7
2,01 a 2,5	659	2,6	98,7	1,7	99,4
2,51 a 3,0	75	0,3	99,0	0,5	99,9
3,01 a 3,5	0	0,0	99,0	0,1	100,0
3,51 a 6,0	262	1,0	100,0	0,0	100,0

Gráfico 4.4 Distribución porcentual acumulada de niños de 2 a 5 años por condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar según puntuación Z para talla/edad



Cabría preguntarse si, como en casos precedentes, este indicador antropométrico se ve afectado por la insatisfacción de necesidades básicas del hogar. El Cuadro 4.9 abona la idea de que en el subgrupo de carenciados no existe una gran diferencia: por debajo del puntaje menos uno se ubica el 12,4% de los niños NBI (y llamativamente, el 13,5% de los no NBI). Por debajo de la mediana de referencia, se tiene el 45,1% de los niños no carenciados y el 52,9% de los que integran hogares NBI.

Por último, se introduce el otro criterio de medición de la pobreza, según el ingreso del hogar. Al tomar en consideración la edad de 2 a 5 años, se ubican 13.722 menores de 6 años en el grupo de no pobres y 10.975 en el grupo de ingresos insuficientes (además de 1.128 casos que pertenecen a hogares con ingreso desconocido y no se tuvieron en cuenta en el análisis).

Cuadro 4.9 Frecuencias relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para peso/talla, por condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en la ciudad de Salta y en la población de referencia

Intervalo puntaje Z	Población de Salta				Población de referencia	
	Hogares sin NBI		Hogares con NBI			
	Frecuencia					
	Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada
Total	100,0		100,0		100,0	
-5,99 a -4,0	0,4	0,4	0,8	0,8	0,0	0,0
-3,99 a -3,5	0,0	0,4	0,0	0,8	0,0	0,0
-3,49 a -3,0	0,4	0,7	0,0	0,8	0,1	0,1
-2,99 a -2,5	0,4	1,1	0,8	1,7	0,5	0,6
-2,49 a -2,0	0,4	1,5	0,8	2,5	1,7	2,3
-1,99 a -1,5	3,2	4,6	2,5	5,0	4,4	6,7
-1,49 a -1,0	8,9	13,5	7,4	12,4	9,2	15,9
-0,99 a -0,5	12,2	25,7	18,1	30,5	15,0	30,9
-0,49 a 0,0	19,3	45,1	22,4	52,9	19,1	50,0
0,01 a 0,5	18,9	64,0	23,1	76,0	19,1	69,1
0,51 a 1,0	16,3	80,3	11,6	87,6	15,0	84,1
1,01 a 1,5	9,4	89,6	8,2	95,9	9,2	93,3
1,51 a 2,0	6,3	95,9	0,8	96,7	4,4	97,7
2,01 a 2,5	2,9	98,8	1,7	98,4	1,7	99,4
2,51 a 3,0	0,4	99,3	0,0	98,4	0,5	99,9
3,01 a 3,5	0,0	99,3	0,0	98,4	0,1	100,0
3,51 a 6,0	0,7	100,0	1,6	100,0	0,0	100,0

Cuadro 4.10 Frecuencias relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para talla/edad, por nivel de ingreso del hogar en la ciudad de Salta y en la población de referencia

Intervalo puntaje Z	Población de Salta				Población de referencia	
	Hogares sobre LP		Hogares bajo LP			
	Frecuencia					
	Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada
Total	100,0		100,0		100,0	
-4,49 a -4,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
-3,99 a -3,5	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
-3,49 a -3,0	0,5	1,4	0,0	0,0	0,1	0,1
-2,99 a -2,5	0,0	1,4	1,2	1,2	0,5	0,6
-2,49 a -2,0	1,4	2,9	3,6	4,8	1,7	2,3
-1,99 a -1,5	2,6	5,5	9,6	14,4	4,4	6,7
-1,49 a -1,0	8,1	13,6	11,4	25,7	9,2	15,9
-0,99 a -0,5	14,0	27,6	22,7	48,5	15,0	30,9
-0,49 a 0,0	19,4	47,0	21,6	70,1	19,1	50,0
0,01 a 0,5	15,8	62,9	13,8	83,8	19,1	69,1
0,51 a 1,0	18,1	81,0	7,8	91,6	15,0	84,1
1,01 a 1,5	9,7	90,7	4,8	96,4	9,2	93,3
1,51 a 2,0	5,5	96,2	2,4	98,8	4,4	97,7
2,01 a 2,5	2,4	98,6	0,6	99,4	1,7	99,4
2,51 a 3,0	1,4	100,0	0,6	100,0	0,5	99,9
3,01 a 3,5	0,0	100,0	0,0	100,0	0,1	100,0

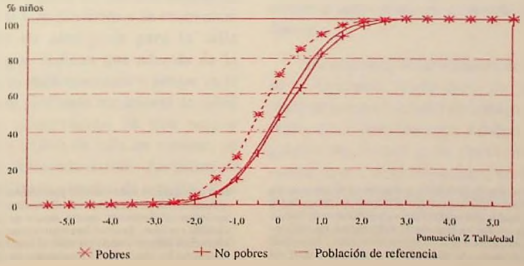
Tal como ocurría con el criterio NBI, nuevamente la distribución del puntaje **z** para la relación talla-edad varía en forma clara entre una y otra población (Cuadro 4.10 y Gráfico 4.5). Por debajo de 2 desvíos, se tiene a 2,9% de niños de hogares con ingreso adecuado pero 4,8% de los niños provenientes de hogares pobres; a más de un desvío, 13,6% contra 25,7%; por debajo del valor nulo del puntaje **z**, 47,0% contra 70,1%.

Recurriendo en cambio al indicador peso por altura no se observa que la diferencia de nivel de ingreso provoque un efecto relevante en las distribuciones (Cuadro 4.11). Curiosamente, y tal como ocurría al aplicar el criterio NBI, la frecuencia acumulada del puntaje **z** hasta -1 es mayor en los niños de hogares con ingreso más alto: 15,2% versus 9,0% . Por debajo de la mediana de referencia están 48,1% de los no pobres y 45,5% de los pobres. De todos modos, las diferencias apuntadas entre los dos subgrupos no son significativas.

Cuadro 4.11 Frecuencias relativa y acumulada de niños de 2 a 5 años según intervalos de puntaje Z para peso/talla, por nivel de ingresos del hogar en la ciudad de Salta y en la población de referencia

Intervalos puntaje Z	Población de Salta				Población de referencia	
	Hogares sobre LP		Hogares bajo LP			
	Frecuencia					
	Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada	Relativa	Acumulada
Total	**100,0**		**100,0**		**100,0**	
-5,99 a -4,0	0,5	0,5	0,6	0,6	0,0	0,0
-3,99 a -3,5	0,0	0,5	0,0	0,6	0,0	0,0
-3,49 a -3,0	0,5	1,0	0,0	0,6	0,1	0,1
-2,99 a -2,5	0,5	1,4	0,6	1,2	0,5	0,6
-2,49 a -2,0	0,5	1,9	0,6	1,8	1,7	2,3
-1,99 a -1,5	4,1	6,0	1,2	3,0	4,4	6,7
-1,49 a -1,0	9,1	15,2	6,0	9,0	9,2	15,9
-0,99 a -0,5	10,2	25,3	19,8	28,8	15,0	30,9
-0,49 a 0,0	22,8	48,1	16,8	45,5	19,1	50,0
0,01 a 0,5	15,9	64,1	26,4	71,9	19,1	69,1
0,51 a 1,0	16,9	81,0	13,1	85,1	15,0	84,1
1,01 a 1,5	9,3	90,3	8,4	93,4	9,2	93,3
1,51 a 2,0	4,8	95,1	4,2	97,6	4,4	97,7
2,01 a 2,5	2,9	98,0	1,8	99,4	1,7	99,4
2,51 a 3,0	0,5	98,6	0,0	99,4	0,5	99,9
3,01 a 3,5	0,0	98,6	0,0	99,4	0,1	100,0
3,51 a 6,0	1,4	100,0	0,6	100,0	0,0	100,0

Gráfico 4.5 Distribución porcentual acumulada de niños de 2 a 5 años por condición LP del hogar según puntuación Z para talla/edad



D. CONCLUSIONES [1]

Los resultados del estudio pueden ser sintetizados tomando en consideración dos puntos de corte: la puntuación z inferior a menos 1 y la puntuación inferior a menos 2 desvíos estándar con respecto a la media de referencia. Teniendo en cuenta el indicador antropométrico de la estatura en función de la edad y los valores del puntaje z inferiores a menos 2 desvíos estándar, se observa una situación de deficiencia en el crecimiento en el 3,6% de los niños de 2 a 5 años (2,3% en la distribución normal). Si se consideran puntajes de z inferiores a menos 1 desvío estándar este porcentaje asciende a 18,7% (contra el 15,9% de la distribución normal). Los valores hallados no difieren mucho de los correspondientes a la distribución normal del estándar nacional de referencia.

Ciertamente, el retraso en el crecimiento es mayor entre los niños que habitan en los hogares NBI. Es significativo que también surjan diferencias en la distribución del mismo puntaje z cuando se opta por definir la pobreza en términos del nivel del ingreso corriente del hogar.

Cuando el indicador empleado es el puntaje z del peso en función de la edad de los niños de 0 a 5 años, al tomar la puntuación z inferior a menos 2 se obtiene el 2,5% (2,3% en la distribución normal) y al considerar menos 1 desvío estándar el valor asciende al 17,2% (15,9% en la distribución normal). En este caso también se observa que una vez más se torna relevante la situación de pobreza.

Es válido entonces concluir que la clasificación según pobreza del hogar (ya sea que se adopte el criterio de NBI o el ingreso del hogar) hace patente la influencia de ciertas condiciones ambientales sobre las posibilidades de crecimiento del niño.

Con respecto al puntaje z de peso-talla se observó que -fijando el punto de corte en menos 1 desvío estándar- la población de menores de 6 años que estaría en situación deficitaria es 13,2%, no existiendo notables diferencias al considerar la condición del hogar.

[1] La información surgida de la EPH, por provenir de una muestra con un diseño probabilístico, constituye una estimación confiable de los valores reales que se obtendrían en el extremo de relevar absolutamente a todos los hogares de Salta capital. En este tipo de muestra se puede calcular el error de la estimación y determinar el intervalo (denominado intervalo de confianza) dentro del cual se encuentra cada variable poblacional. El error muestral -y consecuentemente, el intervalo de confianza de la estimación- aumentan relativamente cuanto menor es la magnitud de la variable a estimar. Se considera conveniente insistir en que esta restricción debiera tenerla presente el lector en el momento de interpretar las conclusiones formuladas en este capítulo.

CAPÍTULO 5

EL CRECIMIENTO FÍSICO COMO INDICADOR DE SALUD Y BIENESTAR SOCIOECONÓMICO DE LA POBLACIÓN

Horacio Lejarraga[1]

Los resultados de la encuesta antropométrica de la EPH brindan un cuadro descriptivo muy útil de la situación nutricional de la población infantil de 0 a 5 años en aglomerados urbanos de la Argentina. Se han detectado prevalencias relativamente altas de bajo peso en niños menores de dos años en el Conurbano Bonaerense asociadas a la condición de familias con NBI; se ha observado un discreto déficit de talla a partir de los dos años en la mayoría de las jurisdicciones y se encuentran prevalencias de alto peso para la talla (sobrepeso) que indican que además de la desnutrición, se debe comenzar a pensar en la obesidad como problema nutricional de salud pública. La observación de una mayor prevalencia de déficit de talla en varones, es una constante observada en todos los países en que se han realizado este tipo de estudios. Los varones están genéticamente en mayor riesgo frente a injurias nutricionales o de salud. Las niñas, debido a su mejor canalización genética, frente a la misma injuria nutricional son más resistentes que los varones a ser desviadas de su canal de crecimiento.

Estos resultados constituyen un buen punto de partida para modular las políticas nutricionales y los programas de evaluación y acción a largo plazo en el sector salud en el futuro.

No obstante, en las vísperas del siglo XXI en la Argentina, puede darse un paso más y plantear nuevas avenidas de trabajo dirigidas a profundizar conocimientos y definir mejor los grupos de riesgo y la problemática del crecimiento y nutrición infantil en el país. Por un lado, el Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales contiene valiosa información social que asociada a la evaluación nutricional, puede enriquecer los conocimientos en ese sentido;

[1] Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

por otro lado, pueden plantearse nuevas formas de recoger información de bajo costo, eficientes y muy informativas sobre el crecimiento del niño como indicador global de nutrición, salud y bienestar socioeconómico.

En el presente capítulo se describen las propuestas que surgen de estos resultados, basadas en las siguientes consideraciones :

a) en el Módulo, se han incluido por primera vez indicadores antropométricos (peso y estatura), que se han analizado solamente buscando las prevalencias de desnutrición. No obstante, esta encuesta contiene muy valiosa información sobre variables sociales, que permiten un análisis (que debe ser necesariamente multifactorial) sobre los factores que se asocian a la desnutrición infantil. El análisis ulterior de la información permitiría definir además la posible *asociación de esos factores con las prevalencias de desnutrición*, y definir instrumentos de *focalización* de los grupos de riesgo;

b) en el estudio antropométrico las prevalencias de desnutrición en niños de 0 a 5 años son relativamente bajas comparadas con las de otros países en Latinoamérica. Esto se articula con el descenso de estas prevalencias observadas en toda la región en las últimas décadas. El Cuadro 5.1 muestra las prevalencias locales encontradas, en relación a las descriptas en otros países de la región (de Onis y otros, 1993).

Cuadro 5.1 Prevalencia de desnutrición en niños menores de 6 años en América Latina y aglomerados de residencia, porcentaje de déficit global, crónico y emaciación

Aglomerados y otros países	Desnutrición global (peso/edad)	Desnutrición crónica (talla/edad)	Emaciación (peso/talla)
Módulo			
Menores de 2 años			
Venezuela	10,2	6,4	1,3
Gran Buenos Aires	3,5	-	-
Río Gallegos	2,4	-	-
Mendoza	0,7	-	-
Neuquén	2,5	-	-
Rosario	0,0	-	-
Mayores de 2 años			
Gran Buenos Aires	2,8	5,7	0,9
Río Gallegos	2,4	4,6	2,2
Mendoza	1,6	5,4	0,0
Neuquén	4,7	7,1	1,4
Rosario	1,7	5,4	0,4
Otros países			
Bolivia (1989)	13,3	38,2	1,6
Brasil (1989)	7,0	15,4	2,0
Chile (1986)	2,5	9,6	0,5
Costa Rica (1982)	6,0	7,8	2,0
Cuba (1987)	-	-	0,7
México (1988)	16,3	27,0	5,5
Paraguay (1990)	3,7	16,6	0,3
Uruguay (1987)	7,4	15,9	-

Fuente: Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales, 1994 y de Onis y otros, 1993

Si bien las cifras del Cuadro 5.1 provienen de estudios cuyos grupos etarios no son exactamente iguales (aunque todos fueron realizados en menores de 6 años) y que fueron llevados a cabo en distintas épocas, pueden hacerse algunas observaciones de interés. En niños menores de dos años, la desnutrición global de los aglomerados argentinos en consideración es baja en relación a otros países de la región, salvo en el

Aglomerado del Gran Buenos Aires, área en que las prevalencias son mayores que en Chile. En mayores de dos años resalta la menor prevalencia del déficit de talla con respecto a la de otros países. Esto es coherente con estudios que muestran la mayor estatura media de la población argentina en relación a otros países de Latinoamérica, lo que refleja un mejor crecimiento físico global de nuestros niños. En lo que respecta a la categoría emaciación, merece notarse la mayor prevalencia de este tipo de desnutrición en los aglomerados de Neuquén, Río Gallegos y Gran Buenos Aires, en relación a Paraguay, Chile, Cuba y Uruguay.

Además de recurrir a estas cifras para detectar los grupos en riesgo, como ocurre con las cifras de prevalencia de emaciación, los porcentajes relativamente bajos de desnutrición crónica plantean la necesidad de recurrir a indicadores más sensibles que reflejen los cambios en salud infantil con mayor fidelidad. El tratamiento de indicadores antropométricos de forma tal que expresen el *crecimiento* de los grupos de población constituye una alternativa válida en ese sentido;

c) las sociedades necesitan instrumentos que expresen lo más ajustadamente posible las situaciones de inequidad o bienestar de sus miembros. Desde la perspectiva del área de la salud se han usado tradicionalmente indicadores que se denominan negativos, en el sentido que expresan fenómenos indeseables, tales como por ejemplo, la mortalidad infantil o la prevalencia de desnutrición en grupos de población. Sin desmerecer su utilidad aún vigente, estos indicadores no expresan la situación de los grupos sociales en su totalidad, sino de la parte más afectada, que habitualmente es una fracción pequeña de la misma. Por cada niño que muere o es clasificado como desnutrido, hay muchos más que no siendo detectados por el indicador, crecen y se desarrollan en forma deficiente. Los indicadores negativos solo muestran la parte visible de un iceberg, debajo del cual hay grupos más numerosos de población que padecen impedimentos para su pleno crecimiento y desarrollo. Es necesario entonces comenzar a usar indicadores que incluyan la situación de salud de toda la población y no solo de los individuos más groseramente afectados por ella. Esta necesidad se hace aún más importante cuando las prevalencias de ciertos problemas de salud tales como la desnutrición, se encuentran en niveles como los detectados por el Módulo, descriptos en estos estudios.

Sobre estas bases, el estudio del *crecimiento* de los grupos de población, como indicador positivo que incluye el peso y la estatura de *todos* los niños de una muestra en su conjunto, constituye también un indicador adecuado para estos fines;

d) el déficit de crecimiento, la baja talla o el bajo peso, no son sinónimos de desnutrición infantil, hay múltiples factores medioambientales que los influencian (Rona y Chinn, 1986). Este crecimiento, cuando se estudia en grupos de población incluyendo a todos los niños estudiados por ejemplo, con

el peso y la estatura promedio a cada edad, no solo expresa la salud física de la misma, sino que es la vía final común de una multiplicidad de variables que pueden sintetizarse en tres grandes factores: la nutrición, la salud, y el bienestar socioeconómico de esos grupos. De esta manera, el *crecimiento* es uno de los indicadores de la situación global de bienestar de los grupos de población;

e) el crecimiento físico no solamente es un indicador como se ha fundamentado hasta ahora, sino que, constituye un verdadero *objetivo* prioritario de los países que quieren construir una sociedad con adultos sanos: promover un crecimiento normal de la población infantil;

f) el interés de la Secretaría de Programación Económica y la participación del INDEC en la evaluación antropométrica realizada, permite una muy valiosa interacción multidisciplinaria con el área de salud, que brindará resultados fructíferos en la mejor comprensión de la problemática de salud y bienestar infantil en nuestro país.

Se proponen aquí dos tipos de programas a llevar a cabo, que están diseñados bajo el concepto general de que *el crecimiento es un espejo de la sociedad:*

- por un lado, se propone el aprovechamiento de la información disponible en la EPH, analizando más en profundidad la información ya recogida por ésta, estudiando la relación entre las variables sociales que contiene y la información antropométrica. Los resultados pueden permitir la preparación de indicadores que permitan *focalizar* grupos de riesgo.

- por otro lado, se plantea el monitoreo a largo plazo del crecimiento en niños al ingreso escolar, con una perspectiva de vigilancia epidemiológica.

Estas propuestas se basan en conocimientos científicos conocidos, agrupados bajo una disciplina relativamente nueva surgida hace pocas décadas, que toma el nombre de Auxología Epidemiológica.

Sobre estas bases, se considera necesario hacer previamente a modo de fundamentación, una descripción de la información científica internacional y nacional disponible, brindar ejemplos locales y de otras comunidades, analizar sus alcances y limitaciones, como preludio de la presentación de propuestas específicas para su aplicación en nuestro país.

Los contenidos del presente capítulo son :

- Auxología Epidemiológica. Se explica su concepto, sus aplicaciones, y las formas de análisis de los datos de crecimiento. Se analizan las variaciones en el crecimiento inducidas socialmente, con ejemplos de la asociación entre variables sociales (región, niveles sociales, tamaño familiar, etcétera) y el crecimiento en grupos de población. Se describen sucintamente los problemas en el análisis de las variables sociales y la necesidad de un enfoque

multifactorial para el estudio de la asociación entre variables sociales y crecimiento y las perspectivas vigentes cuando en un país se estudian minorías étnicas. Se describen también las tendencias seculares en el crecimiento, mostrándose ejemplos locales y extranjeros de los cambios en el tamaño (estatura, peso, etcétera) de grupos de población en el largo plazo, y las implicancias sociales de los gradientes y tendencias . Se comenta el significado biológico y social de las diferencias encontradas y sus implicancias en relación al concepto de una sociedad **sana;**

- fuentes de información sobre crecimiento físico en Argentina. Se analiza la utilidad y las limitaciones de las fuentes actuales insertadas en los sistemas gubernamentales de atención de salud, que pueden brindar alguna información sobre crecimiento físico del niño en nuestro país;

- propuestas en Auxología Epidemiológica. Se presentan dos tipos de propuestas, a la luz de las prioridades nacionales : 1) el análisis ulterior de la información disponible en la Encuesta Permanente de Hogares y 2) un programa de vigilancia epidemiológica del crecimiento, en base a las necesidades del país y los estudios de UNICEF. Se describen las grandes líneas en lo que respecta a la información a recoger, las variables a considerar y el marco institucional en que puede desarrollarse.

A. AUXOLOGÍA EPIDEMIOLÓGICA

CONCEPTO

Auxología es la ciencia del crecimiento físico de los seres vivos; *auxología epidemiológica* (el estudio del crecimiento desde esa perspectiva) es un término acuñado por Tanner (1981), compromete un amplio campo del conocimiento y ha sido luego desarrollado por autores de muy distintas disciplinas: médicos, biólogos, estadísticos, sanitaristas e incluso economistas, tales como Robert Fogel, Premio Nobel de Economía (1985). Se trata de un área donde se encuentran e intersectan la sociología, la biología humana y la medicina y es capaz de proveer a los planificadores, sanitaristas y a cualquier grupo interesado en desarrollo humano, de una cantidad de información que puede aglutinarse bajo el concepto central de que *el crecimiento humano es un espejo de la sociedad.*

En el caso del ser humano, el crecimiento es el proceso de transformación de un óvulo fecundado, que mide alrededor de 0,1 milímetro, en un individuo adulto que puede medir 1,70 m de estatura en el caso del varón y 1,60 m en el de la mujer. Este crecimiento es el resultado de la confluencia del programa genético, del medioambiente y de la interacción entre ambos. Dentro de los factores medioambientales, aquellos que contribuyen más significativamente al crecimiento físico son los que se refieren a la nutrición, a la salud y adicionalmente a una serie de variables sociales y económicas, que comprenden a lo que habitualmente se llama el *estándar de vida* de los individuos, las familias y las sociedades.

La antropometría, usada para evaluar el crecimiento físico, satisface muchas de las

condiciones de bondad requeridas para un indicador. Mediciones tales como el peso, estatura y el pliegue cutáneo (espesor del tejido graso debajo de la piel), son de relativa simplicidad, de bajo costo, no requieren el uso de tecnología compleja, el adiestramiento del personal es relativamente fácil, la aceptabilidad por parte de los niños es razonable, los resultados son confiables y comparables a otros estudios locales o internacionales si se realizan con las mismas técnicas y cuando estos resultados se obtienen en términos de estatura y peso promedio de los grupos de población, son entendibles no solo por el personal de salud sino por cualquier otra área técnica y aún de formulación de políticas. El crecimiento de grupos de población ha sido recomendado por la OMS como uno de los mejores indicadores de salud de una comunidad. (United Nations, 1990; WHO, 1976).

Hay básicamente dos formas de usar la antropometría con una perspectiva de Auxología Epidemiológica:

- midiendo el tamaño promedio alcanzado en un grupo de población determinado, por ejemplo midiendo la estatura media de niños de siete años de edad, en cada sexo;

- valorando los cambios en el tiempo de esas diferencias de tamaño. Por ejemplo, midiendo la estatura media de los niños de siete años de cada sexo, anualmente o en intervalos más espaciados, y evaluando sus cambios a lo largo de los años. Estos cambios en la estatura media de las poblaciones en el largo plazo toman el nombre de tendencia secular del crecimiento.

Dada la variación individual que hay en el tamaño corporal, importa enfatizar que el tamaño de un individuo aislado, nada dice de estas condiciones medioambientales en que vive, ni de su situación de salud. Es la estatura en grupos de población la que expresa esta vía final común de salud, nutrición y bienestar general. Todos los conceptos epidemiológicos vertidos aquí se basan en este postulado fundamental.

VARIACIONES EN EL CRECIMIENTO INDUCIDAS SOCIALMENTE

Las variaciones en el crecimiento asociadas a variables sociales toman el nombre de gradientes sociales. Estos gradientes son diferencias de tamaño promedio (de peso, estatura, etcétera) en una sociedad, entre grupos de población que difieren en algunos aspectos de su situación social o económica. En auxología se usan generalmente variables tales como niveles de educación, ocupación, residencia rural o urbana, número de hijos en la familia, etcétera. Cuando la variable no es binaria, sino que se divide en varios estratos, (por ejemplo, tres o cuatro niveles educacionales), ocurre a veces que a medida que se desciende en el nivel educacional, también se desciende en la estatura media. Se dice entonces que la relación *es monotónica.*

GRADIENTES SOCIALES EN GRUPOS DE POBLACIÓN

Gradientes regionales

Una primera aproximación al estudio del impacto del medioambiente sobre el crecimiento es el estudio de la relación existente entre las regiones de un país y el tamaño de sus habitantes. La región es tal vez una de las variables de estudio más globales, que a su vez comprende una serie compleja de factores medioambientales en juego. La interpretación de la influencia de esta variable debe ser necesariamente multifactorial.

En 1987, a través del Departamento de Epidemiología de la Academia Nacional de Medicina, pudo estudiarse la estatura y el peso de 86.000 jóvenes de 18 años convocados al examen médico, con motivo del Servicio Militar Obligatorio. La información recogida en este examen es previa a la selección del joven y a su reclutamiento, por lo cual la muestra, que representa más del 50 % de toda la población argentina de este sexo y grupo etario, está exenta de los sesgos sociales que pudieran surgir, asociados a la incorporación efectiva (Lejarraga y otros, 1991).

El Cuadro 5.2 muestra la estatura y peso medio de estos jóvenes de 18 años de todo el país, por provincia. Se observan diferencias importantes en el tamaño medio entre distintas jurisdicciones. Las máximas diferencias se encuentran entre Jujuy (165,1 cm) y Capital Federal (172,3 cm). Otras provincias comparten características de menor peso y talla promedio, tales como Corrientes, La Rioja y Tucumán. Las variaciones de los pesos medios son paralelas a las de estatura. Las variancias de peso y estatura difieren poco entre provincias, demostrando una cierta homogeneidad en la dispersión de los valores extremos. En general las provincias del norte argentino son las que presentan valores promedio más bajos, mientras que Capital Federal, Córdoba, Mendoza y Buenos Aires presentan los valores más altos.

Es natural pensar que estas diferencias coexisten con distintos grados de desarrollo socioeconómico de las provincias estudiadas. El noroeste argentino, región de menor desarrollo, presenta entre otras regiones las estaturas más bajas, mientras que áreas de mayor desarrollo, como la Capital y Buenos Aires, cuentan con las estaturas medias más altas.

Cuadro 5.2 Estatura y peso medio de jóvenes de 18 años por provincia, 1987

Jurisdicción	N	Estatura (cm)		Peso (kg)	
		Promedio	DE	Promedio	DE
Capital Federal	5.812	172,3	6,6	66	10,8
Buenos Aires	33.337	170,4	6,7	65	10,8
Catamarca	800	169,0	6,2	61	9,5
Córdoba	4.375	170,7	6,5	65	10,2
Corrientes	3.086	167,6	6,2	61	8,4
Chaco	2.748	169,4	6,3	61	9,2
Chubut	1.058	167,7	7,3	62	9,9
Entre Ríos	3.398	170,1	6,8	63	9,2
Formosa	1.391	169,3	6,0	62	8,1
Jujuy	1.618	165,1	6,3	58	7,8
La Pampa	875	170,7	6,7	64	9,6
La Rioja	718	169,6	6,3	62	9,6
Mendoza	4.603	171,0	6,5	65	10,3
Misiones	3.376	171,7	6,7	61	8,5
Neuquén	1.044	168,3	7,1	63	9,7
Río Negro	1.388	168,5	6,8	63	9,7
Salta	2.854	167,3	6,5	60	9,1
San Juan	1 651	171,9	6,1	63	9,2
San Luis	722	170,0	6,3	63	10,4
Santa Cruz	328	170,2	6,3	65	10,4
Santa Fe	7.152	172,2	7,1	64	10,6
Santiago del Estero	2.797	169,9	6,3	62	9,4
Tucumán	3.666	168,7	6,2	62	9,9
Tierra del Fuego	64	168,2	6,1	66	12,0

Fuente: Lejarraga y otros, 1991

La más baja estatura encontrada (Jujuy), puede atribuirse a la altitud (la menor tensión parcial de oxígeno, podría afectar el crecimiento). Sin embargo hay estudios que demuestran que más que la altitud, son las condiciones socioeconómicas de vida las que afectan el crecimiento en regiones altas (Obert, 1994).

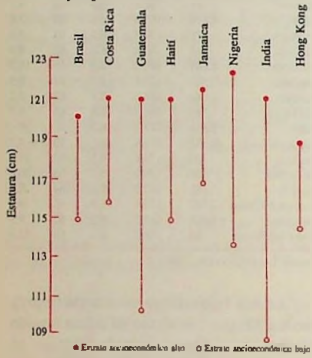
GRADIENTES DE NIVELES SOCIOECONÓMICOS

Los gradientes sociales en el crecimiento no solo se observan en nuestro país, sino que están presentes en la mayoría de los países en donde esto ha sido estudiado.

La Figura 5.1 muestra la estatura media de niños de 7 años de niveles socioeconómicos

altos y de niveles bajos, en distintos países (Martorell, 1992). Se observa una notable y constante diferencia a favor de los niveles sociales altos. En algunos países las diferencias entre niveles sociales son mayores que en otros.

Figura 5.1 Estatura media de niños de siete años de estrato socioeconómico alto y bajo



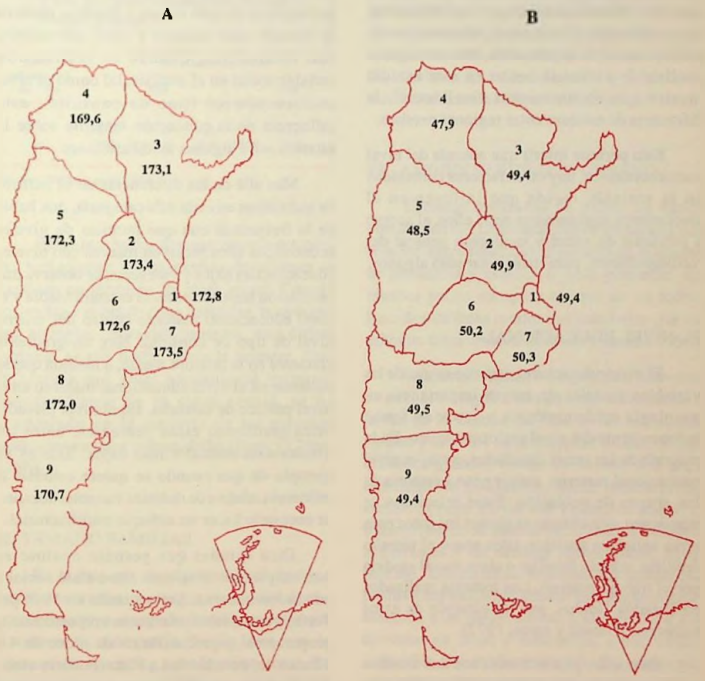
Fuente: Martorell, 1992

Un estudio reciente realizado en nuestro país sobre una muestra de más de 200 niños de 5 años en dos grupos diferentes: los atendidos en hospitales públicos y en ámbitos privados y de obras sociales (incluyendo pre-pagos), indica que entre los primeros la estatura promedio es de 106,9 y entre los segundos 108,0.

A pesar de tratarse de una muestra que excluye los grupos sociales marginados (que no toman contacto con el sistema de salud, dentro de los que seguramente se encuentran muchos grupos NBI), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la estatura de 1,1 cm ($P < 0,05$). Diferencias sociales de este tipo y más marcadas son descriptas en la mayoría de las comunidades estudiadas en el mundo. Hay sin embargo excepciones. En Suecia (Lindgren, 1976) y en Noruega (Brundtland y otros, 1980) se encontró por primera vez en la historia documentada de estos países, una ausencia de diferencias en el crecimiento entre grupos de diferentes niveles sociales. En ambos países, esta obliteración de gradientes sociales, ha ocurrido alrededor de la década de los 50 y 60 en este siglo y es el resultado de una tendencia secular positiva de crecimiento mucho más acentuada en los sectores sociales bajos. Semejantes progresos en la tendencia secular han sido también descriptos en Londres, describiéndose una marcada reducción de los gradientes de estatura en niños escolares de esa ciudad, a expensas de un aumento de la talla relativamente mayor en clases sociales desfavorecidas (Cameron, 1979).

En la Argentina el estudio de 15.516 adolescentes de la escuela secundaria, permitió evaluar la forma en que la clase social, medida por ocupación paterna y las diferentes regiones de residencia, se asocian a la estatura media de cada región (Lejarraga y otros, 1986). La Figura 5.2 (a y b), muestra la estatura y el peso medio de estos adolescentes, por regiones (regiones que se corresponden bastante fielmente con áreas de diferente desarrollo socioeconómico).

Figura 5.2 (A y B): Estatura (A) y peso (B) de 15.214 adolescentes por regiones [1]



Fuente: Lejarraga y otros, 1986

[1] Teniendo en cuenta que los adolescentes estudiados tienen distintas edades, con fines comparativos todos los datos antropométricos han sido transformados a talla y peso de 18 años, varones.

Llama la atención los niveles de estatura del norte argentino en relación a las regiones centrales. Podría asumirse que estas diferencias regionales están directamente relacionadas con el nivel social de la población. Sin embargo, el análisis de variancia hecho en este estudio mostró que en un mismo nivel social, la diferencia de estatura entre regiones persiste.

Esto permite inferir que además del nivel socioeconómico, hay otros factores contenidos en la variable *región* que influyen en el crecimiento, seguramente entre ellos, el acceso a servicios de salud y sanitación general del medioambiente, para mencionar solo algunos.

EL NIVEL EDUCACIONAL

El nivel educacional materno es una de las variables sociales de mayor importancia en auxología epidemiológica y actúa en forma independiente del nivel socioeconómico. En la mayoría de las series estudiadas, a mayor nivel educacional materno, mayor peso y estatura de los grupos de población. Estas relaciones se mantienen, aún cuando se ajustan los datos para otras variables sociales, tales como el tamaño familiar, ingreso familiar o clase social medida por el trabajo paterno. Los trabajos realizados en Estados Unidos, son un ejemplo de estos hallazgos (Hamill y otros, 1972).

En nuestro país se cuenta con dos estudios realizados en grupos de población, en donde se muestra el efecto de la variable educación materna. La información muestra la estatura media de niños de 5 años, agrupados por nivel educacional materno, y por nivel socioeconómico (definido por el organismo pagador de la consulta médica). Se trata de un estudio nacional de más de 3.500 niños de 0 a 5 años, de distintos niveles sociales, en una muestra proporcional a la población de niños por regiones de todo el país y donde se observa la relación entre estatura y nivel educacional casi monotónica. Cuando se analiza otra variable social en el análisis, tal como el nivel socioeconómico (tipo de consulta), esta influencia de la educación materna sobre la estatura sufre algunas modificaciones.

Mas allá de las diferencias en el número de individuos en cada sub-categoría, que habla de la frecuencia con que familias de niveles económicos altos incluyen madres con niveles educacionales bajos y viceversa, se observa una asociación marcada entre la estatura media y el nivel educacional materno dentro del mismo nivel de tipo de consulta. Hay un gradiente creciente en la estatura media, a medida que se asciende en el nivel educacional materno en el nivel público de consulta. En el nivel privado, estos gradientes están presentes, entre los niveles educacionales más bajos. Este es un ejemplo de que cuando se quiere estudiar la influencia relativa de distintas variables sociales, es necesario hacer un enfoque multifactorial.

Otro estudio que permite evaluar en nuestro país las relaciones entre clase social y educación materna, fue realizado en 1976 por Porfiri y otros, sobre una muestra representativa, proporcional y probabilística de niños de 4 a 12 años de la ciudad de La Plata (Porfiri y otros, 1976). Este estudio demuestra que ambas variables tienen influencia independiente sobre el nivel intelectual: a mayor nivel educacional materno, mayor cociente intelectual promedio de los hijos *en un mismo nivel socioeconómico*, medido por el trabajo del padre. La influencia independiente del trabajo paterno sobre el cociente, es también aparente en el Cuadro 5.3.

Cuadro 5.3 Cociente intelectual en niños de 4 a 12 años de la ciudad de La Plata, por nivel educacional materno y trabajo paterno

Nivel educacional materno	Nivel laboral paterno					
	Alto			Bajo		
Alto	(332)	109,9	0,8	(11)	107,4	3,0
Bajo	(432)	101,0	0,8	(177)	95,9	1,1

Fuente: Porfiri y otros, 1976

Estos resultados demuestran que no todas las variaciones en las medias de estatura se explican en términos de clase social. Cuando se analiza a la luz de otras variables, tales como por ejemplo, educación materna, esta última variable es tan fuerte como la primera. Esta influencia del nivel educacional materno, independiente de la clase social, se ha encontrado en la mayoría de los estudios realizados en otras comunidades (Rona y Chinn, 1986).

EL TAMAÑO FAMILIAR

En la mayoría de los estudios dirigidos a estudiar esta relación, surgen evidencias de que cuanto mayor es el tamaño familiar, medido por el número de niños en la familia, menor es la estatura de los niños que la componen. En Londres, Rona y otros (1986) encontraron una diferencia de hasta 3,9 cm a favor de hijos únicos con respecto a niños con 3 hermanos en la familia. Estas diferencias son más evidentes en niveles sociales bajos, pero están también presentes en niveles medios y altos, por lo que se piensa que no solamente están en juego factores vinculados con la nutrición, sino también aquellos asociados a pautas de crianza, a la interacción entre tamaño familiar y nivel socioeconómico, etcétera. También se han descripto estos gradientes en relación con el nivel intelectual, en la misma dirección que los de estatura, vinculados a factores medioambientales (Tanner, 1969).

EL AMBIENTE RURAL Y URBANO

Estudios realizados en países de varios continentes han demostrado la existencia de una relación entre ruralidad, o tamaño de la ciudad de residencia y estatura o peso promedio. En muchos países europeos aunque no en todos, los niños de áreas rurales son más bajos que los niños de áreas urbanas (Eveleth y Tanner, 1990).

La cuestión epidemiológica más relevante es cuál es el significado de estas diferencias a la luz de la calidad de vida de los ambientes rurales y urbanos en la sociedad moderna. Las ciudades grandes tienen en común una gran densidad de población, áreas industriales, comercio, polución del aire y polución auditiva, tránsito pesado de automóviles, centros médicos abundantes y de distinta complejidad, agua potable, alcantarillas, etcétera. La influencia positiva del ambiente urbano está seguramente asociada a un mejor acceso a alimentos, a los servicios de salud y educación, a una mejor sanitación del medioambiente. Sin embargo, esta influencia no es aparente en países como Holanda (van Wieringen, 1965) y Estados Unidos (Hamill y otros, 1972). Por otra parte, los estudios llevados a cabo en países subdesarrollados no muestran esta tendencia o muestran tendencias inversas a las encontradas en Europa. Por ejemplo, en India (Indian Council of Medical Research, 1985) y en

Nigeria (Janes, 1973), la estatura media en niños es ligeramente mayor en áreas rurales que en áreas urbanas. Probablemente, si hay que vivir en la India, sea más saludable hacerlo en una aldea campesina que en Calcuta.

En la Argentina, esta problemática ha sido analizada en el estudio de 15.214 adolescentes de la escuela secundaria de todo el país (Lejarraga y otros, 1986) desde la perspectiva del tamaño de la ciudad de residencia. En nuestro país hay una escasa población rural y en dicho estudio el número de niños en este sector fue tan pequeño que se consideró más adecuado para el análisis usar el tamaño de la ciudad, más que el ambiente rural-urbano (Cuadro 5.4).

Cuadro 5.4 Peso y estatura medios según tamaño de la ciudad de residencia[1]

Tamaño de la ciudad	N	Peso Promedio +/- Error estándar	N	Estatura Promedio +/- Error estándar
Pequeña	6 218	64,9 +/- 0,01	7.019	170,9 +/- 0,07
Grande	6.579	64,0 +/- 0,01	6.988	170,4 +/- 0,07

[1] Peso y talla medios, calculados a partir de puntajes estandarizados, ajustados a los estándares argentinos, varones, 19 años.

Fuente: Lejarraga y otros, 1986

Los resultados muestran menor estatura en adolescentes de ciudades grandes y sugieren una influencia relativamente más favorable en este tipo de ambiente urbano. Tanto en el peso como en la estatura, si bien las diferencias son estadísticamente muy significativas ($P < 0{,}001$), ellas son biológicamente pequeñas (de 900 g y de 4 mm). No obstante, debe tenerse en cuenta que se trata de una muestra socialmente muy homogénea, en la cual todos los factores vinculados al nivel socioeconómico, están prácticamente eliminados en su influencia relativa.

LA RELACIÓN ENTRE VARIABLES AUXOLÓGICAS E INDICADORES SOCIALES Y DE SALUD

Otra forma de evaluar las relaciones existentes entre grado de desarrollo y estatura, puede ser estudiada calculando los coeficientes de correlación entre indicadores so-cioeconómicos y de salud, y las estaturas promedio en cada provincia, obteniéndose las cifras que se ilustran en el Cuadro 5.5, sobre datos publicados en jóvenes de 18 años (Lejarraga y otros, 1987). Para quienes no están familiarizados con coeficientes de correlación, debe decirse que el coeficiente máximo posible es de uno (1,0) y se obtiene cuando la relación entre dos variables es directa, lineal y perfecta. Puede ser también de menos uno (- 1,0) si la relación entre las dos variables estudiadas es absoluta pero inversa (coeficiente máximo posible). Cuando la relación entre dos variables es nula, el coeficiente es cero (0). En biología es muy raro encontrar correlaciones superiores a 0,5. Sin embargo, en el Cuadro 5.5 es notable la intensa correlación existente entre las variables antropométricas y factores tales como la tasa de mortalidad infantil, de mortalidad postneonatal y de niños de 1 a 4 años, y los distintos tipos de indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Estas cifras son una importante expresión de la

estrecha relación existente entre el crecimiento físico de las poblaciones y la salud y bienestar socioeconómico de las mismas.

Cuadro 5.5 Coeficientes de correlación de Pearson (r) del peso y la estatura con indicadores socioeconómicos y de salud

Indicadores de salud y socioeconómicos	Con peso	Con estatura promedio de cada provincia
Indicadores de salud		
PPAM	+ 0,603	+ 0,194
EV	+ 0,367	+ 0,446
TMG	+ 0,283	+ 0,529
TMI	- 0,748	- 0,381
TMN	- 0,367	- 0,065
TMP	- 0,866	- 0,519
TM 1-4	- 0,613	- 0,604
MP < 5	- 0,498	- 0,605
Indicadores socioeconómicos		
PRPC	+ 0,105	+ 0,420
NBI f	- 0,852	- 0,620
NBI e	- 0,831	- 0,509
NBI j	- 0,827	- 0,608

Referencias: PPAM: proporción de partos con atención médica, EV: esperanza de vida varones de 18 años; TMG: tasa de mortalidad general; TMI: tasa de mortalidad infantil; TMN: tasa de mortalidad neonatal; TMP: tasa de mortalidad postneonatal; TM 1-4: tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años; MP: tasa de mortalidad proporcional de niños menores de 5 años; PRPC: porcentaje de escolares repetidores del ciclo primario; NBI f: porcentaje de familias con NBI; NBI e: porcentaje de escolares con NBI; NBI j: porcentaje de jóvenes con NBI.

Fuente: Lejarraga y otros, 1987

PROBLEMAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE VARIABLES SOCIALES

La mayoría de los estudios sobre la influencia de los gradientes sociales en el crecimiento consisten en evaluar las formas en que, en una población dada, los indicadores de crecimiento se relacionan con alguna característica del medioambiente social. Uno de los problemas que deben resolverse en este tipo de investigaciones es que las variables sociales están todas muy intercorrelacionadas entre sí y una aparente y fuerte relación entre, por ejemplo ambiente rural - urbano, puede hacerse más débil cuando se ajusta la estatura para la clase social. Sobre estas bases, es necesario recurrir a enfoques multifactoriales, con técnicas estadísticas multivariadas, que permitan evaluar el efecto neto, la influencia relativa de cada una de las variables en estudio.

En sociedades étnicamente heterogéneas, los grupos de diferente origen étnico pueden no distribuirse en forma homogénea entre los diferentes estratos sociales de la población. Como resultado, la composición étnica de estratos sociales altos y bajos puede no ser idéntica. En este caso, puede plantearse la duda sobre si las diferencias encontradas entre dos etnias diferentes son debidas a factores genéticos o a la influencia del nivel socioeconómico entre ellas. La pregunta inversa también es pertinente es decir, podría plantearse que las diferencias encontradas entre dos sectores sociales se deben a que en un sector predominan determinadas etnias genéticamente más bajas o más altas. El análisis más profundo de estas interacciones está fuera

del campo de este análisis, pero puede afirmarse que en general, las diferencias importantes de estatura media de grupos de población, son atribuibles a factores medioambientales y no a factores genéticos. A comienzos del presente siglo, la población japonesa era considerada *genéticamente baja*, sin embargo, luego del marcado desarrollo industrial de postguerra y su consiguiente mejoría del estándar de vida, esa estatura media aumentó a un ritmo de 2,6 cm por década (la más grande tendencia secular en el mundo), con la misma composición genética de la población (Marsumoto, 1982). Hay muchos ejemplos en la literatura de este fenómeno. Los estudios de Rona (1981) en el Reino Unido, prueban asimismo, que las variaciones en el crecimiento medidas en términos de *factores genéticos* es pequeña, comparada con las variaciones medidas en términos de *factores medioambientales*.

Es indudable que debe haber diferencias genéticas determinantes en el tamaño medio de las poblaciones humanas, pero es también cierto que cuando estas diferencias son muy grandes, es más probable que sean debidas al impacto de factores medioambientales desfavorables, sobre todo cuando los grupos considerados genéticamente pequeños viven en condiciones especialmente desfavorables como ocurre por ejemplo con los indígenas de nuestro país.

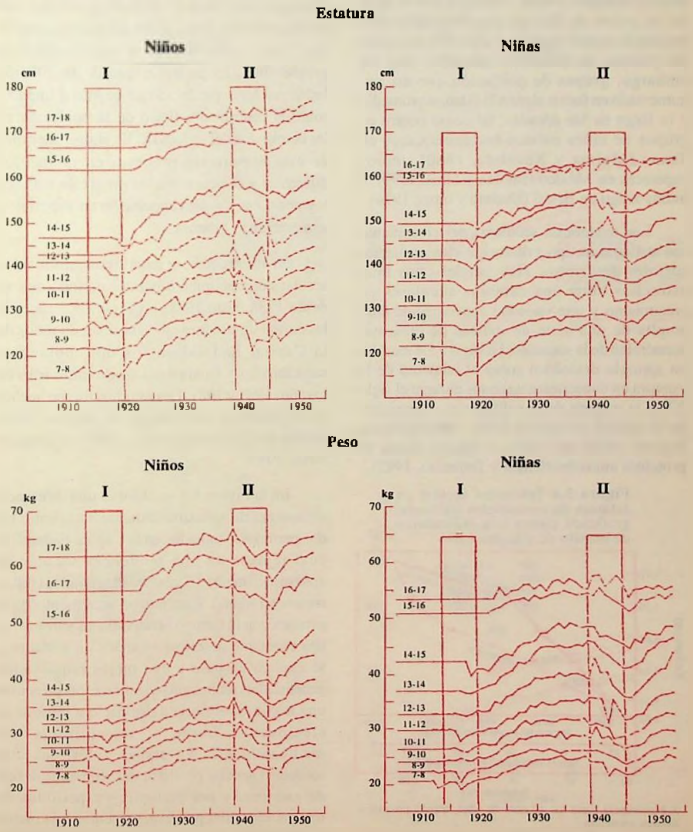
Este problema no es ajeno a la auxología epidemiológica en nuestro país, dado que hay diferencias importantes en estatura entre provincias argentinas. En datos mostrados más arriba (Cuadro 5.2), la estatura media de jóvenes de 18 años de Jujuy (que cuenta con una proporción de población indígena relativamente mayor que en otras provincias) es notablemente menor que la del resto del país. A la luz de la literatura internacional resulta prudente atribuir las diferencias en talla, a la también marcada diferencia en el grado de desarrollo socioeconómico de esas regiones.

TENDENCIA SECULAR EN EL CRECIMIENTO Y MADURACIÓN

Se denomina tendencias seculares del crecimiento a los cambios de tamaño en los grupos de población, a lo largo de los años o de las décadas. Estas tendencias pueden ser positivas, es decir aumento progresivo de la estatura media de la población, ausentes (ausencia de cambios significativos), o eventualmente negativas, es decir descenso progresivo del tamaño promedio en el largo plazo.

En la literatura se encuentran numerosos ejemplos de tendencias seculares positivas en el crecimiento. Por ejemplo en Alemania, durante el siglo XX, se ha observado una tendencia secular positiva constante desde 1910 hasta 1960, con dos períodos en que esta tendencia se hace negativa, coincidente con las dos guerras mundiales, tal como se observa en la Figura 5.3, que muestra la estatura media de niños de distintas edades a lo largo del período mencionado (Tanner, 1969).

Figura 5.3 Estatura y peso medios de niños de distintas edades en Alemania, desde 1910 hasta 1960



Fuente: Tanner, 1969

Nuestro país (Lejarraga y otros, 1986), Brasil (Monteiro y otros, 1994) y la mayor parte de los países de Europa experimentaron esta tendencia secular durante el siglo XX, a lo largo del proceso de desarrollo industrial. Hay sin embargo, grupos de población que no han aumentado en forma alguna la estatura promedio a lo largo de las décadas, tal como ocurre en grupos de niños méxico-norteamericanos en Texas (Malina y Xavaleta, 1980), indios zapotecas en México (Malina y otros, 1990), e indios xingu en Brasil (Eveleth y otros, 1974).

Las tendencias seculares del crecimiento son análogas en tipo y dirección a los gradientes sociales descriptos. Hay paralelismos muy estrechos entre los cambios seculares en crecimiento y una variedad concomitante muy amplia de una serie de índices de bienestar económico de la sociedad. La Figura 5.4 muestra un ejemplo dramático sobre el aumento de la estatura en conscriptos italianos durante el siglo XX y la mejoría de tres diferentes expresiones de la calidad de vida en Italia : sobrevivencia, ingreso anual per capita e ingesta diaria de proteínas animales (Ulizzi y Terrenato, 1982).

Figura 5.4 Tendencia secular en estatura de conscriptos italianos, graficada contra tres indicadores de estándar de vida para Italia[1]

[1] Sobrevivencia hasta los 19 años de edad, ingesta proteica e ingreso promedio

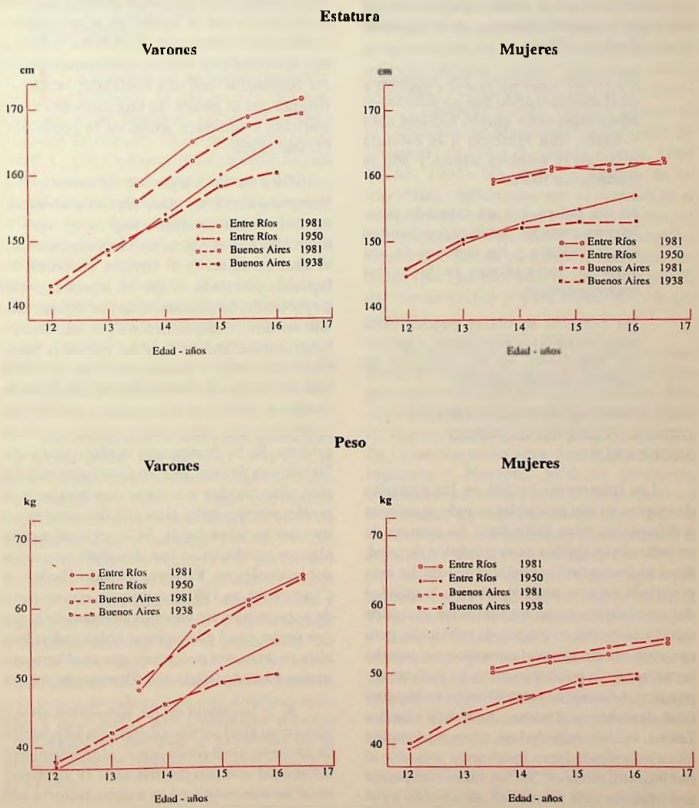
Fuente: Ulizzi y Terrenato, 1982.

La mayoría de los países europeos ha mostrado una fuerte tendencia secular del crecimiento a lo largo de las décadas, a medida que sus indicadores socioeconómicos progresaban. Es probable que la Revolución Industrial haya producido un negativo impacto sobre el crecimiento físico de la población en los comienzos del siglo XIX. En etapas ulteriores de este importante proceso, en momentos diferentes y de acuerdo a los progresos sociales logrados, estos países mostraron un progresivo aumento en la estatura.

En nuestro país, se cuenta con información secular del crecimiento para el período que va desde 1938 hasta 1981. La Figura 5.5 muestra las curvas de estatura en cada sexo, en niños de la Capital Federal en los dos momentos mencionados y en la provincia de Entre Ríos en los años 1951 y 1981. Los estudios fueron hechos en estudiantes secundarios en las dos áreas estudiadas (Lejarraga y otros, 1986; Lejarraga y otros, 1989).

En la Figura 5.5 se observa una diferencia de estatura de aproximadamente 8 cm entre los dos períodos estudiados en la Capital Federal, lo cual representa una tendencia secular de aproximadamente 1,7 cm/década en niños (y algo menos en niñas). Este mayor incremento de la estatura con el tiempo observada en varones, es una constante descripta en todos los estudios y se explica en base a una mejor canalización genética del crecimiento en niñas. Ellas presentan una mayor resistencia a desviar o a retrasar su crecimiento frente a las injurias del medioambiente. En etapas anteriores a la tendencia secular positiva, tienen menos déficit de estatura, y por lo tanto, en períodos de tendencia secular positiva, presentan una menor recuperación.

Figura 5.5 Tendencia secular del peso y la estatura en Capital Federal y en la provincia de Entre Ríos



Fuente: Lejarraga y otros, 1986

De todo lo expuesto, las principales características de la tendencia secular del crecimiento pueden resumirse de la siguiente forma (Bielicki, 1986):

- los cambios seculares son paralelos y en el mismo sentido que las diferencias observadas entre grupos sociales altos y bajos, con relación a la estatura infantil, la estatura adulta y aún la maduración física;
- en los países hay un marcado paralelismo entre los cambios seculares en el crecimiento y los cambios de una serie de indicadores de bienestar socioeconómico;
- los cambios seculares pueden estar ausentes en las comunidades, o incluso ser negativos, en los períodos de deterioro socioeconómico.

IMPLICANCIAS SOCIALES DE LOS GRADIENTES Y TENDENCIAS SECULARES

Las inferencias hechas en los ejemplos descriptos no son aplicables cuando se refieren a diferencias entre individuos. La estatura de un individuo nada dice de su condición de salud, nivel socioeconómico y calidad de vida. La tesis postulada en este análisis, plantea la utilidad del crecimiento como un indicador global de salud y bienestar en grupos de población, pero una cosa es considerar el aumento en el tamaño (estatura) de la población como un indicador y otra muy diferente es tomarla como un objetivo final, deseable en sí mismo. Aquí debe citarse a Tanner, cuando refiriéndose a una maduración física más rápida (pero igualmente aplicable al crecimiento) remarca: "no hay razón para pensar que madurar más rápido sea algo bueno en sí mismo... es solo debido a que el aumento en la rapidez del crecimiento ha transcurrido de la mano con la mejoría de la calidad de vida (al menos desde la perspectiva de nuestra sociedad de consumo), que la rapidez en el crecimiento se asocia al avance social. En forma alternativa, una velocidad más lenta de crecimiento podría ser compatible con una evolución saludable, siempre que se garanticen una adecuada salud, nutrición y urdimbre social de la población" (Tanner, 1966).

Otro de los problemas de interés en la interpretación de los gradientes de crecimiento en auxología epidemiológica es que la movilidad social parece no ser completamente al azar en relación al tamaño corporal. La hipótesis planteada es que en algunos grupos de población, las personas altas por alguna razón aún no dilucidada, tienen mayor tendencia a progresar socialmente que las personas bajas. Thomson (1959) y Tanner (1966) demostraron que los trabajadores manuales de alta estatura tendían a cambiar de trabajo hacia niveles más calificados que trabajadores manuales de baja estatura. Se ha demostrado también que entre las mujeres de cualquier nivel ocupacional, las más altas tienden a casarse con hombres de niveles ocupacionales altos más frecuentemente que las mujeres bajas. Más recientemente, algunos resultados se han descripto en grupos poblacionales en Varsovia, cuando Bielicki y Charzewski, en 1981 encontraron que en pares de hermanos, entre aquellos miembros del par con mejor nivel educacional había individuos altos en un mayor porcentaje que en el hermano menos educado (Bielicki y Charzewski, 1983).

Si la tendencia de los individuos altos a mejorar su nivel social es debida a la adquisición de un mejor nivel educacional, al apareamiento diferencial con parejas más altas (y de mayor nivel socioeconómico), o a otros factores aún no identificados, es una disyuntiva que requiere mayor investigación.

B. FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO EN LA ARGENTINA

En la Argentina no hay una tradición histórica de utilización del crecimiento como indicador en los organismos oficiales encargados de llevar estadísticas de salud. La poca información disponible ha sido gracias a esfuerzos realizados en ámbitos científicos, el fruto de cuyo trabajo no ha estado articulado con aquellos organismos. Se dispone, por ejemplo, del peso y la estatura de toda la población de jóvenes de 18 ó 20 años desde hace más de 80 años (Servicio Militar Obligatorio), pero salvo esfuerzos recientes y puntuales esa información nacional que podría haber brindado una visión retrospectiva y dinámica del crecimiento humano en la Argentina extremadamente útil, nunca ha sido evaluada.

Existen algunas otras fuentes potenciales de información; una de ellas es la que se refiere al peso de nacimiento, como expresión del crecimiento fetal. Se están publicando regularmente estadísticas sobre el peso de nacimiento a nivel nacional (MSAS, 1992a), con información recogida a partir del certificado de nacido vivo. La calidad de estos registros se está mejorando sensiblemente y a partir de 1992 se comenzó en forma regular a registrar también la edad gestacional. Se cuenta con información sobre aproximadamente 685.000 nacimientos anuales, y el índice de subregistro está disminuyendo año a año. Estos datos permiten diseñar estrategias de abordaje al problema de la prematurez y del retardo del crecimiento fetal en el país.

Otra fuente potencial de información es la que puede surgir de los registros producidos en los centros ambulatorios de atención primaria, para niños de 0 a 5 años. En nuestro país se han hecho esfuerzos para definir formas elementales de supervisión del crecimiento del niño, desde una perspectiva clínica (Lejarraga, 1988; Lejarraga y Armellini, 1993; Lejarraga y Orfila, 1987; Cusminsky y otros, 1986), y a través de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud (Lejarraga y otros, 1988; MSAS, 1994). No obstante, además de las importantes deficiencias que se detectan en su cumplimiento en muchas provincias, ellas han sido preparadas básicamente para la atención a nivel local. Sirven para definir individuos en riesgo (por ejemplo, seleccionar niños para la dación de leche) y para tomar decisiones clínicas.

Es poco probable que de ese programa pueda extraerse información epidemiológica sobre crecimiento del niño a nivel nacional. Solo con un drástico refuerzo del programa, y con un sistema especial de agregación progresiva de la información (por áreas, provincias, regiones y Nación), podrían obtenerse indicadores nacionales en este tramo etario tan importante. La importancia de supervisar el crecimiento de los lactantes y pre-escolares, la capacidad, eficacia y efectividad de este método para detectar niños enfermos o de riesgo o por el contrario, para reafirmar la salud de los niños y el ahorro que se hace en estudios de laboratorio y otras prácticas, no es suficientemente comprendido por los niveles de decisión en salud, tanto en el sector privado como público. Esta supervisión debería incorporarse en ambos sectores con el mismo énfasis que se pone en los programas de inmunización.

Es evidente que se requiere un programa especialmente diseñado para evaluar el crecimiento infantil a nivel nacional. En esta dirección, hay dos trabajos recientes que serán

comentados más adelante: el Censo de talla propuesto por UNICEF y la encuesta nutricional en el marco de la Encuesta Permanente de Hogares, descripta en capítulos previos de esta publicación. Ambos estudios, analizan la información antropométrica desde una perspectiva diferente a la planteada aquí y serán discutidos más adelante.

C. PROPUESTAS EN AUXOLOGÍA EPIDEMIOLÓGICA EN LA ARGENTINA

Las presentes propuestas no invalidan que se continúen recorriendo todos los caminos pertinentes dirigidos a evaluar la desnutrición infantil con los métodos que se han estado usando hasta el presente. En las áreas en que la desnutrición es más prevalente, las prioridades deben estar dirigidas a la evaluación de la prevalencia de desnutrición, a la detección y definición de individuos y grupos de riesgo, y a la adopción de medidas preventivas y de tratamiento. Estas acciones tendrán mayor énfasis en áreas rurales, en el Conurbano Bonaerense y tal vez en otras áreas.

Las propuestas planteadas aquí representan un esfuerzo adicional a todas esas alternativas, pero que implicaría un progreso cualitativo en el área de la información de salud pública materno-infantil.

LA ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES (EPH): INFORMACIÓN QUE PUEDE BRINDAR

La EPH es una encuesta que funciona en el país desde hace muchos años, que fue diseñada especialmente para la recolección de información de tipo social, tal como la tasa de desocupación. Su utilización para investigaciones epidemiológicas vinculadas a la nutrición y el crecimiento, tiene las siguientes limitaciones :

- incluye solamente grandes aglomerados urbanos. Tal como ocurre en otros países, si la desnutrición es más prevalente en áreas rurales, y los niños de estas áreas son más bajos que los de áreas urbanas (o eventualmente más altos), la encuesta estaría excluyendo grupos diferenciales de individuos en quienes la prevalencia de desnutrición y de los efectos de la ruralidad es más grande;

- el tamaño global de la muestra que usa la EPH en los distintos aglomerados urbanos, está basado en prevalencias estimadas que resultan adecuadas para el estudio de ciertos índices de carácter social, pero no necesariamente para estudios de problemas biológicos. Los errores de muestreo previstos como aceptables son establecidos en menos del 10%. Sin embargo, cuando se trata de evaluar prevalencias de desnutrición, y teniendo en cuenta las encontradas y descriptas en otros capítulos de este estudio, el error de estimación de las prevalencias en aglomerados urbanos puede ser muy alto y hacer imposible la detección de focos con alta prevalencia en niveles de desagregación más pequeños;

- en la EPH, la unidad de muestreo es la vivienda, no los niños. En el caso de una encuesta destinada a estimar prevalencias de desnutrición y a focalizar grupos de riesgo con un cierto nivel de desagregación, sería necesario un diseño muestral dirigido a este fin,

con algunas características diferentes a las que tiene la EPH;

- adicionalmente si bien la EPH incluye variables medioambientales de alto valor epidemiológico, carece de otras tales como el peso de nacimiento del niño, antecedentes sobre lactancia materna, estatura de los padres, participación del niño en programas de comedores para pre-escolares, etcétera. No se trata entonces de trabajar con los individuos seleccionados en la muestra como *desnutridos*, sino utilizar a *todos* los niños estudiados como un grupo en quienes las mediciones antropométricas constituyen una variable continua.

No obstante, se han utilizado no pocos recursos en la EPH, esfuerzo e inteligencia, para recoger la información auxológica que ya está disponible. El Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan, trabajó con el Instituto Nacional de Estadística y Censos durante tres años para lograr esta información. La muestra obtenida puede y debe merecer atención para extraer el máximo de información epidemiológica posible. A estos efectos, se plantean las siguientes propuestas :

PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA RELATIVA DE CIERTAS VARIABLES MEDIO-AMBIENTALES SOBRE EL CRECIMIENTO FÍSICO

El análisis de la información con criterios multivariados, puede brindar información confiable, fehaciente y de utilidad para estos fines. Se trata así de utilizar la misma información con que se cuenta, pero en forma diferente a la que ha sido tratada hasta ahora en esta publicación. Se trata de usarla como *indicador de crecimiento* y no como indicador de estado nutricional. Tal como se ha escrito en muchas publicaciones, en las áreas donde la desnutrición no es altamente prevalente, *la baja talla o el bajo peso no son sinónimos de desnutrición*. Hay muchas variables, tal como se ha mostrado en párrafos anteriores, que influyen sobre el crecimiento del grupo de población, muchas de ellas de carácter social. Es precisamente esta relación multifactorial con el crecimiento físico lo que fundamenta su uso como indicador global. Con este criterio la estatura media de grupos sociales es concebida como la *vía final común* de la interacción de variables de salud, nutrición y bienestar socioeconómico.

Pueden estudiarse como variables independientes las referidas a la información social de importancia epidemiológica, y la estatura y el peso de todos los niños como variables dependientes.

El estudio de la influencia relativa de las variables medioambientales sobre el crecimiento físico del niño, ayudará sin duda a sentar bases conceptuales y fácticas para el diseño o modificación de programas de salud y asistencia social.

Así, pueden identificarse los siguientes objetivos en esta propuesta que hace a una parte de la información de la Encuesta Permanente de Hogares :

- evaluar la forma en que las variables sociales de la EPH se asocian al crecimiento físico;
- evaluar la influencia relativa con que cada una de esas variables explica las variaciones de estatura y peso;
- comparar los resultados con aquellos obtenidos en otros estudios realizados en el país y en el mundo y
- efectuar recomendaciones a los organismos ejecutores de programas en base a los resultados obtenidos.

Los métodos de análisis de la información tendrán necesariamente que ser definidos por etapas (step-wise) e incluir también análisis multivariados.

CREACIÓN DE UN SISTEMA DE FOCALIZACIÓN DE GRUPOS EN RIESGO

La mayoría de los organismos financiadores de programas sociales o de salud incluyen, entre las condiciones necesarias para apoyar proyectos de intervención, la disponibilidad de instrumentos de focalización de individuos en riesgo. Esto permite obviamente la mejor utilización de los recursos y un mejor impacto de los programas.

La EPH contiene una gran cantidad de información que debería servir para explorar las posibilidades de lograr indicadores sencillos y de rápida colección, para focalizar grupos de individuos en riesgo. En otros países, se han analizado muestras con estos objetivos que han demostrado luego una gran utilidad para la implementación de programas de intervención.

Tomando como variable dependiente la condición de los niños de 0 a 5 años (desnutrido o no desnutrido) y utilizando métodos de regresión múltiple de tipo logística se debería intentar la estimación de un sistema de puntajes para seleccionar niños o grupos de niños con desnutrición en aglomerados urbanos, sin necesidad de realizar mediciones antropométricas. Los puntajes estarían basados en la influencia relativa de las variables medioambientales estudiadas (lugar de residencia, trabajo paterno, educación materna, etcétera) sobre la variable dicotómica nutrición-desnutrición. La precisión del sistema de puntaje se evalúa en términos de sensibilidad y especificidad, como cualquier otro indicador.

Solamente después de evaluar los resultados obtenidos con estos análisis propuestos, se podrá definir la pertinencia de repetir la realización del módulo de crecimiento de la EPH en encuestas futuras.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

El Módulo de la EPH, a propuesta del Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan, incorporó entre la información recogida, datos sobre la edad en que los niños comenzaron a caminar solos. Esta es una pauta de desarrollo psicomotriz infantil, que puede brindar información inédita sobre aspectos madurativos del niño y las variables sociales que los modulan.

PROPUESTA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CRECIMIENTO AL INGRESO ESCOLAR: UNA PRIORIDAD

UNICEF ha llevado a cabo censos de talla en diversos países, tales como Perú (Ministerio de Educación, 1993) y la Argentina (Acosta y otros, 1995).

De todos los sistemas de monitoreo propuestos en distintos países, el monitoreo del crecimiento del niño al ingreso escolar, por varias razones resulta ser la mejor relación costo/beneficio. Dado el alto nivel de la matrícula en la Argentina al ingreso escolar (mayor del 97 %), la elección de las escuelas como terreno de estudio, permite lograr una representatividad de la muestra seleccionada sobre estas bases sumamente adecuada. Es precisamente en estas condiciones en que esta estrategia resulta una elección oportuna. El grupo etario involucrado puede no ser el más indicado cuando se trata de

evaluar aspectos puntuales del crecimiento infantil, como ocurre por ejemplo, cuando se trata de analizar desde un punto de vista epidemiológico las causas de mortalidad o desnutrición en el primer año de vida, pero cuando se quiere hacer una planificación global en salud y áreas sociales, la medición a esta edad resulta consecuente.

No obstante, el Censo de talla, tal como lo realizó UNICEF constituye solamente un antecedente de la presente propuesta por varias razones: en primer lugar, la información del Censo de talla es útil para evaluar el porcentaje de niños con baja talla en un grupo determinado de población. Tal como se muestra claramente en la provincia de Salta, hay grupos poblacionales (tal vez la mayoría de los grupos desfavorecidos en nuestro país) en los que *toda* la población está desplazada hacia la baja estatura y los datos brindan mucha más información si se analiza a los grupos como un todo y no solamente a una fracción de ellos por debajo de ciertos límites. En segundo lugar, es necesario incorporar a las mediciones de talla, información sobre variables medioambientales que permitan hacer inferencias de valor operativo sobre los grupos de población estudiados. El estudio de la asociación entre estas variables y el crecimiento debe ser hecho a la luz de los datos de *toda* la población estudiada, con un criterio epidemiológico y con un enfoque multifactorial.

Esta propuesta no implica relegar la necesidad de llevar a cabo en forma periódica un Censo de talla, sino por el contrario enriquecer la información recogida en una submuestra y analizar la información con otra perspectiva.

Se trata entonces, de diseñar un verdadero *programa* que a nuestro juicio, debería tener las siguientes características:

Objetivo general:

- diseñar un sistema de vigilancia epidemiológica a largo plazo del crecimiento físico infantil.

Objetivos específicos:

- evaluar en forma transversal, periódica y regular el crecimiento físico de los niños argentinos al ingreso escolar;
- focalizar escuelas, áreas y grupos con déficit de crecimiento como indicador de riesgo global de salud y bienestar general;
- identificar variables medioambientales asociadas a déficit de crecimiento en grupos de población;
- evaluar a largo plazo los cambios en el crecimiento y en su relación con variables medioambientales de carácter social y de salud.

Información antropométrica a recoger: las mediciones antropométricas a recoger en una submuestra no deben reducirse solamente a la estatura; mediciones simples como el peso y los pliegues cutáneos pueden ser incorporadas y brindar información valiosa , no solo sobre el crecimiento sino también sobre otras desviaciones de la normalidad tales como la obesidad, problema real en nuestro país (Abeyá y otros, 1995).

Variables medioambientales: deben incluirse variables medioambientales que permitan un estudio verdaderamente epidemiológico, tales como trabajo paterno, educación materna, tamaño familiar, etcétera. Hay información adicional que debería recogerse, tal como la estatura de los padres y eventualmente cierta información de carácter

bioquímico cuya inclusión en el programa dependerá de los alcances que se le decida dar y de los recursos disponibles.

Muestra: si se concreta la ejecución del Censo de talla como un programa, será necesario la definición de una submuestra. La selección de escuelas para la submuestra deberá ser hecha de manera tal que permita niveles de desagregación operativos.

Los sectores de minorías étnicas como los indígenas deberían estar incluidos y también interesan los grupos marginados con altos niveles de deprivación social y los grupos rurales.

Inserción institucional: el programa propuesto debe tener una inserción institucional y ser el resultado de la interacción entre cuatro organismos, lo que permitirá la apertura de una interfase científico-económico-sanitaria-educacional extremadamente valiosa:

- el Ministerio de Salud a través de su Dirección de Estadísticas de Salud, como organismo estatal responsable de la producción de información de salud a nivel nacional;

- la Secretaría de Programación Económica como organismo estatal interesado no solamente en los aspectos económicos, sino también en la utilización de los resultados obtenidos como un indicador más de las condiciones de vida. Estos resultados influyen a su vez en la toma de decisiones; la inclusión de estos indicadores auxológicos como *espejo de la sociedad* dentro de la información econométrica habitual, constituye un progreso en la administración de la cosa pública de los países;

- el INDEC, con la colaboración del Servicio de Crecimiento y Desarrollo, en forma interdisciplinaria durante los últimos tres años en el componente nutricional de la EPH, dentro del marco del convenio existente entre ese Instituto y el Hospital Garrahan. La participación de la Secretaría de Programación Económica en la Encuesta Permanente de Hogares, ha permitido que los economistas y otros técnicos vinculados a esa Secretaría tengan un contacto directo con grupos científicos y de salud, hecho que favorece la interdisciplina y el trabajo en equipo;

- el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Este Servicio reúne las siguientes condiciones :

  - ha asesorado al INDEC durante estos tres últimos años (1992-1995) a través de un convenio formalizado por las autoridades respectivas, para llevar a cabo el componente de evaluación nutricional de la Encuesta Permanente de Hogares. Este asesoramiento incluye la definición de mediciones a realizar, el diseño de instrumental adecuado, el entrenamiento de personal, el diseño de métodos estadísticos para evaluar el error de las mediciones, el establecimiento de criterios de confiabilidad para seleccionar el personal y la definición y cuantificación de métodos para el ajuste del peso corporal a la ropa del niño. Este trabajo ha sido cumplido

en un clima de mutua colaboración y afinada interacción multidisciplinaria;

- es un organismo hospitalario asociado a la Universidad de Buenos Aires;
- es un cuerpo de naturaleza puramente científica, dedicado a la investigación desde hace muchos años, que está distante de las urgencias sanitarias nacionales y que no está sujeto en forma directa a los cambios en las políticas de salud, que puede asegurar las formas pertinentes de análisis de la información y la validez de los resultados y está en condiciones de garantizar una elaboración técnicamente adecuada y eficiente de los indicadores auxológicos;
- es un Centro Colaborativo de la Organización Mundial de la Salud, y participa de la International Society for Human Auxology, el organismo científico que más ha trabajado en el tema, y que cuenta entre sus miembros a R. Fogel, Premio Nobel de Economía;
- el Ministerio de Educación, en el caso del estudio sobre crecimiento en niños al ingreso escolar, como organismo estatal responsable de las escuelas y asimismo, interesado en los resultados.

Naturalmente, hay muchos otros organismos del Estado que pueden y deben participar del programa dentro de la estructura fundamental propuesta, tales como la Dirección de Atención Primaria y la Dirección de Maternidad e Infancia.

D. CONCLUSIONES

En el presente capítulo se han realizado fundamentalmente dos tipos de propuestas: la primera de ellas, relacionada con la información existente en la Encuesta Permanente de Hogares a los fines de lograr una máxima utilización de los datos recogidos. La introducción del componente de nutrición en la EPH ha costado no poco esfuerzo y el país no está en condiciones de ignorar sus posibilidades. La conveniencia de repetir esta encuesta en forma periódica y regular es seguramente muy alta y podría ser decidida por las autoridades correspondientes, agregando a sus consideraciones, los resultados de las investigaciones aquí propuestas. El segundo de los trabajos es la realización de un programa de vigilancia epidemiológica del crecimiento en niños al ingreso escolar.

Estas propuestas están basadas en los conocimientos que han surgido en las últimas décadas, sobre una disciplina central en la problemática de salud y bienestar socioeconómico de grupos de población: la *auxología epidemiológica*. Es esta una ciencia en pleno desarrollo y crecimiento ya incorporada en países avanzados como un instrumento de salud pública y del área socioeconómica. En este estudio se ha descripto en forma fundamentada su naturaleza, como una disciplina que utiliza el crecimiento físico en grupos de población como un verdadero *espejo de la sociedad* y de las inequidades presentes en su seno. Se han mostrado ejemplos nacionales y extranjeros de las formas en que las variables sociales se asocian a las variaciones del crecimiento en grupos de población; se han discutido las posibles interpretaciones de los resultados mostrados.

Con el paso del tiempo, se percibe un creciente interés en las provincias de todo el

país en analizar con un criterio de eficiencia, la distribución de recursos en salud infantil, pero también se percibe claramente una carencia de personal técnico formado para diseñar programas, analizar la información y asesorar adecuadamente a los niveles de decisión en el tema que nos ocupa. Es necesario formar personal en el área epidemiológica, pensando en las necesidades nacionales de un futuro cercano.

Las presentes propuestas se inscriben en el marco del compromiso de la Cumbre Mundial de la Infancia (Naciones Unidas, 1990), firmada por los máximos jefes políticos de la inmensa mayoría del mundo (incluido nuestro país), de dirigir todos los esfuerzos posibles a elevar la calidad de vida de las madres y de los niños y asegurarles un lugar prioritario en la agenda política. Este compromiso fue a su vez ratificado en el Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño (UNICEF, 1991) firmado por las autoridades nacionales e internacionales vinculadas a salud, sociedades científicas y los jefes de programas materno infantiles de todo el país (MSAS, 1992b).

En la reunión del Consejo Federal de Salud de marzo de 1992, las máximas autoridades de salud de las provincias adhirieron a ese compromiso, que se ha constituido en el eje fundamental del área materno infantil. La concreción de estas propuestas contribuirá significativamente a una mejor evaluación de las inequidades sociales y de su repercusión sobre el crecimiento y desarrollo de los niños de nuestro país. En la Argentina se cuenta con los recursos, la tecnología y los conocimientos necesarios. Solo resta llevarlos a la práctica[1].

[1] Se agradece a A. Manierola y a M. C. Morasso sus valiosas sugerencias sobre el manuscrito.

CAPÍTULO 6

LA SALUD DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

Marcos Cusminsky y Ana Rita Díaz-Muñoz[1] [2]

La salud de los menores es altamente dependiente de las condiciones de vida en que se desarrolla. La exposición a determinadas carencias tiene en general serias consecuencias que se expresan a lo largo de la vida de los niños. Es por ello que resulta de especial interés encarar el análisis de las pautas relativas al cuidado de la salud de los niños (consultas, vacunaciones, conductas seguidas frente a episodios de enfermedad) y de la incidencia de enfermedades y accidentes en el contexto de las condiciones familiares de vida. Se consideran dentro de ellas no solo los recursos familiares -tanto económicos como cognitivos y sociales- sino también el grado en que los niños y sus hogares son tenidos en cuenta por las instituciones que operan en la promoción y mantenimiento de la salud de manera directa -como el caso de los servicios de atención- o de manera indirecta, a través de su influencia sobre hábitos y normas y por su rol de contención afectiva y social, como el caso de las instituciones educativas.

En relación con las condiciones de vida, una primera aproximación a la diferenciación de niveles de vulnerabilidad en la infancia está dada por la pertenencia de los hogares de los niños a los diferentes grupos definidos por el grado de satisfacción de necesidades consideradas básicas.

Otro de los aspectos a incorporar como parte de las condiciones de vida se relaciona con la composición y características del grupo familiar de los niños. Aquí interesará conocer el tamaño del hogar, el nivel educativo materno y quién o quiénes se hacen cargo del cuidado del niño en el hogar. Asimismo, en el análisis de los factores que inciden en la salud infantil se contemplan variables relativas al acceso a los servicios de salud (condición de cobertura, lugar de consulta, facilidad de acceso).

Una visión de tales características puede aportar elementos al diagnóstico que sirva de base para la elaboración de políticas tendientes al cumplimiento de las metas planteadas en favor de la infancia, dado que permite dimensionar la importancia de los distintos factores que facilitan o dificultan el mantenimiento de niveles de salud acordes con las metas trazadas y de aquellas condiciones que hacen a la mayor probabilidad de las familias para seguir las pautas más adecuadas para el cuidado de la salud de los niños.

---

[1] Dirección de Estudios sobre Niveles de Vida y Pobreza de la Secretaría de Programación Económica.

[2] Se agradecen los comentarios y aportes a este capítulo realizados por los profesionales de la Dirección de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Acción Social y a los directores de programas materno-infantiles de las jurisdicciones incluidas en este estudio.

En este capítulo se analizan los datos relevados en el Módulo referidos a la población de menores de seis años en relación con la atención de la salud, afiliación a sistemas de seguro, asistencia alimentaria, accidentes y enfermedades. El análisis incluye información para los aglomerados del Gran Buenos Aires, Mendoza, Neuquén, Paraná, Río Gallegos, Rosario y Salta.

A. EL CONTROL DE LA SALUD INFANTIL

Se reconoce la importancia que para la salud del niño tiene el acceder a un control médico periódico. A través del contacto con los servicios de atención pueden detectarse oportunamente determinados riesgos o patologías y revertir su posible evolución, así como orientar el comportamiento de las familias hacia conductas de vida más saludables en beneficio directo de los menores de 6 años.

Desde el punto de vista de la oferta de servicios, la atención adecuada del niño enfermo, así como las acciones preventivas a llevar a cabo, demandan condiciones mínimas de eficiencia, cobertura y un sistema de referencia y contrarreferencia que dé respuesta a las necesidades más complejas que pueden ser requeridas en un momento dado. Desde la perspectiva de la planificación de los recursos, la organización de la atención de la salud del niño tiene características similares a la atención de la mujer embarazada y fundamentalmente se caracteriza por un contenido preventivo, cuyos resultados son rápidamente observables, el empleo de una tecnología adecuada de muy bajo costo para el control del estado de salud, la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades prevalentes y una relación costo-efectividad difícil de observar en acciones que se llevan a cabo en otros períodos de la vida. Asimismo, estas acciones tienen un fuerte contenido docente que se transmite tanto a través de sistemas formales como informales, muy valiosos aunque poco explotados.

Desde el punto de vista de la demanda de atención, el contacto con los servicios puede estar motivado por la percepción de un malestar o enfermedad, por la ocurrencia de accidentes, o puede responder a una conducta preventiva. Esta última puede estar relacionada con el requerimiento previo del médico en el proceso de seguimiento de un paciente o con la iniciativa individual orientada a la prevención.

La necesidad de atención sentida es la principal causa de consulta al servicio de salud de cualquier nivel, de ahí que una buena respuesta del sistema ante el niño enfermo sea el mejor estímulo para promover futuros contactos del niño sano con fines de control y educación. Esto posibilita el monitoreo del crecimiento y el desarrollo del niño, la transmisión de pautas de conducta relativas al cuidado de la salud, los conocimientos necesarios acerca de la alimentación adecuada y orientaciones para la vida familiar.

Ahora bien, no toda necesidad sentida de atención es canalizada a través de los servicios de salud. Numerosos factores actúan para que esta condición se cumpla. Las dificultades para acceder a los servicios pueden estar determinadas por condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales.

La pertenencia a hogares con necesidades básicas insatisfechas es un factor que puede condicionar tanto las posibilidades de acceso a los servicios como las actitudes en relación con el proceso de salud-enfermedad de los menores de 6 años.

GRADIENTES DE NIVELES SOCIOECONÓMICOS 107
EL NIVEL EDUCACIONAL 110
EL TAMAÑO FAMILIAR 111
EL AMBIENTE RURAL Y URBANO 111
LA RELACIÓN ENTRE VARIABLES AUXOLÓGICAS E INDICADORES SOCIALES Y DE SALUD 112
PROBLEMAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE VARIABLES SOCIALES 113
TENDENCIA SECULAR EN EL CRECIMIENTO Y MADURACIÓN 114
IMPLICANCIAS SOCIALES DE LOS GRADIENTES Y TENDENCIAS SECULARES 118

B. FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO EN LA ARGENTINA 119

C. PROPUESTAS EN AUXOLOGÍA EPIDEMIOLÓGICA EN LA ARGENTINA 120
LA ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES (EPH): INFORMACIÓN QUE PUEDE BRINDAR 120
PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA RELATIVA DE CIERTAS VARIABLES MEDIOAMBIENTALES SOBRE EL CRECIMIENTO FÍSICO 121
CREACIÓN DE UN SISTEMA DE FOCALIZACIÓN DE GRUPOS EN RIESGO 122
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ 122
PROPUESTA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CRECIMIENTO AL INGRESO ESCOLAR: UNA PRIORIDAD 122

D. CONCLUSIONES 125

CAPÍTULO 6. LA SALUD DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS 127
Marcos Cusminsky y Ana Rita Díaz Muñoz

A. EL CONTROL DE LA SALUD INFANTIL 128
EL CONTROL DE LA SALUD EN EL PRIMER AÑO DE VIDA 129
EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO DE LOS MENORES DE 1 A 5 AÑOS 131
OTROS FACTORES QUE INCIDEN EN EL NIVEL DE CONSULTA MÉDICA DE CONTROL: ACCESIBILIDAD ECONÓMICA Y GEOGRÁFICA 132
EL CONTROL MÉDICO Y LA ASISTENCIA ALIMENTARIA 132

B. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES A TRAVÉS DE LA INMUNIZACIÓN 133

C. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL NIÑO MENOR DE 6 AÑOS 135
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS 136

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA 139
ACCIDENTES 141

D. COMENTARIOS FINALES 142

CAPÍTULO 7. EDUCACIÓN Y TRABAJO INFANTIL 145
María Ester Rosas

A. EDUCACIÓN: ESCOLARIZACIÓN, EXCLUSIÓN Y ABANDONO ESCOLAR 146
LA SITUACIÓN EN LAS CINCO CIUDADES 149

B. EFICIENCIA DE LA ESCOLARIZACIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO 150
SITUACIÓN EN EL AGLOMERADO DEL GRAN BUENOS AIRES 151
SITUACIÓN EN EL RESTO DE LOS AGLOMERADOS 153

C. LA EXTENSIÓN DE LA EDUCACIÓN BÁSICA PREVISTA POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE 156
COBERTURA DE JARDINES DE INFANTES Y GUARDERÍAS 156
Situación en el Aglomerado del Gran Buenos Aires 156
La situación en los seis aglomerados 158
La escolaridad posterior a la escuela primaria actual 159

D. TRABAJO INFANTIL 160
PROBLEMAS CONCEPTUALES Y DE MEDICIÓN 160
DIFUSIÓN DEL TRABAJO INFANTIL 162

CAPÍTULO 8. LA SALUD DE LA MUJER 163
Elsa López y María del Carmen Tamargo

A. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS 165
COMPOSICIÓN POR EDAD Y ESTADO CONYUGAL 165
COMPOSICIÓN POR EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD 166

B. CONSULTA GINECOLÓGICA, FECUNDIDAD Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS 167
FECUNDIDAD Y CONDICIÓN DE POBREZA 169
FECUNDIDAD Y ESTADO CONYUGAL 170
PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD 170
LA FECUNDIDAD MARITAL 171
PREVALENCIA EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS 172
CONDICIÓN DE USO ANTERIOR DE ANTICONCEPTIVOS 173
USO ANTERIOR DE ANTICONCEPTIVOS 176

En el Cuadro 6.1 se presenta la distribución de la población de menores de seis años según condición de satisfacción de necesidades básicas en los distintos aglomerados. Se destacan las importantes diferencias entre aglomerados, en particular la alta incidencia de este fenómeno entre los niños residentes en los aglomerados de Paraná y Rosario, y el menor peso relativo en el caso de Río Gallegos.

Cuadro 6.1 Población de menores de 6 años según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar, por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
		%	
Gran Buenos Aires	1.127.307	36,1	63,9
Mendoza	103.293	29,8	70,2
Neuquén	24.767	24,4	75,6
Paraná	22.386	41,8	58,2
Río Gallegos	8.264	18,6	81,4
Rosario	137.251	41,6	58,4
Salta	45.741	32,0	68,0

Otro condicionante, asociado con el factor anterior, está dado por la posesión de una cobertura de salud. En nuestro país la mayor parte de la población es beneficiaria del sistema de obras sociales y en menor medida está cubierta a través de los seguros voluntarios. Existe un segmento de la población no incorporada a estos sistemas de seguros, cuya atención está teóricamente en manos de los establecimientos públicos de las distintas jurisdicciones (nacional, provincial, municipal).

Cuadro 6.2 Población de menores de 6 años según afiliación, por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Obra social	Otros sistemas	No afiliado
		%		
Gran Buenos Aires	1.127.307	47,4	12,0	40,6
Mendoza	103.293	46,1	13,2	40,7
Neuquén	24.767	51,7	2,7	45,6
Paraná	22.386	58,3	5,8	35,8
Río Gallegos	8.264	76,4	1,2	22,5
Rosario	137.251	37,7	12,4	49,5
Salta	45.741	50,5	6,7	42,8

Considerando al conjunto de la población de menores de 6 años de los aglomerados aquí analizados se observa que más de la mitad de los niños se encuentran cubiertos por sistemas de seguro, fundamentalmente a través de las obras sociales. Rosario aparece como una excepción y concentra prácticamente la mitad de la población de esta edad sin afiliación. En tanto, Río Gallegos presenta una situación claramente diferencial; más de tres cuartas partes de la población de los menores de estas edades está afiliada a alguna obra social. El peso de otras coberturas (pre-pagos, mutuales) es mayor en el Gran Buenos Aires (GBA), Mendoza y Rosario, consistente con el mayor desarrollo de estas alternativas en los centros urbanos con más alta concentración de población. Sin embargo, se debe destacar el hecho de que a nivel nacional este grupo de edad tiene un nivel de cobertura algo inferior que el promedio de la población total (63,6% y 56,6%, respectivamente). Se registra la misma situación en las provincias a que corresponden estos aglomerados, con la sola excepción de Santa Cruz. La cobertura de la población total se ubica en el resto de estos casos entre el 70,7% y el 52,2%, y para el grupo de menores de 6 entre el 62,6% y el 47,0%, valores extremos correspondientes en ambos casos a Rosario y Salta, respectivamente (INDEC, 1994).

EL CONTROL DE LA SALUD EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

La información señala que una muy alta proporción de los niños accedió a los servicios de atención de la salud al menos en una oportunidad en este período crucial de su desarrollo. Esto es consistente con otros indicadores de acceso, por ejemplo con la extensión prácticamente universal del parto institucional en nuestro país. Sin embargo, no es posible inferir a partir de esta información que ello implique el cumplimiento de

las normas de control recomendadas[1]. Debido a los altos valores observados, el comportamiento de la consulta de control en el primer año de vida en el Aglomerado del GBA aparece como independiente de factores tales como la satisfacción de necesidades básicas y la afiliación a los sistemas de atención.

Cuadro 6.3 Población de menores de 6 años que asistieron a control del crecimiento durante el primer año de vida, por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Menores con control	
		Total	%
Gran Buenos Aires	1.127.307	1.090.000	96,7
Mendoza	103.293	101.844	98,6
Neuquén	24.767	24.443	98,7
Paraná	22.386	21.893	97,8
Río Gallegos	8.264	8.200	99,2
Rosario	137.251	134.411	97,9
Salta	45.741	44.879	98,1

La información acerca del lugar de consulta para el control del crecimiento durante el primer año de vida da cuenta del peso que tienen los establecimientos públicos como alternativa de atención, independientemente de los niveles y tipo de cobertura observados (Cuadro 6.4). Es demostrativo el ejemplo de Río Gallegos, donde cerca del 80% de su población está cubierta a través de los esquemas de seguro (véase Cuadro 6.2) y, sin embargo, el 43,7% realizó consulta en servicios públicos. También el porcentaje de niños atendidos por el sector público supera el promedio esperado en relación con la afiliación en el caso del aglomerado de Neuquén. Estos valores pueden estar reflejando diferentes situaciones; por una parte, la contratación de servicios públicos efectuada por las obras sociales y por otra la atención brindada por los servicios públicos a población cubierta sin que medie acuerdo contractual, subsidiando de este modo el funcionamiento de las obras sociales.

Cuadro 6.4 Población de menores de 6 años que asistieron a control del crecimiento durante el primer año de vida según tipo de establecimiento por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Servicio público	Servicio privado	Sin atención
		%		
Gran Buenos Aires	1.127.307	46,0	50,7	3,0
Mendoza	103.293	43,4	50,0	6,6
Neuquén	24.767	60,6	38,1	1,3
Paraná	22.386	42,7	55,1	1,8
Río Gallegos	8.264	43,7	55,5	0,8
Rosario	137.251	55,3	42,6	1,5
Salta	45.741	50,1	44,9	4,2

El lugar de atención se encuentra fuertemente asociado a las condiciones de vida de esta población. Analizando el grupo de menores de 6 años del GBA que ha realizado control en el primer año de vida según lugar de atención y condición de pobreza por NBI (Cuadro 6.5), se observa que más del 75% de la población de menores con NBI ha realizado su control en los servicios públicos, en tanto el porcentaje desciende significativamente entre la población sin necesidades básicas insatisfechas. Entre los pobres por NBI, más de la mitad acude a hospitales y cerca de un tercio a unidades sanitarias o salitas, siendo baja la proporción que recibe atención en establecimientos privados, y muy reducido el porcentaje que accede a la consulta de control a través de consultorios particulares. El patrón de acceso de los no pobres es sensiblemente diferenciado, concurriendo la mayor parte a establecimientos o consultorios privados.

[1] Las pautas recomendadas de control establecen para niños con estado nutricional normal un control quincenal en el primer mes de vida, uno mensual hasta el cuarto mes, entre el cuarto y el sexto mes uno cada 2 meses, desde el sexto y hasta los 18 meses uno cada 3 meses, a partir de los 18 meses y hasta los 4 años un control cada 6 meses y entre los 4 y los 6 años uno anual. Estas frecuencias varían en el caso de los niños que registran desnutrición en función de la edad, el tipo y gravedad de la misma.

Cuadro 6.5 Población de menores de 6 años que asistieron a control del crecimiento en el primer año de vida según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por lugar de atención. Aglomerado del GBA

Lugar de atención	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
		%	
Total	**1.090.000**	**100,0**	**100,0**
Hospital público	**352.691**	51,2	22,0
Unidad sanitaria	**165.401**	27,1	9,2
Establecimiento privado	**329.461**	17,0	**36,4**
Consultorio particular	**242.447**	4,7	32,3

Asimismo, el lugar de atención se asocia a la condición de afiliación, observándose que la población sin cobertura de salud realiza su consulta preferentemente en el sector público y que los beneficiarios de seguros se concentran en establecimientos y consultorios del sector privado.

Cuadro 6.6 Población de menores de 6 años que asistieron a control del crecimiento en el primer año de vida según condición de afiliación por lugar de atención. Aglomerado del GBA

Lugar de atención	Total	Afiliado	No afiliado
		%	
Total	**1.090.000**	**100,0**	**100,0**
Hospital público	**352.691**	16,4	55,7
Unidad sanitaria	**165.401**	9,6	23,4
Establecimiento privado	**329.461**	44,4	9,4
Consultorio particular	**242.447**	29,6	11,4

EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO DE LOS MENORES DE 1 A 5 AÑOS

Si se consideran los beneficios que para el mantenimiento de la salud de los niños representa la consulta de control, la información revela que existe un amplio margen para la acción en este sentido. Algo más de un tercio de la población de niños de 1 a 5 años no ha concurrido a la consulta de control en los últimos doce meses.

La conducta de prevención de la salud infantil por parte de las familias aparece condicionada por la situación de pobreza y por la afiliación. En efecto, la proporción de menores de 1 a 5 años que ha realizado control es sensiblemente menor entre la población con necesidades básicas insatisfechas y entre la población que no cuenta con afiliación. Alrededor del 45% de los niños caracterizados por esas condiciones no ha realizado control. El porcentaje desciende a menos del 30% en el caso de los que cuentan con afiliación (24,7%) y en aquellos que pertenecen a hogares que satisfacen los estándares mínimos (27,6%).

La importancia de la generalización en el acceso a algún control en el primer año de vida se potencia si se considera que cualquier contacto del niño y su familia con los servicios, y en especial en este primer período, constituye una valiosa oportunidad para transmitir pautas de cuidado acerca de la salud infantil. En este sentido la comparación entre los niveles alcanzados de consulta en el primer año de vida y los niveles de la consulta de control posterior aproxima a una medida del éxito relativo de los servicios en la captación de población dentro del sistema de atención o, de otro modo, en una medida del éxito en la transmisión de estas pautas. El siguiente cuadro muestra la conducta asumida con posterioridad al primer control por las familias de los menores de más de un año, según el lugar de atención de la primera consulta.

El análisis del comportamiento posterior a la consulta en el primer año de vida de los niños muestra que en el Aglomerado del GBA se da un menor nivel de captación en el sector público, a diferencia del resto de las jurisdicciones analizadas en que este

porcentaje presenta niveles muy similares o superiores a la captación de los servicios privados.

Cuadro 6.7 Captación de población de 1 a 5 años para el control del niño sano según lugar de atención de la consulta en el primer año de vida[1] por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Lugar de atención	
		Sector público	Sector privado
Gran Buenos Aires	68,2	57,2	78,1
Mendoza	62,0	58,3	64,3
Neuquén	64,3	71,2	69,1
Paraná	69,1	69,0	69,2
Río Gallegos	75,9	80,0	72,7
Rosario	68,9	69,6	67,8
Salta	54,3	53,5	54,4

[1] Porcentaje de niños de 1 a 5 años que habiendo consultado en el primer año han realizado consulta en los últimos doce meses.

OTROS FACTORES QUE INCIDEN EN EL NIVEL DE CONSULTA MÉDICA DE CONTROL: ACCESIBILIDAD ECONÓMICA Y GEOGRÁFICA

El Módulo indagó sobre otros factores que pueden limitar la accesibilidad de la población infantil a los servicios de atención el pago de la consulta y la distancia geográfica a los centros de atención.

La información revela que si bien la amplia mayoría de la población con carencias (no afiliada y/o con necesidades básicas insatisfechas) dirige su demanda de atención a los servicios públicos, no todos cuentan con este acceso completamente subsidiado. Como lo muestran los siguientes cuadros, parte de dicha población ha abonado total o parcialmente sus consultas.

Cuadro 6.8 Población de menores de 6 años que asistió a consulta médica según condición de afiliación por carácter de pago, Aglomerado del GBA

Carácter de pago	Total	Afiliada	No afiliada
		%	
Total	100,0	100,0	100,0
Totalmente	17,4	15,7	20,8
Parcialmente	25,4	28,1	20,5
No pagó	57,0	56,1	58,7

Cuadro 6.9 Población de menores de 6 años que asistió a consulta médica según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por carácter de pago, Aglomerado del GBA

Carácter de pago	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
		%	
Total	100,0	100,0	100,0
Totalmente	17,4	13,7	19,5
Parcialmente	25,4	22,0	28,1
No pagó	57,0	64,3	52,2

El análisis de la información referida a los niveles de consulta según distancia a los centros de atención mostró que la propensión a la consulta médica no estaría condicionada por la distancia geográfica.

EL CONTROL MÉDICO Y LA ASISTENCIA ALIMENTARIA

La entrega de leche en centros de atención - parte de los programas materno-infantiles - constituye uno de los programas de asistencia alimentaria más tradicional y con mayor continuidad entre los dirigidos a la población infantil. Integrado a las acciones de los servicios de salud, además de ser un aporte concreto a la solución de los problemas de nutrición de la población infantil, representa una valiosa estrategia para acercar a las familias a los servicios y

desarrollar programas de educación para la salud, de promoción y prevención, tales como el control del niño sano, la vigilancia del crecimiento en las primeras edades y vacunaciones, entre otros.

La información del Módulo ha permitido estimar su cobertura y grado de focalización. Su rango oscila entre el 8,3% (GBA) y el 24,1% (Rosario), variando asimismo el porcentaje de población de niños con necesidades básicas insatisfechas y según distintos grupos de edad alcanzados por estos programas (Cuadros 6.10 y 6.11).

Cuadro 6.10 Población de menores de 6 años que reciben leche en polvo según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
		%	
Gran Buenos Aires	8,3	15,8	4,6
Mendoza	8,6	13,9	5,3
Neuquén	17,1	24,7	14,7
Paraná	14,3	23,6	6,6
Río Gallegos	22,6	39,4	19,1
Rosario	24,1	40,1	12,1
Salta	16,3	25,2	12,4

Cuadro 6.11 Población de menores de 6 años que reciben leche en polvo según grupo de edad por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	< de 2 años	2 a 5 años
		%	
Gran Buenos Aires	8,3	13,1	4,3
Mendoza	8,6	13,7	3,9
Neuquén	17,1	30,9	4,2
Paraná	14,3	24,8	4,9
Río Gallegos	22,6	35,3	10,3
Rosario	24,1	30,5	17,4
Salta	16,3	25,8	5,3

El análisis del grado de focalización que alcanza este programa en cada uno de estos aglomerados debe tener en cuenta los criterios que cada jurisdicción propone en su implementación, que varían en función de las situaciones concretas. Contar con diagnósticos actualizados de las necesidades alimentarias de la población puede permitir la utilización de criterios más específicos. El peso de la población con NBI representa una norma de focalización general de los programas materno-infantiles, a veces aplicado también al componente nutricional. Otras definiciones de prioridades incluyen la edad de los niños, privilegiando la dación de leche a los menores de 2 años, la presencia de otros niños en el grupo familiar, niveles detectados de desnutrición (peso debajo del percentil 10) o de riesgo de desnutrición, bajo peso al nacer, antecedentes de mortalidad infantil a nivel familiar, ingresos familiares por debajo de la Línea de Pobreza, desocupación del jefe de hogar, madres solas, entre otros.

La información destaca la mayor cobertura general de este programa en el aglomerado de Rosario, jurisdicción que presenta asimismo -junto a Río Gallegos- el más alto grado de focalización en función del criterio que considera el peso de la población NBI. En ambos aglomerados se cubre a alrededor del 40% de los niños en tal situación. Considerando la recepción de asistencia alimentaria según edad, se observa en todos los aglomerados la focalización en el grupo de niños menores de 2 años.

B. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES A TRAVÉS DE LA INMUNIZACIÓN

En el recién nacido, el estado inmune está condicionado fundamentalmente por la inmunidad transferida por la madre a lo largo del embarazo, a lo que se le agregan los factores antinfecciosos presentes en el calostro.

experimentado un cambio fundamental a partir de la década del 50, debido a un mejor conocimiento de los condicionantes del medio ambiente, la utilización de medios de diagnóstico más afinados y el uso de tratamientos más racionales.

Se considera que un niño que vive en condiciones de riesgo sanitario y social puede tener en promedio cada año, de tres a seis episodios de diarrea y otros tantos de infecciones respiratorias, dermatitis y enfermedades prevenibles por la inmunización (Luelmo y otros, 1988).

Merece destacarse que la mortalidad producida por infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años en 1990 superó en un 33,3% a la producida por la diarrea en los países en desarrollo (OPS/OMS, 1992). La aplicación masiva de la terapia de rehidratación oral ha producido un fuerte impacto sobre la mortalidad por diarrea, redimensionando la importancia que tiene la atención de las IRA.

Por otro lado, el importante aumento de la cobertura de inmunización, así como el reconocimiento de la necesidad de mantener la cadena de frío, hizo que el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), iniciado dos décadas atrás, haya significado también un aporte muy significativo en la lucha contra la morbimortalidad por enfermedades prevenibles en el menor de seis años.

Los accidentes en cambio han sufrido una elevación porcentual notable y se inscriben como la primera causa de muerte en el grupo de niños de 1 a 4 años, al que no serían ajenos los cambios operados en la atención del niño (asistencia temprana a guarderías), las características de la vivienda y el nivel de desarrollo psicomotor alcanzado por el niño.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen una de las principales causas de consulta en los servicios de salud y se inscriben entre las cinco primeras causas de mortalidad en los niños menores de seis años. Los niños de la región latinoamericana padecen entre cuatro y seis episodios por año (OPS/OMS, 1994), lo cual se refleja en una alta demanda de atención, estimándose que el índice de consultas pediátricas a los servicios de salud por infecciones respiratorias agudas en los países en desarrollo oscila entre el 25 y el 43% (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 1995).

Existen variaciones estacionales, el mayor número de casos se concentra en la época invernal. Aproximadamente en un 95% de los casos de causa vírica se presentan en forma prevalente en el tracto respiratorio superior, siendo la incidencia de estos procesos más elevada en áreas urbanas que en las rurales.

Cuando se comparan países desarrollados y países en vías de desarrollo, se aprecia que tienen tasas similares de morbilidad, mientras que la mortalidad llega a ser más de 40 veces superior en algunas regiones (Borman, 1991). Es lógico pensar que factores socioeconómicos, de accesibilidad a servicios de salud, nutricionales y otros, pueden aumentar la proporción de formas graves en las infecciones respiratorias.

Si bien muchos de estos cuadros se resuelven en forma espontánea o con simples medidas que pueden llevarse a cabo en el hogar, las infecciones víricas pueden alterar los factores de defensa del niño, creando condiciones idóneas de invasión por las bacterias patogénicas que siempre están presentes en las vías respiratorias superiores.

Los procesos del tracto respiratorio inferior (neumonías y bronconeumonías) asociados a infecciones bacterianas se instalan en una proporción menor, y muchas veces secundaria a la infección vírica.

Otros factores de riesgo que determinan la gravedad del proceso son el bajo peso de nacimiento, la edad (debido a una mayor tendencia al cierre de las vías respiratorias en los niños de más corta edad), el lento desarrollo del mecanismo inmunológico y el efecto irritante del humo de tabaco o la contaminación atmosférica en general (Cerqueiro y otros, 1990).

En los últimos años se ha reconocido -además de la magnitud del problema- la posibilidad de reducir la mortalidad y las complicaciones mediante acciones normatizadas en los programas de atención primaria de la salud. Las mismas se basan en un reconocimiento precoz de los signos de enfermedad en el hogar, la rápida búsqueda de atención y el tratamiento apropiado inmediato (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 1995).

En la población infantil de los aglomerados del Módulo entre un 41,6% (GBA) y un 21,4% (Salta) presentó un episodio de tos y catarro dentro de los quince días previos a la entrevista. En el caso del GBA en los menores de 2 años el cuadro se hizo presente en un 39% y en los de 2 a 5 años, en un 42,8%.

Se indagó sobre las medidas terapéuticas adoptadas luego de ocurrida la emergencia del malestar y antes de concurrir a la consulta. El tratamiento de apoyo que generalmente se realiza puede clasificarse entre los que tienen probados efectos sobre la evolución del proceso y aquellos que, teniendo en cuenta la alta incidencia de la etiología viral, no son efectivos y aún contraproducentes. Adicionalmente, las respuestas muestran una tendencia hacia la automedicación, como el uso de antitusivos, antibióticos o infusiones. Esta conducta inicial podía contemplar más de una respuesta.

Cuadro 6.14 Población de menores de 6 años con episodios de tos y catarro según grupo de edad por conducta inicial ante el cuadro, Aglomerado del GBA

Conducta inicial	Total	< de 2 años	2 a 5 años
		%	
Vapor de agua	37,6	41,3	35,6
Nebulizaciones	39,7	42,7	38,5
Antitusivos	14,9	9,8	17,0
Antibióticos	7,4	7,7	7,3
Infusiones	7,9	5,6	8,8

Un 77% de los niños con tos o catarro del GBA fueron nebulizados o recibieron vapor de agua, en tanto cerca del 15% recibió algún jarabe para la tos, y la mitad de ellos utilizó antibióticos o infusiones, medicación sintomática cara, ineficaz y a veces peligrosa en infecciones respiratorias leves.

La mayor proporción de medidas acertadas (vapor, nebulizaciones) puede estar asociada al hecho de que se trate de niños que hayan padecido con anterioridad cuadros similares, motivo por el cual la familia ya conocía cuál era el tratamiento adecuado.

Cuadro 6.15 Población de menores de 6 años con episodios de tos y catarro según demanda de consulta y grupo de edad por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Demanda de consulta		
		Total	< de 2 años	2 a 5 años
			%	
Gran Buenos Aires	469.255	68,0	75,0	62,0
Mendoza	36.639	74,0	79,6	71,5
Neuquén	8.253	66,8	68,7	65,9
Paraná	5.672	81,5	80,7	81,8
Río Gallegos	2.727	70,3	73,8	68,3
Rosario	30.454	78,5	90,0	74,1
Salta	24.026	68,9	81,7	62,0

Según muestra el Cuadro 6.15, la conducta frente a la consulta sigue un patrón diferente en función de la edad de los menores de 6 años.

Un porcentaje superior al 66% de los niños afectados (con un rango que va desde el 66,8% en Neuquén al 81,5% en Paraná) efectuó consulta, siendo mayor esta proporción entre los menores de 2 años (entre un 60,7% y un 90,0%), conducta consistente con la mayor gravedad que puede revestir el síntoma dentro de este grupo de edad. En la gran mayoría de los casos la consulta fue realizada con el médico (97,1% en el caso del GBA); en el resto de los casos las mismas fueron hechas con enfermeras, agentes sanitarios u otras personas, no variando mucho las proporciones según el grupo de edad considerado.

Cuadro 6.16 Población de menores de 6 años que demandaron consulta ante episodios de tos o catarro según condición de afiliación por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Total	Demanda de consulta	
			Afiliado	No afiliado
		%		
Gran Buenos Aires	469.255	67,9	73,9	60,8
Mendoza	36.639	74,0	77,2	70,5
Neuquén	8.253	66,8	65,0	68,6
Paraná	5.672	81,5	78,3	90,0
Río Gallegos	2.727	70,3	70,3	70,3
Rosario	30.454	78,5	81,4	75,1
Salta	24.026	68,9	69,8	67,6

La falta de cobertura aparece como una barrera concreta en el acceso a la consulta médica. En el caso de los afectados por catarro la conducta frente a la consulta es claramente diferencial de acuerdo a la afiliación, según muestra el Cuadro 6.16.

Si bien no se observaron diferencias importantes en la incidencia de esta patología en función de la condición NBI (41% en la población de niños con NBI y del 42% entre los no pobres por NBI en el GBA), sí fue diferente la severidad del cuadro en estos dos grupos. En este aglomerado mientras el 41,9% de los niños con NBI presentó cuadros con dificultad respiratoria, esa proporción descendió al 37% entre los no pobres afectados por tos o catarro.

La dificultad respiratoria -que la madre identifica como fatiga- es un signo objetivo que denota un mayor compromiso de las vías aéreas. La presencia de tiraje en la parte inferior del tórax es un síntoma que el niño tiene una neumonía grave. En los niños con signos de neumonía se recomienda la terapia antimicrobiana, dependiendo ésta de la edad, la gravedad de la enfermedad y el lugar de tratamiento (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 1995).

La frecuencia respiratoria elevada caracterizó a entre un 38,4% (GBA) y un 59% (Salta) de los cuadros de tos y catarro, siendo más alta la incidencia entre los menores de dos años que entre los niños de 2 a 5 años; en el GBA 41,7% y 37,1%, respectivamente.

La espectacularidad de esta complicación induce a la consulta en más del 80% de los casos, siendo en general diferente la conducta en relación con la edad de los niños según muestra el siguiente cuadro para los distintos aglomerados.

Cuadro 6.17 Población de menores de 6 años que presentaron fatiga en los episodios de tos y catarro según demanda de consulta y grupo de edad por aglomerado de residencia

Aglomerado	Menores con fatiga	Total	Demanda de consulta	
			< 2 años	2 a 5 años
Gran Buenos Aires	180.143	81,3	88,1	78,2
Mendoza	15.939	83,1	81,8	84,1
Neuquén	3.385	77,7	59,7	86,1
Paraná	3.151	92,1	69,1	97,8
Río Gallegos	1.163	80,5	78,2	81,5
Rosario	30.454	78,5	90,0	74,1
Salta	24.026	68,9	81,7	62,0

Los altos porcentajes de consulta tanto en los menores de dos como en los menores de seis años expresan el grado de alarma que originan. En observaciones llevadas a cabo en Argentina en niños menores de un año que fallecieron por una infección respiratoria baja, un alto porcentaje provenía de familias con necesidades básicas insatisfechas, elevada frecuencia de antecedentes adversos en salud materno infantil, embarazo no controlado, desnutrición, vacunación incompleta e internaciones previas por infecciones respiratorias.

También se comprobó una insuficiente atención de la enfermedad, lo que señala la necesidad de generar acciones preventivas y curativas que reorganicen y mejoren el sistema de atención infantil (Sarasqueta y otros, 1993).

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

La enfermedad diarreica aguda es uno de los problemas más graves que afectan a la salud en la infancia. Es uno de los factores determinantes del retardo en el crecimiento y de la malnutrición y se inscribe entre las primeras causas de mortalidad en los niños menores de 5 años, siendo una causa en la mayoría de los casos prevenible. Se ha estimado que en la región latinoamericana los niños menores de cinco años padecen en promedio cuatro episodios de diarrea por año; ese promedio descendería a tres para el caso de la Argentina (OPS/OMS, 1994).

La eliminación de heces de consistencia muy disminuida es la respuesta a una infección y a la irritación intestinal, que ocasiona pérdidas anormalmente altas de líquidos y electrólitos vitales. Si estas pérdidas no se compensan rápidamente sobreviene la deshidratación, se altera la química sanguínea y plasmática y puede producirse la muerte como consecuencia de trastornos metabólicos y neurológicos.

Los más afectados son los niños de 6 a 18 meses de edad, víctimas de la llamada *diarrea del destete*, debida a las prácticas erróneas en el manejo de este período de transición: la introducción del biberón sin conocimiento de los riesgos de transmisión de infecciones, la mala higiene de los alimentos y la costumbre muy extendida de reducir o suprimir alimentos y líquidos durante los episodios agudos de diarrea (MSAS, 1994).

Durante la diarrea se pierden cantidades importantes de agua y de electrólitos, especialmente del ion sodio. La observación de la existencia de un «transporte activo» de este elemento en presencia de glucosa, que a su vez estimula la absorción pasiva de agua por las células intestinales, fue de capital importancia para establecer las bases fisiológicas del tratamiento de esta enfermedad.

El reconocimiento de nuevos organismos productores de diarrea (gérmenes enteropatógenos comunes, Escherichia coli enteropatógena, rotavirus, etcétera) y el avance de otras disciplinas, especialmente la epidemiología, permitieron orientar un nuevo enfoque en el tratamiento de esta enfermedad (OPS, 1987).

El Módulo indagó para la población de menores de 6 años acerca de la ocurrencia de un cuadro diarreico en los 15 días previos a la entrevista y en los casos afirmativos, por la duración del proceso -menor o mayor de tres días-. Entre un 5,6% (Mendoza) y un 3,8% (Paraná y Salta) de la población de niños de los aglomerados había presentado este cuadro.

La proporción de casos que superaron los tres días de duración se ubicaron en un rango entre el 3,6% y el 1,0% correspondiente a los mismos aglomerados. La incidencia fue mayor entre los niños menores de 2 años (como ejemplo, 7% frente al 3,9 de los menores de entre 2 y 5años en el caso del GBA). Este nivel de incidencia relativamente bajo, puede explicarse por el hecho que el relevamiento fue realizado fuera del período estival. Respecto a la consulta efectuada, se aprecian conductas similares a las observadas en los cuadros respiratorios, siendo mayor la demanda de consulta del grupo de los menores de dos años.

Cuadro 6.18 Población de menores de 6 años según demanda de consulta por episodios de diarrea y grupo de edad por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total con diarrea	Demanda de consulta		
		Total	< 2 años	2 a 5 años
			%	
Gran Buenos Aires	55.629	73,7	76,4	71,5
Mendoza	5.796	67,9	91,7	50,0
Neuquén	1.180	82,0	67,4	92,3
Paraná	1.083	95,7	93,2	100,0
Río Gallegos	321	70,1	80,0	60,0
Rosario	5.701	64,7	55,1	72,7
Salta	1.748	65,9	87,0	36,4

La diarrea prolongada, que perdura más de quince días, está indicando un proceso severo, ya que produce una alteración de toda la mucosa intestinal y las capas subyacentes, por lo que su control y tratamiento difiere de la diarrea aguda. Entre los niños que tuvieron diarreas en el GBA el 35,2% estuvo afectado por un proceso de más de tres días, siendo más afectados los niños menores de 2 años (50,8%) que los de 2 a 5 años (22,7%).

Cuadro 6.19 Población de menores de 6 años según demanda de consulta por episodios de diarrea de más de tres días y grupo de edad por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total con diarrea	Demanda de consulta		
		Total	< 2 años	2 a 5 años
			%	
Gran Buenos Aires	19.596	84,7	92,4	71,8
Mendoza	2.070	100,0	100,0	100,0
Neuquén	852	93,8	80,1	100,0
Paraná	444	89,4	89,4	–
Río Gallegos	177	100,0	100,0	100,0
Rosario	2.557	100,0	100,0	100,0
Salta	462	72,1	100,0	50,2

La conducta inicial ante la diarrea por parte de la madre es un dato que permite conocer el grado de conocimiento acerca de alternativas de tratamiento que han sido ampliamente difundidas, en especial en la época estival. Un conjunto de medidas prácticas y sencillas pueden reducir de manera considerable la morbimortalidad por esta afección, entre ellas el tratamiento inmediato de la diarrea aguda con sales de hidratación oral y la alimentación apropiada durante el período de diarrea y de la convalecencia.

Cuadro 6.20 Población de menores de 6 años con episodios de diarrea según grupo de edad por conducta inicial ante el cuadro. Aglomerado del GBA

	Total	< 2 años	2 a 5 años
		%	
Más agua	45,1	43,6	46,2
Agua de arroz	45,8	45,5	46,1
Antidiarreicos	24,4	20,3	27,7
Sales hidratación	8,0	12,1	4,6
Antibióticos	5,1	–	9,1

Las prácticas de asistencia a la madre y al niño para la prevención de la diarrea consideran adecuadas las medidas tendientes a no suspender precozmente la alimentación de pecho, la enseñanza en la preparación de alimentos para el destete y la importancia de la higiene doméstica y personal, el otorgamiento de un oportuno apoyo nutricional y la colaboración para la implementación de mejores prácticas de higiene ambiental (uso y conservación de servicios de agua potable y medidas de control de las epidemias por enfermedades transmisibles). La aplicación de este tipo de medidas ha dado como resultado un notable descenso en las tasas de mortalidad por esta afección en los menores de 1 a 4 años de edad (MSAS, 1994; OPS, 1987).

La conducta puede incluir combinaciones de alternativas, la más frecuentemente utilizada es el aporte de líquidos, siguiendo luego el uso de antidiarreicos, conducta no recomendada pues puede llegar a encubrir un cuadro severo. Las sales de hidratación y los antibióticos fueron menos empleados. La actitud no varía con la edad del niño, salvo para el uso de las sales de hidratación, que son más utilizadas en los menores de dos años.

Según muestra el Cuadro 6.21, la conducta inicial ante el cuadro de diarrea es diferente según el nivel educativo de la madre o respondente.

Cuadro 6.21 Población de menores de 6 años con episodios de diarrea según nivel de educación de la madre o respondente[1] por conducta inicial ante el cuadro. Aglomerado del GBA

Conducta inicial	Total	SI/PI	PC/SI	SC y más
		%		
Más agua	45,1	32,8	43,7	58,9
Agua de arroz	45,8	32,8	51,2	49,2
Antidiarreicos	24,4	20,6	25,0	27,1
Sales hidratación	8,0	6,7	13,5	–
Antibióticos	5,1	6,5	7,3	–

[1] SI/PI: Sin instrucción/Primaria incompleta.
PC/SI: Primaria completa/Secundaria incompleta.
SC/UC: Secundaria completa y más.

Una proporción mayor de madres o respondentes con secundario completo o mayor nivel educativo ofreció más agua como parte de la primera respuesta ante el cuadro de diarrea (58,9%). Dicha proporción disminuye en el caso de madres de menor nivel educativo: 43,7% en aquellas con nivel primario completo o secundario incompleto y 32,8% entre las que no poseen instrucción o solo tienen nivel primario incompleto.

El uso de las sales de hidratación oral, medida ampliamente respaldada por la evaluación de su eficacia, aparece como conducta seguida solo por niveles educativos medios o bajos, pudiendo hipotetizarse que la divulgación de la información acerca de sus beneficios ha estado focalizada en esos sectores para los cuales la práctica médica la ha privilegiado.

Todas las consultas efectuadas fueron evacuadas por profesional médico; no se registró consulta a nivel de enfermera o agente sanitario.

ACCIDENTES

Los accidentes son -en la mayor parte de los casos- eventos prevenibles y constituyen una de las primeras causas de muerte entre los niños menores de 6 años. En nuestro país los accidentes ocupan el cuarto lugar entre las causas de muerte de los niños menores de 1 año, siendo superados por las afecciones originadas en el período perinatal, las anomalías congénitas, la influenza y neumonía. Su incidencia es mayor en el grupo de 1 a 4 años, grupo para el que representa la primera causa de muerte.

Los accidentes son asimismo una importante causa de morbilidad, habiéndose estimado una relación de 45 admisiones hospitalarias y 1.300 casos que requieren posterior tratamiento ambulatorio por cada

niño que muere por esta causa (Gallagher y otros, 1984).

Al determinar los factores de riesgo de accidentes en la población infantil se deben tomar muy en cuenta los de causa exógena (agente y ambiente) y las endógenas (las características propias del niño y su entorno inmediato). Se debe tener presente que el niño es un ser en proceso de crecimiento y desarrollo que debe ser considerado junto a su entorno familiar con sus características propias, económicas, educacionales y sociales.

En la población encuestada aparece una alta prevalencia de accidentes, menor que la de las afecciones respiratorias pero sustancialmente mayor que las diarreicas. Las caídas constituyen el tipo más frecuente de accidentes en todas las edades. Se estima que aproximadamente un tercio de los accidentes ocurren en el hogar, siendo característicos de los menores de 5 años.

Cuadro 6.22 Población de menores de 6 años según ocurrencia y tipo de accidente que demanda consulta por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Demanda de consulta		
		Golpes	Quemaduras	Intoxicaciones
		%		
Gran Buenos Aires	19,2	15,4	3,4	2,6
Mendoza	26,3	18,6	6,2	4,6
Neuquén	19,4	13,6	5,4	1,7
Paraná	21,8	18,3	3,8	3,1
Río Gallegos	16,5	12,8	4,1	0,8
Rosario	15,1	13,3	1,9	1,0
Salta	19,3	16,0	3,0	1,6

Con el inicio de la deambulación aumenta sensiblemente el riesgo de accidentes. La coordinación motora todavía imperfecta en el niño pequeño es la causa de la facilidad en las caídas. Se afirma, con justicia, que los accidentes crecen con la edad. La curiosidad, hiperactividad y el sentido de imitación que impulsan a tocarlo todo y llevarlo todo a la boca, ocasionan las intoxicaciones.

Las quemaduras son mucho más frecuentes en los niveles socioeconómicos bajos, en lo que puede incidir el hacinamiento y las fuentes de calor y luz mal protegidas, riesgos que se potencian por el hecho que el niño no distingue el peligro del fuego o de la electricidad.

Cuadro 6.23 Población de menores de 6 años según tipo de accidente[1] por asistencia a institución (guardería, jardín o escuela), Aglomerado del GBA

Asistencia a institución	Tipo de accidente		
	Golpes/caídas	Quemaduras	Intoxicaciones
Total	15,4	3,4	2,6
Asiste	21,1	3,8	2,4
No asiste	11,7	3,1	2,7

[1] Tasas de accidentes

Las tasas de accidentes observadas para los niños no muestran diferencias importantes entre aquellos que concurren a alguna institución educativa y los que no lo hacen en el caso de quemaduras e intoxicaciones, a diferencia de las referidas a accidentes causados por golpes y caídas que aumenta de manera importante en la población de niños que asisten a tales instituciones.

D. COMENTARIOS FINALES

La salud en la infancia -como en ninguna otra etapa de la vida- es altamente dependiente de una serie de condicionantes que se expresan sintéticamente a través de las condiciones de vida de los niños.

Entre los factores que influyen en las condiciones de salud de los niños cabe destacar los niveles de satisfacción de necesidades básicas y la cobertura en salud. En los aglomerados considerados entre un 18,6% y un 41,8% de los niños menores de 6 años pertenecen a hogares con necesidades básicas insatisfechas. En tanto, en cinco de los aglomerados más del 40% de los niños carece de cobertura de seguro médico.

La alta cobertura referida a la consulta durante el primer año de vida está fuertemente asociada a la institucionalización del parto. Sin embargo, a partir de la información no se puede inferir que ello implique el seguimiento de las normas de control recomendadas. El cumplimiento del control posterior -a partir del año de edad- muestra niveles insatisfactorios, algo más de un tercio de la población menor de 6 años no ha concurrido al mismo en los últimos doce meses, información que debiera ser considerada en el diseño de las acciones de protección de la salud infantil.

Las tasas de inmunización para las seis vacunas de aplicación obligatoria durante el primer año de vida no muestran diferencias significativas entre los aglomerados. Cabe destacar sin embargo, el menor nivel de cobertura para la vacuna Sabin en todos los aglomerados y de la triple en el Aglomerado del Gran Buenos Aires. El nivel inmunitario a través del cumplimiento de las normas de vacunación aparece asociado al nivel educativo de la madre.

La incidencia en la morbimortalidad de patologías más frecuentes en el niño menor de seis años -infecciones respiratorias, enfermedad diarreica aguda y accidentes-, puede ser reducida mediante acciones normatizadas en los programas de atención primaria.

En las infecciones respiratorias agudas -que se hicieron presentes entre un 38,4% y un 55% de los niños de los aglomerados- la falta de cobertura aparece como una barrera concreta al acceso a la consulta médica. No se observaron diferencias importantes en relación con la satisfacción de necesidades básicas, sin embargo los niños NBI presentaron los cuadros respiratorios más severos. Ante el inicio del cuadro respiratorio y previo a la consulta, un 15% en el GBA recurrió a una medicación ineficaz y al uso de antibióticos que tienen precisa indicación frente a cuadros graves.

Entre un 5,6% y un 3,8% de la población menor de 6 años de los aglomerados presentó un cuadro diarreico en los 15 días previos a la entrevista, siendo la mayor proporción de afectados los niños menores de dos años. La conducta adoptada ante el inicio del cuadro fue la administración de líquidos en la mitad de los casos. En cambio, uno de cada cuatro niños recibió antidiarreicos y uno cada veinte antibióticos, conductas que están desaconsejadas.

El grado de seguimiento de conductas recomendadas -como el dar más agua- aparecieron condicionadas por el nivel educativo de la madre; sin embargo resulta paradojal que el suministro de sales de hidratación, medida ampliamente respaldada por la evaluación de su eficacia, solo fue utilizado por aquellas con los niveles educativos más bajos.

Se detectó un alto nivel de consulta en relación tanto con las diarreas como con las enfermedades respiratorias, aumentando en las edades más tempranas y en función de la severidad del cuadro. Sin embargo, las tendencias observadas a la automedicación y al uso excesivo de antibióticos deben alertar acerca

de la necesidad de acrecentar los esfuerzos que se despliegan en el sentido de normatizar el control y tratamiento de estas enfermedades.

La alta prevalencia de accidentes en la población encuestada, entre un 15 y un 22% en los aglomerados considerados, evidencia su importancia y la necesidad de arbitrar los medios -fundamentalmente educacionales- para evitarlos.

El alcance de los programas de vacunaciones y de asistencia alimentaria, con impacto en las condiciones de salud infantil destacan la importancia de estas estrategias que pueden ser mejor explotadas como oportunidades para lograr un mayor acceso de la población infantil -en particular el de los grupos más vulnerables- a las acciones de prevención, promoción y atención de la salud.

CAPÍTULO 7

EDUCACIÓN Y TRABAJO INFANTIL

María Ester Rosas[1]

En este capítulo se abordan dos temas indagados por el cuestionario dirigido a la población de 6 a 14 años del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales: la educación y el trabajo infantil[2]. El análisis de los mismos se enmarca dentro de los propósitos para los que fuera diseñado el Módulo: posibilitar el seguimiento de la situación social de la infancia y, en particular, evaluar el cumplimiento de las metas establecidas por el acuerdo suscripto por la Argentina en 1990 en la Cumbre Mundial de la Infancia.

En este sentido, la meta se propone lograr la cobertura universal de la enseñanza primaria para los niños en las edades correspondientes. Ello implica mejorar la calidad y pertinencia de los contenidos de la enseñanza para evitar la baja escolarización, el abandono y la ineficiencia global del sistema educativo.

En consonancia con lo expresado se seleccionaron un conjunto de indicadores de educación y trabajo infantil que permitiesen realizar un diagnóstico sintético de la situación de la infancia respecto a esas dimensiones, como también el seguimiento de metas cuantitativas. El análisis se circunscribe a siete ciudades con información ya procesada, efectuándose comentarios más detallados en el caso del Aglomerado del Gran Buenos Aires que para el resto de las localidades: Rosario, Mendoza, Salta, Neuquén, Paraná y Río Gallegos. Por motivos que se exponen luego, el tema de la educación se desarrolla en forma bastante más extensa que el del trabajo infantil.

Tal como lo postulaban hipótesis previas, los logros educativos de los niños se asocian estrechamente con la condición de pobreza de los hogares de los que éstos provienen. La consideración de esa diferenciación social cumple también con fines operativos ya que suministra elementos para el diseño y seguimiento de políticas y programas educativos dirigidos a grupos de niños especialmente vulnerables.

Las mediciones de pobreza efectuadas en este estudio son las del INDEC y siguen las definiciones conceptuales y operacionales adoptadas por el Comité Ejecutivo para el

[1] Proyecto "Estudio de la pobreza en la Argentina", Secretaría de Programación Económica (PNUD ARG 93/007)

[2] Para el tema de la educación se utilizan también datos provenientes del cuestionario dirigido a los niños menores de seis años que permiten estimar la cobertura de los jardines de infantes y guarderías.

Estudio de la Pobreza en la Argentina (CEPA). Los hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) o en pobreza estructural son aquellos que cumplen al menos una de las siguientes condiciones: 1) hacinamiento de más de 3 personas por cuarto de uso exclusivo del hogar; 2) hogares en vivienda inconveniente: todos los tipos de vivienda menos casa o departamento y rancho; 3) hogares en vivienda sin inodoro con descarga de agua; 4) hogares con algún niño de 6 a 12 años que no asiste a la escuela; y 5) hogares cuyo jefe tenga una educación hasta primaria incompleta y además una relación de 4 o más personas por miembro ocupado (CEPA, 1993 a). A su vez, los hogares pobres por línea de pobreza (LP) son aquellos con ingresos menores al valor de una canasta que cubre las necesidades alimentarias y no alimentarias mínimas de sus integrantes teniendo en cuenta su sexo y edad (CEPA, 1993 b).

Respecto a los dos métodos utilizados en este trabajo para medir la pobreza, cabe aclarar que la pobreza por NBI o estructural varía mucho más lentamente que la pobreza por ingreso debido a que mide carencias sumamente críticas en vivienda, saneamiento y educación, cuya modificación responde básicamente a políticas de larga maduración. En contrapartida, la pobreza por ingresos ha sufrido fuertes oscilaciones ligadas a factores más coyunturales tales como el nivel de los precios y de los ingresos, y el desempleo y subempleo. Finalmente, cabe señalar que tanto la incidencia de la pobreza estructural como la de ingresos es mayor en la población infantil que en la adulta debido a que hay mayor número de niños en los hogares carenciados, definidos por uno u otro método, que en los que no sufren las consiguientes necesidades.

A. EDUCACIÓN: ESCOLARIZACIÓN, EXCLUSIÓN Y ABANDONO ESCOLAR

La situación en el Aglomerado del Gran Buenos Aires indica que el 96,1% de los niños de 6 a 14 años asiste a la escuela, proporción que revela una alta tasa de escolarización (Cuadro 7.1). La mayor parte de esa población concurre a establecimientos del nivel primario (79,1%) mientras que el resto asiste, casi en su totalidad, a escuelas secundarias (16,9%). Estos valores señalan que un 96% de la población escolarizada de 6 a 14 años se encuentra cubierta por la oferta educativa del nivel primario o ha finalizado dicho nivel. Esta proporción es algo superior a la meta fijada para el decenio de 1990 por la Cumbre Mundial de la Infancia que establece una cobertura de enseñanza primaria para el 90-95% de los niños en edad escolar (UNICEF, 1990).

Cuadro 7.1 Tasas de escolarización, de exclusión y de abandono escolar de la población de 6 a 14 años según sexo en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Tasas	Total	Varones	Mujeres
Tasa de escolarización	96,1	96,5	95,7
Preescolar	0,2	0,2	0,2
Primaria	79,1	79,8	78,3
Secundaria	16,9	16,4	17,3
Tasa de marginación	3,9	3,5	4,3
Tasa de exclusión	0,7	0,4	0,9
Tasa de abandono	3,2	3,1	3,3
Preescolar	0,3	–	–
Primaria	2,5	–	–
Secundaria	0,3	–	–
Población de 6 a 14 años[1]	1.853.259	925.009	928.250

[1] En este estudio se denomina tasa de exclusión a la proporción de niños que nunca concurrieron a la escuela sobre el total de niños en las edades correspondientes, y tasa de abandono, a la proporción que asistió pero que ya no asiste, sobre el mismo denominador anterior. La tasa de marginación del sistema escolar es la sumatoria de las dos tasas mencionadas y la inversa de la tasa de escolarización o tasa de asistencia.

El 3,9% de los niños de 6 a 14 años del aglomerado no asiste a la escuela, es decir, se encuentra marginado del sistema educativo. Solo el 0,7% nunca ha concurrido a establecimiento alguno, correspondiendo el 3,2% restante a escolares que abandonaron en algún nivel, básicamente el primario (2,5%).

La tasa de escolarización de la población masculina de 6 a 14 años es levemente superior a la femenina: 96,5% y 95,7% respectivamente. A pesar de la pequeña diferencia a favor de los varones, se constata que la escolarización en el nivel secundario de las mujeres en esas edades es algo mayor a la de otro sexo: 17,3% y 16,4% respectivamente. En otras palabras, una mayor proporción de mujeres que de varones que asisten a la escuela se halla en el nivel secundario. Ello esboza cierta tendencia a una mayor retención de la población femenina por parte del sistema educativo.

En concordancia con los datos comentados se aprecian diferencias leves respecto a las tasas de marginación del sistema educativo por sexos: 3,5% para los varones y 4,3% para las mujeres; como también, respecto a su componente principal, el abandono escolar: 3,1% y 3,3% respectivamente.

El comportamiento de los indicadores de escolarización por género que se ha comentado, refuerza la conclusión de numerosas investigaciones sobre la educación en la Argentina que señalan que la demanda educativa en el país es alta y tiene un comportamiento bastante igualitario por sexo (CONADE, 1964; INPE, 1974) y más recientemente World Bank (1988) y Aguerrondo (1993).

En contrapartida, al considerar la condición de pobreza de los hogares, se aprecian diferencias más notables en las tasas de escolarización. Ello condice con los resultados de algunos estudios recientemente realizados en el país que señalan la estrecha asociación existente entre carencias educativas y pobreza (Aguerrondo, 1993; Tenti Fanfani, 1992 y 1993).

Para los niños de 6 a 14 años pertenecientes a hogares con necesidades básicas insatisfechas, el nivel de cobertura escolar es de 92,4%, mientras que para el resto, en hogares no pobres por NBI, la cobertura resulta cinco puntos mayor: 97,7%.

Cuadro 7.2 Tasas de escolarización, de exclusión y de abandono escolar de la población de 6 a 14 años según sexo y condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar

Tasas y condición de NBI	Total	Varones	Mujeres
En hogares no pobres por NBI			
Tasa de escolarización	97,7	98,2	97,3
Tasa de marginación	2,3	1,8	2,7
Tasa de exclusión	0,2	0,0	0,3
Tasa de abandono	2,1	1,8	2,4
En hogares pobres por NBI			
Tasa de escolaridad	92,4	91,8	92,9
Tasa de marginación	7,6	8,2	7,1
Tasa de exclusión	1,7	1,5	1,8
Tasa de abandono	6,0	6,7	5,3

El indicador de marginación más significativo es el abandono ya que la exclusión total del sistema educativo es sumamente escasa (1,7% para los pobres según NBI y 0,2% para el resto). Por su parte, la tasa de deserción o abandono escolar de los niños de hogares con pobreza estructural es tres veces mayor que la del resto de los niños (6,0% versus 2,1%). Ello señala la necesidad de instrumentar políticas educativas compensatorias para mejorar el nivel de retención de la población infantil con NBI. El Plan Educativo Nacional cuya

implementación plena se ha comenzado a desarrollar en 1994, tiene entre sus objetivos manifiestos ese propósito.

Al considerar el abandono según sexo de los niños pobres por NBI se aprecia que las tasas masculinas son algo más altas que las femeninas (6,7% y 5,3% respectivamente), destacándose una relación inversa en el marco de valores mucho más bajos, en el caso de los niños y niñas de los hogares que no sufren aquella condición (1,8% y 2,4% respectivamente). Tras los valores comentados subyace la problemática de la calidad de la enseñanza que corre paralela a la devaluación del papel de la escuela básica y de su utilidad como formativa para el trabajo, en especial para los sectores más pobres. Estas cuestiones educacionales parecerían presentarse con algo más de intensidad para los niños varones de los hogares NBI.

En general, cuando se considera a la población infantil bajo estudio según pobreza por ingreso, las diferencias en el comportamiento de los indicadores resultan significativas aunque algo más leves que en el caso de la pobreza estructural.

La tasa de asistencia de los niños de 6 a 14 años de hogares pobres por línea de pobreza es cuatro puntos porcentuales más baja que la de los niños en hogares que no sufren esa condición: 93,2% versus 97,2% (Cuadro 7.3). Sin embargo, el porcentaje de niños pobres en esas edades que asiste a la escuela primaria es algo mayor que el correspondiente al resto de los niños. Esta situación, aparentemente paradójica, se debe a que una proporción mucho menor de niños pobres por ingreso concurre en esas edades a la escuela secundaria. Las diferencias de acceso a la escuela secundaria resultan especialmente notables entre los niños varones pobres y no pobres por LP (10,2% versus 18,1%). Los resultados comentados tienen como origen mayores niveles de repitencia y desgranamiento en la escuela primaria y en el pasaje a la secundaria de los niños de hogares pobres. Estos temas se abordarán posteriormente en este capítulo.

Cuadro 7.3 Tasas de escolarización, de exclusión y abandono escolar de la población de 6 a 14 años según sexo y condición de pobreza por nivel de ingreso del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Tasas y pobreza por ingreso	Total	Varones	Mujeres
Hogares no pobres			
Tasa de escolarización	97,2	97,5	97,0
Preescolar	0,2	0,3	0,0
Primaria	79,1	79,1	79,1
Secundaria	18,0	18,1	17,9
Tasa de marginación	2,8	2,5	3,0
Tasa de exclusión	0,1	0,2	0,5
Tasa de abandono	2,6	2,3	2,6
Preescolar	0,3	–	–
Primaria	2,2	–	–
Secundaria	0,1	–	–
Hogares pobres			
Tasa de escolarización	93,2	92,8	93,2
Preescolar	0,4	0,0	0,9
Primaria	80,5	82,6	78,1
Secundaria	12,3	10,2	14,3
Tasa de marginación	6,8	7,2	6,8
Tasa de exclusión	1,5	1,3	1,7
Tasa de abandono	5,3	5,9	5,1
Preescolar	0,4	–	–
Primaria	3,8	–	–
Secundaria	1,1	–	–

En lo relativo al abandono de la escuela debe destacarse que la tasa de deserción de la población infantil que pertenece a hogares pobres por ingresos es el doble que la del resto, 5,3% versus 2,6% (Cuadro 7.3). Entre géneros, las tasas de escolarización y abandono no registran diferencias importantes entre los niños de hogares en situación crítica de ingresos y entre los que no sufren esa situación.

En resumen, es conveniente señalar que en el GBA, el 93,2% de los niños de 6 a 14 años que integran hogares pobres por ingreso y el 92,4% de los que sufren pobreza estructural, asiste o ha terminado el nivel primario. Ambos porcentajes se ubican en el intervalo de 90 a 95% de cobertura de la escuela primaria para los niños en edad escolar, pobres y no pobres, fijado por la Cumbre Mundial de la Infancia como meta para el decenio.

LA SITUACIÓN EN LAS CINCO CIUDADES

El nivel de asistencia a la escuela de la población de 6 a 14 años en los cinco aglomerados oscila entre un 96% en Rosario y un 99% en Río Gallegos (Cuadro 7.4). En esas ciudades y en el GBA la cobertura de la escuela primaria supera la meta establecida para el decenio.

Cuadro 7.4 Tasas de escolarización, de exclusión y de abandono escolar de la población de 6 a 14 años por aglomerado de residencia

Tasas	Rosario	Neuquén	Paraná	Río Gallegos	Salta	Mendoza
Tasa de escolarización	96,4	98,6	97,9	99,2	98,2	97,8
Tasa de marginación	3,6	1,4	2,1	0,8	1,8	2,2
Tasa de exclusión	0,1	0,1	1,0	0,3	0,2	0,1
Tasa de abandono	3,5	1,2	1,1	0,5	1,6	2,0

El abandono, principal componente de la marginación escolar, registra su valor más alto en la ciudad santafecina (3,5%). Por su parte, la ausencia total de escolarización no es significativa en ninguno de los aglomerados.

Tal como se observó en el caso del Gran Buenos Aires, en cada una de las ciudades analizadas el nivel de asistencia a la escuela de niños y niñas es muy similar.

Finalmente, el abandono de la escuela registra el nivel más alto en el caso de los varones de Rosario (3,6%) y su valor más bajo, entre las mujeres de Río Gallegos (0,3%).

Cuadro 7.5 Tasas de escolarización, de exclusión y de abandono escolar de la población de 6 a 14 años según sexo por aglomerado de residencia

Tasas	Rosario	Neuquén	Paraná	Río Gallegos	Salta	Mendoza
Varones						
Tasa de escolarización	96,1	98,1	98,2	98,9	98,6	97,7
Tasa de marginación	3,9	1,9	1,8	1,1	1,4	2,3
Tasa de exclusión	0,3	0,0	0,8	0,3	0,2	0,0
Tasa de abandono	3,6	1,9	1,0	0,8	1,2	2,3
Mujeres						
Tasa de escolarización	96,7	99,2	97,6	99,5	97,7	97,9
Tasa de marginación	3,3	0,8	2,4	0,5	2,3	2,1
Tasa de exclusión	0,0	0,3	1,2	0,3	0,2	0,3
Tasa de abandono	3,3	0,5	1,2	0,3	2,1	1,8

Los logros de escolarización comentados empeoran al considerar la pobreza estructural, tal como puede observarse en el Cuadro 7.6. La cobertura escolar de niños pobres más deficitaria corresponde a Paraná (92,7%) y a Mendoza (93,8%). Sin embargo, los valores se encuentran entre los establecidos para el decenio para todos los niños. En el otro extremo, el mejor nivel de asistencia escolar de población NBI se registra en la ciudad de Neuquén y en Salta (96,8% y 96,4% respectivamente).

Las diferencias de cobertura de los niños con y sin NBI al interior de una misma ciudad resultan notables en Paraná (diferencia porcentual de 7,3 puntos) y en Mendoza (5,3 puntos). En la primera localidad se observa una

segmentación clara de la asistencia a la escuela que de acuerdo a los datos muestrales, resulta plena para los niños no pobres y la más deficitaria de las observadas para los pobres. Finalmente, la condición de pobreza estructural define diferencias relativamente leves en relación a la población sin esas carencias en Rosario, Neuquén y Salta (en cada caso 2 6 3 puntos).

Cuadro 7.6 Tasas de escolarización, de exclusión y de abandono escolar de la población de 6 a 14 años según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Tasas y condición de NBI	Rosario	Neuquén	Paraná	Río Gallegos	Salta	Mendoza
Hogares sin NBI						
Tasa de escolarización	96,9	99,1	100,0	99,8	98,7	99,1
Tasa de marginación	3,1	0,9	0,0	0,2	1,3	0,9
Tasa de exclusión	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tasa de abandono	3,1	0,9	0,0	0,2	1,3	0,9
Hogares con NBI						
Tasa de escolarización	94,6	96,8	92,7	95,5	96,4	93,8
Tasa de marginación	5,4	3,2	7,3	4,5	3,6	6,2
Tasa de exclusión	0,5	0,6	3,5	1,9	0,7	0,8
Tasa de abandono	4,9	2,6	3,8	2,6	2,9	5,5

Los niveles de abandono escolar de los niños con NBI resultan más altos en Mendoza (5,5%) y Rosario (4,9%) que en el resto de las ciudades.

Por último, la exclusión total de los niños en pobreza estructural por parte del sistema educativo alcanza la máxima magnitud en Paraná (3,5%). Los niños con NBI de esa ciudad tienen la particularidad de tener una tasa de abandono de nivel similar a la de exclusión total comentada (3,8 versus 3,5).

Del análisis de los dos puntos anteriores puede concluirse que a pesar de la desigualdad social que marca la pobreza y que se manifiesta en coberturas diferenciales en la totalidad de las ciudades estudiadas, los niños pobres que residen en ellas asisten masivamente a la escuela básica hoy vigente. Sin embargo, y como se verá en los próximos puntos, la desigualdad social señalada adquiere magnitudes altamente significativas en otras dimensiones de la problemática educativa.

B. EFICIENCIA DE LA ESCOLARIZACIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO

Son varias las investigaciones que desde diversas ópticas reconocen que la problemática educativa de la escuela primaria en la Argentina se ha trasladado de la insuficiencia de la cobertura por parte del sistema escolar a deficiencias en la calidad de la enseñanza (Aguerrondo, 1993; Tenti Fanfani, 1992 y 1993; World Bank, 1988; desde un enfoque económico y como nueva problemática general de la políticas sociales públicas en el país, Beccaria y Carciofi, 1993).

Algunos datos recogidos por el Módulo permiten acercarse a la medición de la calidad de la enseñanza primaria tomando como variable indicativa o «proxi» de déficit cualitativo la proporción de escolares cuyas edades resultan normativamente superiores a las esperadas para el grado que cursan. Este indicador se vincula estrechamente con la repitencia y, en menor medida, a la entrada tardía a la escuela primaria y al reingreso luego del abandono.

Dado que el Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales se relevó junto a la EPH del mes de mayo de 1994, y considerando que la reglamentación escolar estipula que la edad para comenzar el nivel primario es de seis años para aquellos que cumplen siete luego del 30 de junio, o cinco para los que cumplen seis antes de esa fecha, se ha considerado a los niños de 7 o más años en primer grado como retrasados en escolaridad según edades esperadas de concurrencia. Los niños de 8 y más años tienen tal condición cuando asisten a segundo grado, los de 9 y más cuando concurren a tercer grado y así sucesivamente[1].

Como lo indican estudios anteriores sobre el tema, la proporción de alumnos primarios con retraso, especialmente cuando se trata de niños pobres, es considerablemente alta. La investigación a cargo de Aguerrondo desarrollada en el marco del IPA en 1988 a partir de encuestas especialmente diseñadas para la indagación de los temas educativos, ha demostrado tal tendencia para el conjunto de la población escolar y, en especial, para la residente en hogares con diversos tipos de pobreza, en el área del conurbano bonaerense y de las ciudades de General Roca, Neuquén, Posadas y Santiago del Estero.

SITUACIÓN EN EL AGLOMERADO DEL GRAN BUENOS AIRES

El 17,2% de los escolares que asisten a las escuelas primarias del GBA tiene edades superiores a las normativamente esperadas para los grados que cursan (Cuadro 7.7). Cabe destacar que no se aprecia un comportamiento diferencial del indicador según género.

[1] El retraso así estimado implica una pequeña subestimación. En el caso de los asistentes a primer grado, los niños de seis años que cumplen siete antes del 1º de julio y después del día del mes de mayo en que se relevó el Módulo, están retrasados en escolaridad.

Cuadro 7.7 Porcentaje de escolares retrasados por grado y ciclo en la escuela primaria según sexo y condición de pobreza por nivel de ingreso del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Grado y ciclo	Total			No pobres por ingreso			Pobres por ingreso		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	**17,2**	**17,3**	**17,1**	**14,1**	**14,4**	**13,9**	**25,7**	**25,0**	**26,4**
1er. grado	13,0	8,4	17,7	12,6	7,3	17,2	13,9	10,7	20,0
2do. grado	14,3	16,7	11,3	12,8	15,8	8,7	18,8	20,2	17,6
3er. grado	13,2	15,5	10,7	9,1	10,7	7,4	22,1	26,7	17,7
4to. grado	21,5	23,3	20,0	17,2	19,3	15,5	32,3	32,2	32,5
5to. grado	24,4	22,1	26,5	19,8	17,8	21,6	36,2	32,4	40,3
6to. grado	17,9	20,8	15,3	15,0	17,1	13,0	26,3	31,1	21,7
7mo.grado	16,8	16,4	17,2	12,7	13,7	11,9	31,9	27,0	35,9
1ºa 3ºgrado	13,5	13,6	13,3	11,6	11,6	11,5	18,5	18,7	18,2
4ºa 7ºgrado	20,4	20,7	20,0	16,3	16,9	15,7	32,0	31,1	33,0

El nivel de retraso es menor en el primer ciclo de la escuela primaria (13,5%), etapa que abarca los tres primeros grados y que se corresponde con la adquisición de conocimientos básicos para la lecto-escritura y rudimentos de cálculo. En los cuatro últimos grados la proporción de alumnos retrasados es bastante mayor (20,4%), siendo los grados cuarto y quinto los que plantearían más dificultades a los escolares de acuerdo a los niveles de retraso registrados (21,5% y 24,4% respectivamente).

Al considerar el retraso de grado por ciclos según género no se aprecian diferencias significativas. Sin embargo cabe señalar que en el primer ciclo escolar, se destaca el mayor retraso en primer grado por parte de las mujeres (17,7% versus 8,4% de los varones), equilibrándose luego la situación en los dos grados posteriores en los que las tasas de retraso son más altas para los varones. Esto permite postular que la mayor incidencia del retraso

aquí, por ejemplo relacionándolos con el abandono escolar por sexo. A pesar de ello, puede señalarse que en el mayor retraso por edad de las niñas de Rosario, incide especialmente el de los grados del segundo ciclo de la escuela primaria (4° a 7°). En efecto en este ciclo el 32% de las mujeres tienen edades superiores a las esperadas según el grado que cursan, mientras que el valor correspondiente a los varones es 8 puntos más bajo. Como se señala en otro apartado de este capítulo, la tasa de empleo de las niñas de 10 a 14 años, especialmente en tareas de ayuda al trabajo de un familiar, son relativamente altas en Rosario.

En el otro extremo de la situación por género, se observa también un comportamiento diferencial. En Mendoza el mayor retraso escolar de los varones obedece básicamente a un menor logro en el primer ciclo de la escuela primaria (23% y 14% de niños y niñas con retraso escolar, respectivamente). En Río Gallegos, donde se registran los diferenciales de rendimiento más altos, el retraso por edades esperadas de los varones respecto a las mujeres es importante tanto en el primer como en el segundo ciclo de la escuela primaria.

En términos generales, sin discriminar por género, y como es de esperar por el problema de la repetición de más de un grado, el retraso por edad es mayor en los niños que cursan el segundo ciclo del primario. La excepción es Paraná, en donde el atraso por edad en el primer ciclo es algo mayor que en el segundo. En este resultado incide el valor del retraso correspondiente al 6° grado, 16 %, mientras que en los restantes grados el indicador del retraso se ubica arriba del 23%. En la diferencia señalada en el texto puede incidir pues algún problema de representatividad muestral.

El retraso de grado en el ciclo inicial, en el que se asientan conocimientos básicos para la lecto escritura y rudimentos de cálculo, presenta los valores más altos en Paraná y Rosario en donde una cuarta parte de los escolares tiene edades superiores a las normativamente esperadas. En el otro extremo, Salta registra la menor proporción de escolares en esa situación (13%).

Finalmente, los niveles de atraso por edad en el segundo ciclo de la escuela primaria resultan notables en Neuquén, Rosario y Río Gallegos (27 a 30%) y asumen el menor valor en Salta (17%).

El Cuadro 7.10 ilustra claramente como van acumulándose los problemas de rendimiento escolar a medida que los niños son mayores e indica, indirectamente, la importancia de detener el crecimiento de esta espiral viciosa de la carrera escolar básica.

Cuadro 7.10 Porcentaje de escolares retrasados según sexo y edad y por aglomerado de residencia

Edad	Rosario	Neuquén	Paraná	Río Gallegos	Salta	Mendoza
Total	**23,8**	**25,5**	**23,8**	**23,1**	**15,2**	**20,2**
6 años	1,4	4,1	4,0	1,1	0,0	2,3
7 años	11,9	17,0	6,7	16,5	8,3	4,5
8 años	21,7	26,6	28,5	11,4	8,9	24,1
9 años	27,2	19,5	22,7	20,8	12,4	17,4
10 años	20,4	27,9	24,8	19,4	13,5	21,6
11 años	33,6	33,9	25,2	25,6	21,3	21,1
12 años	31,7	31,0	22,5	27,6	15,7	32,4
13 años	33,8	31,8	37,7	32,7	22,5	27,6
14 años	30,0	48,8	38,4	51,8	36,6	35,7
Total						
6 a 9 años	15,2	15,5	16,6	11,5	7,1	12,9
10 a 12 años	29,3	31,1	24,3	24,4	17,1	24,9
13 a 14 años	32,2	39,0	38,0	42,3	29,5	31,1
Varones	23,0	25,3	25,2	26,6	15,8	22,2
6 a 9 años	14,4	16,4	19,1	14,9	7,2	14,7
10 a 12 años	26,9	29,0	26,3	28,3	17,7	24,6
13 a 14 años	39,0	38,0	37,8	45,4	32,5	32,9
Mujeres	24,5	25,7	22,6	19,5	14,5	18,1
6 a 9 años	16,2	14,6	13,9	7,9	7,0	9,9
10 a 12 años	32,2	33,4	22,3	21,1	16,3	25,2
13 a 14 años	28,2	40,0	38,2	38,7	26,9	28,8

La mejor situación sigue siendo la de Salta, en dónde el 7% de los niños de 6 a 9 años está retrasado de grado según edades esperadas, y a pesar de que, en el otro extremo, el 30% de los que tienen 13 a 14 años se encuentre en dicha condición.

En el resto de las ciudades, el retraso escolar de los niños más pequeños asume valores altos en Paraná, Neuquén y Rosario. Este fenómeno se agrava notablemente entre los escolarizados de 10 a 12 años, incluyendo los de Mendoza y Río Gallegos, quienes presentan un nivel de retraso de grado según edades esperadas que abarca del 25 al 29% de esa población. Finalmente en todas las ciudades analizadas, el retraso atañe del 30 al 42% de los niños de 13 y 14 años.

Problemas de medición impiden replicar el análisis efectuado para los pobres por ingreso en las ciudades estudiadas[1]. Con un mayor alcance que el análisis aquí presentado, seguramente se analizarán en otros estudios los datos de retraso escolar para los niños con NBI que brindan el Módulo y la misma EPH. Sin embargo, la información expuesta en los dos últimos puntos permite avanzar en algunas conclusiones e interrogantes importantes.

El alto nivel de la demanda por educación básica y la respuesta en cobertura por parte del sistema educativo contrasta fuertemente con el nivel de rendimiento medido con las mismas pautas que el sistema de promoción escolar revela en los hechos. Pese al retraso, la población en edad escolar tiende a permanecer en la escuela básica sin que la condición de pobreza y, más aún de género, sea un obstáculo mayor para esa permanencia.

Teniendo en cuenta al conjunto de los niños, los rendimientos resultan bajos y empeoran aceleradamente en el curso de la carrera educativa que brinda la escuela básica. Ello subraya el carácter común o universal de los problemas que hoy enfrenta la misma. Sin embargo, de acuerdo a los datos analizados para el GBA, existe una fuerte diferencia en los rendimientos educativos de los niños pobres por ingreso y los que no sufren esa condición. Investigaciones de orden cualitativo como la de Tenti Fanfani (1993), y cuali-cuantitativa como la de Aguerrondo (1993), aportan información que permite avanzar en el análisis de los factores que impulsan la segmentación de la oferta educativa de la escuela básica y que refuerzan la heterogeneidad social que expresa la condición de pobreza.

La condición de género solo escapa en cierta medida a la diferencia apuntada. Esta situación obliga también a un análisis particular y a la implementación de acciones compensatorias focalizadas hacia los niños más vulnerables, con el fin de atacar uno de los factores que alimenta al círculo vicioso de la pobreza y de la discriminación social. La cuestión del rendimiento escolar, medido por el retraso según edades esperadas, plantea la necesidad de asumir un delicado equilibrio entre políticas universales y focalizadas.

[1] La dificultad esencial se debe a que la encuesta base que ha permitido calcular las LP del GBA, Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares (EGIH) de 1988, tiene representatividad para dicho aglomerado y no para el resto del país. La nueva Encuesta Nacional de Gastos en los Hogares (ENGH) que realizará el INDEC en 1996, suministrará, en un futuro relativamente inmediato, los datos básicos necesarios para estimar con mejores instrumentos el valor de las LP del resto del país.

C. LA EXTENSIÓN DE LA EDUCACIÓN BÁSICA PREVISTA POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE

La ley Federal de Educación sancionada en 1993 y que entrará paulatinamente en vigencia a partir de 1996, establece la extensión de la escolaridad obligatoria que se amplía en el extremo inferior al último año del preescolar y abarca, en el otro extremo, dos años más de escolaridad. La escuela básica obligatoria se extenderá, de siete a diez años de estudios y cubrirá a la población desde los cinco hasta los catorce años cuando no haya repetición.

Obviamente, estos cambios alteran las condiciones para el seguimiento y evaluación de las políticas educativas dirigidas a mejorar la cobertura y los rendimientos de la escuela básica.

El hecho de que los datos sobre educación del Módulo hayan sido relevados para la población de 6 a 14 años y que, asimismo, se haya recabado información sobre la asistencia a guardería o jardines de infantes de la población menor de seis años, implica una cobertura que contempla las edades que la escuela obligatoria prevé atender cuando no hay retraso escolar. Dado que este último evento escolar tiene una considerable significación en la escuela obligatoria actual, es de prever la necesidad de reformular el tramo de edades para el que se recoja información sobre escolarización, el que debería por lo menos abarcar a la población de cinco a dieciséis años.

En próximos estudios, sería conveniente diferenciar la asistencia a jardines de infantes de la concurrencia a guarderías cuyas pautas de atención son bastante disímiles. Los jardines de infantes son instituciones pedagógicas reconocidas por los ministerios de educación, mientras que las guarderías son instituciones privadas de cuidado infantil, excepto algunos jardines maternales que están bajo la órbita del Estado.

En vista a estas consideraciones, resulta de especial interés analizar los datos del Módulo respecto a la cobertura de jardines de infantes y guarderías de la población de menos de seis años, así como, algunos referidos a la escolarización secundaria, concretamente el pasaje al nivel secundario de la población que aprobó el último grado de la escuela primaria hoy vigente.

COBERTURA DE JARDINES DE INFANTES Y GUARDERÍAS

Situación en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Los datos del Módulo revelan una cobertura bastante amplia de la población de menos de seis años por parte de guarderías y jardines de infantes. Sin embargo, la misma es bastante diferencial por edades y condición de pobreza. Como se aclaró anteriormente, la pregunta de concurrencia a guarderías y jardines de infantes se formula en bloque, no permitiendo distinguir uno y otro tipo de asistencia. Sin embargo, ello no se aplica en principio a los niños menores de tres años, quienes pueden concurrir a guarderías ya que tienen edades menores a las establecidas para comenzar el preescolar.

El 40% de los niños menores de seis años del aglomerado concurre a guarderías y jardines de infantes, distribuyéndose esta cobertura de forma muy dispar según edades (Cuadro 7.11). La proporción de niños menores de 3 años

asistentes es muy poco significativa: 3,2%. El porcentaje se eleva a 44,5% en el caso de los niños en edades de 3 a 4 años y sube notablemente para los que tienen cinco años: 88,6%.

Cuadro 7.11 Concurrencia a guarderías o jardines de infantes de niños menores de 6 años según edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad	Total	Concurren	No concurren
Total	**100,0**	**39,5**	**60,5**
Menores de 3 años	100,0	3,2	96,8
De 3 a 4 años	100,0	44,5	55,5
5 años	100,0	88,6	11,4

El nivel de cobertura de guarderías y jardines de infantes es muy diferente si se considera la edad y la condición de pobreza simultáneamente, particularmente si los asistentes pertenecen a hogares con pobreza estructural.

Cuadro 7.12 Concurrencia a guarderías o jardines de infantes de niños menores de 6 años según edad y condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad y condición de pobreza	Total	Concurren	No concurren
Hogares sin NBI			
Total	**100,0**	**49,1**	**50,9**
Menores de 3 años	100,0	5,2	94,8
De 3 a 4 años	100,0	59,0	41,0
5 años	100,0	90,5	9,5
Hogares con NBI			
Total	**100,0**	**22,6**	**77,4**
Menores de 3 años	100,0	0,0	100,0
De 3 a 4 años	100,0	19,8	80,2
5 años	100,0	84,3	15,7

Entre los niños menores de tres años en pobreza por NBI no se han registrado casos muestrales de asistencia a guarderías, siendo la cobertura de los que integran hogares que no sufren esas carencias muy pequeña: 5,2%. A su vez, la atención institucional para el cuidado de los niños menores de tres años en hogares pobres por ingresos (Cuadro 7.13), es muy poco significativa: 2,4%, resultando baja también para el resto de niños que pertenecen a hogares sin ese déficit: 3,5%.

Cuadro 7.13 Concurrencia a guarderías o jardines de infantes de niños menores de 6 años según edad y condición de pobreza por nivel de ingreso del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad y condición de pobreza	Total	Concurren	No concurren
Hogares no pobres por ingreso			
Total	**100,0**	**44,4**	**55,6**
Menores de 3 años	100,0	3,5	96,5
De 3 a 4 años	100,0	53,0	47,0
5 años	100,0	90,6	9,4
Hogares pobres por ingreso			
Total	**100,0**	**24,9**	**75,1**
Menores de 3 años	100,0	2,4	97,6
De 3 a 4 años	100,0	19,5	80,5
5 años	100,0	82,4	17,6

Por su parte, el nivel de concurrencia a guarderías y jardines de infantes alcanza a un quinto de la población infantil de 4 a 5 años con NBI (19,8%), mientras que esta asistencia institucional cubre a casi el sesenta por ciento de los niños de esas edades que no sufre esas carencias, 59% (Cuadro 7.12). La cobertura de los niños en hogares con pobreza por ingresos en esas edades (Cuadro 7.13) es similar a la de los pobres estructurales (19,5%). En contrapartida, algo más de la mitad de los niños de 4 y 5 años en hogares sin aquel déficit concurren a instituciones de cuidado infantil (53%).

La cobertura se acrecienta y las diferencias no son tan importantes a la edad de cinco años. Ello es atribuible a la

concentración de la oferta de educación pública en el último año del preescolar (Rosas, 1994). En efecto, el 84,3% de la población NBI de esa edad asiste a jardines de infantes y guarderías, ascendiendo el porcentaje a 90,6% en el caso de los niños sin ese tipo de carencias. Por su parte, el nivel de asistencia de la población de 5 años pobre por ingresos es algo menor a la de los niños en hogares con pobreza estructural (82,4%).

De los datos comentados, cabe una importante inferencia. La cobertura escolar de los niños de 5 años, es decir, con edad de escolaridad obligatoria para la nueva legislación, es inferior a la establecida para el conjunto de los niños en edad escolar para el decenio. Los niveles de asistencia de escolares con pobreza LP, por un lado, y NBI, por otro, son aún menores, siendo la brecha respecto a los niños no pobres por uno u otro método algo mayor a la observada para la educación primaria. Considerando que el preescolar a los cinco años se convertirá en la puerta de entrada de la escuela básica se vuelve especialmente importante mejorar los niveles de cobertura.

Cuadro 7.14 Porcentaje de niños menores de 6 años que concurren a guarderías y jardines de infantes según edad por aglomerado de residencia

Edad	Rosario	Neuquén	Paraná	Río Gallegos	Salta	Mendoza
Total	32,6	30,2	35,6	41,1	24,7	28,3
Menores de 3 años	0,7	3,3	6,8	8,4	2,0	2,0
De 3 a 4 años	39,1	23,2	37,9	42,5	20,6	19,6
De 5 años	86,0	92,6	96,2	91,8	94,0	97,7

Cabe sin embargo, comenzar el análisis por los niños de 5 años, dado que tienen una edad de escolaridad obligatoria para la nueva ley de educación.

En las ciudades analizadas, la asistencia de los niños de cinco años a instituciones de cuidado y educación infantil es bastante alta, oscilando entre un 98% en Mendoza y un 86% en Rosario. Con la excepción de esta última localidad, en el resto de las ciudades los niveles de cobertura resultan mayores que los del Aglomerado del Gran Buenos Aires (88%). Asimismo en esos cinco centros urbanos, y a diferencia de las dos grandes ciudades pampeanas, dichos niveles se encuentran o superan los valores del intervalo fijado como meta por la Cumbre Mundial de la Infancia para el decenio para todos los niños en edad escolar.

A pesar de lo afirmado anteriormente para Rosario, los niños de 3 a 4 años de la ciudad santafecina y también, los de Río Gallegos y Paraná, tienen una cobertura alta, que equivale a más de un tercio de la población respectiva y que resulta cercana a la del Aglomerado del Gran Buenos Aires. En el otro extremo, Salta, Mendoza y Neuquén tienen las coberturas más bajas para el mismo grupo etario (de 20% a 23%).

La situación en los seis aglomerados

La única ciudad de las seis analizadas que tiene un nivel de cobertura de guarderías y jardines de infantes similar a la del Aglomerado del Gran Buenos Aires, es Río Gallegos: 41% (Cuadro 7.14). Ello es el resultado de una atención relativamente alta en los grupos etarios extremos, especialmente el de menos de 3 años.

En el contexto de niveles mucho más bajos, la asistencia de los niños de 2 años o menos sufre mayores variaciones entre ciudades. Los valores más altos corresponden a Río Gallegos (8,4%) -como ya se mencionó- y a Paraná (6,8%); alcanza un valor casi insignificante en Rosario (1%) y valores medios (2-3%) en las tres ciudades restantes.

Al introducir la dimensión de la pobreza estructural (Cuadro 7.15) las diferencias de cobertura más notables entre niños de menores de 6 años, con y sin carencias, corresponde a Rosario con una diferencia de 33 puntos, Paraná y Mendoza 17 puntos. El Gran Buenos Aires acusa también una alta diferenciación, que se ubica entre las diferencias apuntadas (27 puntos). La ciudad de Salta, pero sobre todo Río Gallegos y Neuquén, en el sur del país, tienen coberturas más equitativas.

Cuadro 7.15 Porcentaje de niños menores de 6 años que concurren a guarderías y jardines de infantes según edad y condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Edad y condición de pobreza	Rosario	Neuquén	Paraná	Río Gallegos	Salta	Mendoza
Hogares sin NBI	**45,8**	**31,0**	**42,6**	**42,2**	**27,4**	**33,2**
Menores de 3 años	1,3	3,3	11,0	10,2	1,8	3,0
De 3 a 4 años	56,0	26,2	43,6	42,5	23,1	24,6
5 años	97,3	93,0	97,2	91,5	94,7	100,0
Hogares con NBI	**12,8**	**27,5**	**25,8**	**36,3**	**18,8**	**16,7**
Menores de 3 años	0,0	3,2	3,0	2,9	2,3	0,0
De 3 a 4 años	10,5	13,0	28,2	42,8	15,4	8,1
5 años	65,0	91,7	94,6	93,4	91,6	90,0

Focalizando el análisis en los niños de cinco años en hogares con NBI, las diferencias en su propio detrimento resultan notables en Rosario y también, en Mendoza. El resto de las ciudades muestra brechas mucho menos significativas, registrándose la situación más equitativa en Neuquén.

Finalmente, debe destacarse que con la excepción de la ciudad santafecina y el Aglomerado del Gran Buenos Aires, los escolares en hogares NBI registran coberturas que se ubican dentro de los márgenes establecidos por la Cumbre Mundial de la Infancia para el conjunto de niños en edad escolar.

La escolaridad posterior a la escuela primaria actual

Los cuestionarios del Módulo no fueron diseñados para analizar la escolaridad secundaria. Sin embargo, las consideraciones efectuadas respecto al cambio que la nueva Ley Federal de Educación establece respecto a la extensión de la educación básica, y la necesidad de tener en el futuro una escala de referencia para su seguimiento, indican como importante el análisis de los niveles de escolarización secundaria de la población por lo menos en los dos primeros años de ese nivel.

A partir de la información del Módulo han podido calcularse las tasas de pasaje del 7º grado del primario al primer año de la escuela secundaria. Esta tasa indica las dificultades que actualmente tienen los niños con siete años de escolaridad primaria para lograr avanzar en la carrera escolar.

Tomando como universo a la población de 14 años y menos que egresó del séptimo grado, la tasa de pasaje a la escuela secundaria se ha calculado como el cociente entre la población que ingresó a la escuela secundaria (cursa o cursó algún año de ese nivel) sobre la población de las mismas edades que egresó del séptimo grado del nivel primario (población que aprobó

el séptimo grado de la escuela primaria y ya no asiste a la escuela, más la que cursa o cursó algún año de la escuela secundaria). Este procedimiento es similar al consignado por Aguerrondo (1993).

En el Aglomerado del Gran Buenos Aires (Cuadro 7.16) la tasa de pasaje a la escuela secundaria de la población de 14 años es del orden del noventa por ciento (89,6%). Cabe consignar que la tasa de pasaje según datos relevados en 1988 por la encuesta de pobreza del IPA para el Conurbano Bonaerense, es decir solo los 19 partidos del Gran Buenos Aires, fue levemente menor: 88,8% (Aguerrondo, 1993). Respecto a la población carenciada, debe considerarse que la medición de la pobreza en esa investigación se realizó de acuerdo a otros criterios (pobres estructurales o por NBI y "nuevos pobres" o pobres solo por LP). Las tasas de pasaje a la escuela secundaria de los niños pobres que se consignan en aquella investigación implican pues, otros subuniversos. Es por ello, que no pueden tomarse como punto de referencia de los resultados obtenidos con las tabulaciones programadas para el presente estudio. Con nuevos tabulados que podrían procesarse para posteriores análisis, se podrán contrastar los resultados de aquella encuesta con los propios del Módulo.

Cuadro 7.16 Tasa de pasaje de primaria a secundaria según condición de pobreza por nivel de ingreso del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Tasa de pasaje	Total	No pobres por ingreso	Pobres por ingreso
Total	**100,0**	100,0	100,0
Dejaron en 7° grado	10,4	8,8	15,9
Tasa de pasaje	89,6	91,2	84,1

Universo: población de 10 a 14 años que egresó de 7° grado

Las dificultades en el traspaso de nivel resultan bastante más importantes para los pobres por ingresos (84,1%) que para la población que no se encuentra en esa condición (91,2%). En otras palabras, en términos proporcionales casi el doble de los jóvenes de hogares con ingresos críticos está afectado por el desgranamiento implícito en el cálculo (15,9% y 8,8% de los jóvenes no pobres).

Entre las restantes seis ciudades, Río Gallegos y también Paraná -a pesar del comportamiento de otros indicadores- tienen las mejores tasas de pasaje (98,6 y 97,1%). Rosario se ubica en el peor lugar (90,6%), y el resto de las ciudades en un nivel intermedio (Cuadro 7.17). Sin embargo, todas las ciudades del interior analizadas han registrado mejores tasas de pasaje a la secundaria que el Aglomerado del Gran Buenos Aires.

Cuadro 7.17 Tasa de pasaje de primaria a secundaria por aglomerado de residencia

Tasa de pobreza	Rosario	Neuquén	Paraná	Río Gallegos	Salta	Mendoza
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dejaron en 7°	9,4	4,4	2,9	1,4	4,5	4,2
Tasa de pasaje	90,6	95,6	97,1	98,6	95,5	95,8
Total	3.5820	6.247	6.792	2.288	14.531	24 877

Universo: población de 10 a 14 años que egresó de 7° grado

D. TRABAJO INFANTIL

PROBLEMAS CONCEPTUALES Y DE MEDICIÓN

A pesar de la visibilidad creciente de niños que desarrollan las actividades económicas más marginales en las calles de las grandes ciudades del país, la incursión bibliográfica emprendida para este estudio revela que existen pocas investigaciones sistemáticas que

permitan definir la extensión y las diversas características del trabajo infantil, entre ellas la de Llomovate (1994).

En parte, esta carencia de información sobre un aspecto tan crítico de la situación de la niñez se debe a la dificultad de recoger datos cuantitativos fidedignos sobre el tema. Ello obedece, por un lado, al ocultamiento del trabajo infantil por los propios actores involucrados, reticentes a revelar una actividad fuertemente restringida por la ley y negativamente valorada por las normas sociales prevalecientes. Por otro lado, dicha falta de confiabilidad en el registro se debe a la no percepción, por parte de esos mismos actores, del carácter económico de las actividades laborales de los niños, dadas sus acentuadas características de trabajo precario (esporádico, semi-retribuido o no retribuido monetariamente, sin cobertura social por su misma ilegalidad).

Los instrumentos habituales que permiten estudiar la composición de la fuerza de trabajo según edad, o bien directamente no recogen datos laborales sobre la población menor de 14 años -la generalidad de los censos de población[1]-, o bien la indagan a través de las mismas preguntas que se plantean al resto de las personas. Ello incide en la falta de confiabilidad de la información obtenida, siendo su manifestación más clara la subestimación del número de menores que trabajan.

El Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales apunta a mejorar el subregistro del trabajo infantil, haciendo uso de los siguientes recursos metodológicos: 1) la indagación sobre actividades económicas de los niños de 6 a 14 años se hace en un cuestionario especialmente dirigido a ellos; 2) una de las preguntas tiende a desocultar el trabajo infantil, al poner de manifiesto tanto sus características de informalidad y precariedad más manifiestas como su mayor intermitencia, ya que el período de referencia se amplia a un mes[2]; 3) se indaga sobre una zona gris del trabajo infantil al preguntar si el niño recibe o no dinero por la actividad económica que realiza; y 4) una de las preguntas formuladas permite rescatar en forma indirecta la actividad laboral infantil al plantearla como una opción más de un conjunto de alternativas no excluyentes respecto al uso del tiempo.

El trabajo infantil en el medio urbano, sobre todo el que implica alguna retribución monetaria, pero también el que tiene carácter de ayuda a algún negocio familiar, generalmente implica alguna actitud coercitiva por parte de los adultos. No es extraño que el trabajo infantil esté acompañado por alguna forma de explotación, violencia y/o abandono que el término "niños en circunstancias difíciles" se propone sintetizar[3].

La asunción de tareas de cuidado del hogar en forma habitual por parte de los niños, específicamente aquellas que requieren claramente responsabilidad adulta, como el cuidado de niños pequeños, supone también algún grado de abandono social de la infancia.

La inexistencia de metas cuantitativas en el acuerdo firmado por la Argentina en la Cumbre Mundial de la Infancia respecto al trabajo infantil no es obviamente, una limitación para intentar un avance en el diagnóstico (Etala y Feldman, 1993), en la medida en que la falta de cuantificación seguramente se origina en las dificultades de medición propia de la temática descrita y en el carácter ilegal o fuertemente condicionado del trabajo infantil en las normativas jurídicas nacionales e internacionales.

[1] Entre los censos de población más recientemente relevados en el país cabe exceptuar al de 1970, donde si bien se indagó la actividad económica de la población desde los 10 años, solamente se publicó la tasa de actividad del grupo de 10 a 14 años, lo que impide analizar otras características del trabajo infantil.

[2] En la EPH el período de referencia es la semana anterior al día que se realiza la encuesta.

[3] El trabajo infantil ilegal es una de las dimensiones de la problemática de los «niños en circunstancias especialmente difíciles».

Se analizarán algunos datos del Módulo que permiten avanzar en el intento de dimensionar la difusión del trabajo infantil, no olvidando el problema del subregistro que, aún con los recaudos descriptos, son difíciles de evitar. Los datos que se comentarán surgen de valores absolutos muestrales con coeficientes de variación estimados en más de un 10%. En consideración a las dos restricciones mencionadas se ha reducido el análisis a los niños de 10 a 14 años. Pese a ello debe advertirse que los datos que se publican deben leerse como tendencias aproximadas de un orden de magnitud y no como estimadores con una precisión estadística aceptable.

DIFUSIÓN DEL TRABAJO INFANTIL

Las tasas de actividad laboral o empleo de los niños de 10 a 14 años consignadas en el Cuadro 7.18, permiten en principio diferenciar tres situaciones en cuanto a la difusión del trabajo infantil, encontrándose las mismas bastante relacionadas con el tamaño de las ciudades.

Cuadro 7.18 Porcentaje de niños que trabajan o ayudan en tareas laborales a un familiar por aglomerado de residencia[1]

Trabajan o ayudan	Gran Buenos Aires	Rosario	Neuquén	Paraná	Río Gallegos	Salta	Mendoza
Total 10-14 años							
Trabajan	3,1	3,3	1,5	1,5	0,5	2,4	4,0
Ayudan a un familiar	3,5	4,9	1,0	1,3	0,2	1,4	2,9
Varones 10-14 años							
Trabajan	4,4	4,7	2,3	1,3	0,5	3,9	6,9
Ayudan a un familiar	4,4	4,7	1,9	2,3	0,5	1,9	4,5
Mujeres 10-14 años							
Trabajan	1,8	1,9	0,5	1,7	0,4	1,0	0,6
Ayudan a un familiar	2,7	5,2	0,0	0,4	0,0	1,0	1,2

[1] Las dos categorías no son excluyentes

En una primera situación, se encuentran las ciudades en donde los niveles de la actividad laboral infantil, tanto la registrada como trabajo como la declarada como de ayuda al trabajo de un familiar, resultan más importantes. Esta situación corresponde justamente a las grandes ciudades: Aglomerado del Gran Buenos Aires, Rosario y Mendoza. En un segundo plano, con una difusión del trabajo infantil bastante menor, se ubican Salta, Paraná y Neuquén y en un tercero, con un registro casi nulo de tal actividad, la ciudad sureña de Río Gallegos, la menor en tamaño de las analizadas.

Como tendencia general, puede observarse también que la difusión de la actividad laboral, tanto la declarada como trabajo o como la consignada como de ayuda en las tareas laborales a un familiar resulta mayor entre los varones que entre las mujeres. Esta tendencia diferencial entre sexos es especialmente marcada en el caso de Mendoza y en parte contradicha, en el caso de Rosario, donde una mayor proporción de niñas que de niños declaró ayudar en tareas de trabajo a un familiar.

Como última observación, cabe destacar que en la ciudad de Mendoza una proporción relativamente importante de varones de 10 a 14 años ha declarado trabajar (6,9%) o ayudar en las tareas laborales a un familiar (4,5%). Por su parte, se observan proporcionalmente más casos de actividad laboral entre las niñas en el caso de la ciudad de Rosario que en el resto de las ciudades.

CAPÍTULO 8

LA SALUD DE LA MUJER

Elsa López y María del Carmen Tamargo

Durante muchos años la salud de la mujer se ha ligado, casi exclusivamente, con la maternidad. Es relativamente reciente el desarrollo de concepciones sociomédicas que, además de incorporar esa dimensión la trasciendan, elaborando una visión más integrada de la salud femenina, vinculada a las necesidades de las diferentes etapas de la vida de la mujer:

a) la que se refiere a la atención de la salud ginecológica, que incluye tanto a las enfermedades infecciosas en general como a las de transmisión sexual, a la menopausia y a la posmenopausia;

b) la que atañe a la educación sexual y a la reproducción, se ubica en el área de la prevención y pretende incluir a los hombres en el campo de interés;

c) la relativa a la salud adolescente en dos vertientes. La primera engloba a los adolescentes de ambos sexos que tienen relaciones sexuales, que corren serios riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual y el HIV que puede conducir al SIDA. La segunda vertiente toma en consideración a las adolescentes, cuyas relaciones sexuales sin protección pueden llevar a embarazos y nacimientos a edades muy tempranas, que las llevan a asumir responsabilidades para las cuales aún no están maduras, al abandono de los estudios y al deterioro de las posibilidades de obtener mejores calificaciones para un empleo futuro. Si esas jóvenes deciden recurrir al aborto inducido, su salud corre riesgos (OMS, 1995).

Desde esta perspectiva podría decirse que la finalidad a lograr en la salud femenina es:

1) tender a la reducción drástica de las enfermedades, incapacidades, sufrimiento, miedo, vergüenza y muerte que se asocian con la sexualidad, la reproducción y la posreproducción;

2) posibilitar las condiciones para una regulación segura y efectiva de la fecundidad;

3) criar hijos sanos;

4) disminuir la patología ginecológica y mamaria;

5) reducir la incidencia de la osteoporosis, la artritis y los trastornos depresivos, que cobran mayor protagonismo en los años posreproductivos.

En primer lugar, la salud de las mujeres mejorará en la medida en que un control efectivo del embarazo se realice a la totalidad de las que se encuentren en ese proceso. El control

prenatal, del parto y del posparto aumenta la probabilidad de tener hijos sanos.

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos normales y el resultado de la mayoría de los embarazos es bueno. Sin embargo, todos los embarazos suponen cierto riesgo para la madre o el niño, riesgos que es importante prevenir, detectar y enfrentar de manera precoz, antes de que las complicaciones puedan convertirse en emergencias que amenacen la salud y la vida de madres y niños.

El cuidado prenatal durante el embarazo asegura la detección temprana y el manejo de los embarazos de alto riesgo y de sus complicaciones permitiendo asimismo la inmunización contra el tétanos, la detección de la pre-eclampsia y la eclampsia, el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y otras infecciosas, así como la detección y tratamiento de los desórdenes hipertensivos.

El uso adecuado de los servicios de salud en lo que respecta al control prenatal se ha asociado con mejora del peso al nacer y con la disminución de los nacimientos prematuros. Inversamente, el uso escaso o inadecuado se vincula con los riesgos del bajo peso al nacer, los nacimientos prematuros y la mortalidad neonatal, infantil y materna.

Diversos trabajos científicos sobre el tema han mostrado asimismo que los efectos beneficiosos del cuidado prenatal se potencian entre las mujeres en situaciones socioeconómicas desventajosas (Greenberg, 1983; Moore y otros, 1986; Mc Laughlin y otros, 1992).

Una situación que afecta gravemente la salud de las mujeres es la que ocurre cuando se produce un embarazo no deseado o inoportuno, cuya posible consecuencia, el aborto inducido, es la causa principal de la mortalidad materna en varios países de América Latina, entre ellos la Argentina, donde la práctica del aborto está penada por la ley. Los embarazos no deseados o inoportunos tienen como una de sus principales causas la ausencia de uso de métodos anticonceptivos o su inadecuada utilización.

Asegurar el acceso a la procreación responsable y a los servicios de salud que informen y asesoren sobre ella es un gran paso hacia la mejora de las condiciones de salud de las mujeres. La procreación responsable puede reducir significativamente la morbilidad y la mortalidad materna de diferentes maneras, evitando los embarazos de alto riesgo: mujeres con dos nacimientos previos por cesárea, diabéticas o con patologías cardiocirculatorias, con alta paridez, demasiado jóvenes o demasiado mayores o aquellas que consideran inoportuno o no desean el nacimiento de un hijo.

Finalmente, la lactancia materna es el nexo entre la salud de la madre y de su hijo, constituyéndose en uno de los factores esenciales de la salud neonatal e infantil y del crecimiento y desarrollo del niño.

Los beneficios de la lactancia materna se potencian si ésta comienza dentro de la primera hora después del nacimiento; muchas de las patologías del recién nacido (hipotermia, hipoglucemia neonatal) se mejoran si el niño es amamantado prontamente. Además de la superioridad nutricional de la leche materna, la lactancia protege al niño contra infecciones respiratorias y diarreicas. Las madres también se benefician de la lactancia, ya que ésta reduce los riesgos de la hemorragia posparto, contribuyendo además al espaciamiento de los nacimientos en ausencia de anticoncepción.

Para las mujeres que amamantan resulta importante la prescripción médica de métodos de regulación de la fecundidad que se adapten

a cada mujer, con la especificación del tiempo apropiado de uso.

En este capítulo se analizará la información del cuestionario IV del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales que se aplicó a las mujeres de 15 a 49 años. El cuestionario indagó sobre muchos de los temas mencionados más arriba, con la finalidad de elaborar un diagnóstico sobre la situación de salud que sirviera de punto de partida para el seguimiento y la evaluación de las metas sociales.

La exposición se centrará en los datos del Aglomerado del Gran Buenos Aires, aludiéndose a los aglomerados Rosario, Paraná, Neuquén, Río Gallegos, Mendoza y Salta a los fines de posibilitar la comparación de algunos de los hallazgos.

El trabajo se ha organizado en torno a dos subconjuntos de mujeres:

1) la totalidad de las mujeres de 15 a 49 años, independientemente de su condición de maternidad. Se trazará un perfil sociodemográfico y se analizará la afiliación a sistemas de salud, la consulta ginecológica del último año, la fecundidad y la prevalencia actual y anterior en el uso de métodos anticonceptivos;

2) las madres recientes, con hijos nacidos vivos en los últimos 3 años. Se describirán aspectos de la fecundidad, recibiendo especial atención los siguientes aspectos, referidos al último nacimiento: el número de controles prenatales, el mes y el lugar del primer control, el lugar de atención del embarazo, el tipo de parto, la atención profesional y el pago del mismo, la duración de la internación por parto, la vacunación antitetánica y finalmente la condición, duración y tipo de lactancia. Cabe señalar para ayuda del lector que las cifras de los cuadros de este capítulo se refieren a las poblaciones expandidas y no a los valores muestrales.

A. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

COMPOSICIÓN POR EDAD Y ESTADO CONYUGAL

La distribución por edades de la población femenina en edades fértiles del Aglomerado del Gran Buenos Aires es el resultado de la combinación de dos dinámicas demográficas diferentes: la de la Capital Federal y la del Conurbano Bonaerense.

Al observar la composición por edad y estado conyugal se pone de manifiesto que casi el 60 por ciento de las mujeres vive en unión conyugal (la mitad se declara casada y el 11 por ciento conviviente) mientras que algo más de la tercera parte es soltera.

Resulta de interés comprobar que el 66 por ciento de las mujeres unidas, contra el 40 por ciento de las casadas, se concentra en las menores de 35 años, lo cual podría estar indicando que las que inician la vida conyugal en uniones consensuales tienden luego a legalizarlas después del nacimiento de uno o varios hijos.

Cuadro 8.1 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por edad según estado conyugal en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad	Total	Estado conyugal				
		Soltera	Unida	Casada	Sep/div	Viuda
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	(2.913.640)					
15-19	**17,8**	48,4	6,1	**0,7**	1,5	–
20-24	**14,4**	26,2	20,4	6,4	1,3	–
25-29	**13,2**	11,0	24,4	12,9	9,9	6,2
30-34	**14,8**	6,2	16,3	20,7	16,0	6,2
35-39	**14,5**	3,4	13,5	22,0	19,8	19,1
40-44	**13,6**	2,4	11,9	20,5	25,6	19,4
45-49	**11,6**	2,4	7,5	16,7	25,7	49,2

En el Cuadro 8.2 se muestra la composición por edades de los aglomerados Rosario, Paraná, Neuquén, Mendoza, Salta y Río Gallegos. Se observa una gran similitud de las estructuras

femeninas de población, notándose una leve disminución porcentual en las edades mayores de las mujeres de Neuquén y Río Gallegos, tal vez como efecto de las corrientes inmigratorias de años recientes.

Cuadro 8.2 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años según edad por aglomerado de residencia

Edad	Aglomerados					
	Rosario	Paraná	Neuquén	Mendoza	Salta	Río Gallegos
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	286.901	51.628	52.011	206.172	89.882	15.740
15-19	19,4	19,3	19,5	17,8	21,0	19,0
20-24	14,9	15,8	15,6	15,7	15,0	12,5
25-29	13,3	13,0	10,6	14,3	14,4	13,0
30-34	12,9	11,8	16,3	13,6	13,5	15,9
35-39	13,7	13,3	15,8	14,3	14,1	17,4
40-44	13,6	13,9	13,3	13,8	11,5	12,0
45-49	12,2	13,0	9,0	10,7	10,5	10,2

Para completar la comparación se incluye, en el Cuadro 8.3, la composición por estado conyugal de los aglomerados ya citados. Se evidencia un peso relativo importante de las mujeres unidas en Neuquén (15%), Rosario y el Aglomerado del Gran Buenos Aires (11%); el mayor predominio de casadas se sitúa en Río Gallegos (52%) y el menor en Neuquén (44%).

Cuadro 8.3 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años según estado conyugal por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Estado conyugal				
		Soltera	Unida	Casada	Separada	Viuda
Rosario	100,0	36,0	11,3	47,3	4,4	1,0
Paraná	100,0	37,7	8,4	48,3	3,9	1,7
Neuquén	100,0	36,1	14,6	44,3	4,0	1,0
Mendoza	100,0	37,1	7,4	49,7	4,5	1,3
Salta	100,0	43,2	8,1	42,7	4,6	1,4
Río Gallegos	100,0	33,0	8,6	52,4	4,6	1,4

COMPOSICIÓN POR EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD

La información sobre edad y escolaridad permite ver, en el Aglomerado del Gran Buenos Aires (Cuadro 8.4), la asociación inversa que existe entre ambas variables: el doble de mujeres sin estudios primarios terminados (que incluye a las que no tuvieron ninguna asistencia escolar) en las generaciones de más edad y una mayor proporción de jóvenes con estudios secundarios completos, terciarios o universitarios.

Cuadro 8.4 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por edad según nivel de escolaridad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad	Total	Nivel de escolaridad					
		Primario incompleto	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Universitario incompleto	Universitario completo
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
15-19	17,8	10,0	11,0	41,7	6,0	13,1	0,7
20-24	14,4	10,5	9,6	12,8	16,7	26,9	4,9
25-29	13,2	8,0	14,3	9,7	13,2	18,2	21,4
30-34	14,8	14,5	16,8	11,1	16,1	13,9	22,9
35-39	14,5	17,4	15,4	10,1	18,8	10,5	21,8
40-44	13,6	20,2	16,8	8,7	15,7	10,1	15,3
45-49	11,6	19,4	16,1	6,0	13,4	7,4	13,0

Al comparar la situación de la escolaridad femenina en el resto de los aglomerados (Cuadro 8.5) se evidencia el menor porcentaje de primaria incompleta en Río Gallegos, acompañado por un fuerte peso de los estudios secundarios incompletos, fenómeno que se acentúa en Salta, probablemente como consecuencia del importante porcentaje de menores de 20 años que, como se dijo más arriba, han cursado más años de estudio. La mayor importancia relativa de los estudios universitarios, que alcanza a cerca de una de cada cinco mujeres, se encuentra en el Aglomerado del Gran Buenos Aires, en Rosario y en Neuquén.

Cuadro 8.5 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años según nivel de escolaridad por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Nivel de escolaridad					
		Primario incompleto	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Universitario incompleto	Universitario completo
Rosario	100,0	10,5	25,2	23,3	21,3	14,6	5,2
Paraná	100,0	11,2	17,7	28,1	24,8	14,7	3,6
Neuquén	100,0	10,5	19,5	31,9	17,9	15,3	4,9
Mendoza	100,0	9,1	20,8	30,6	17,8	15,0	6,7
Salta	100,0	6,4	15,5	35,4	22,4	16,6	3,7
Río Gallegos	100,0	7,1	18,9	37,4	22,1	10,7	3,8

Cuadro 8.6 Porcentaje de mujeres afiliadas a sistemas de salud según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Gran Buenos Aires	65,6	39,8	72,1
Rosario	69,7	31,1	78,9
Paraná	74,2	51,5	78,9
Neuquén	59,8	28,7	66,2
Mendoza	64,2	31,5	69,0
Salta	61,8	39,0	67,0
Río Gallegos	76,0	50,9	79,7

El Cuadro 8.6 muestra que las tres cuartas partes de las mujeres de Río Gallegos y de Paraná se benefician con algún sistema de cobertura de salud; Rosario, el Aglomerado del Gran Buenos Aires y Mendoza siguen en orden decreciente (con valores entre el 64% y el 69%), situándose finalmente Salta y Neuquén, con alrededor del 60% de su población femenina en edades fértiles con cobertura de salud. Es muy notoria la diferencia de cobertura entre las más favorecidas y las carenciadas, con cifras que en ocasiones llegan a la duplicación o aún la superan (en Mendoza, Rosario y Neuquén).

En una información adicional, que no se muestra, se analizó la distribución de afiliación según la edad, comprobándose un patrón uniforme para todos los aglomerados: hasta los 29 años las coberturas están por debajo del promedio y a partir de los 30 se sitúan por encima de éste. Una de las explicaciones posibles podría buscarse en la mayor regularidad en el empleo, ya sea el de las mismas mujeres o el del cónyuge, a medida que avanza la edad.

B. CONSULTA GINECOLÓGICA, FECUNDIDAD Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El 56% de las mujeres en edades fértiles del Aglomerado del Gran Buenos Aires efectuó alguna consulta ginecológica durante el último año (Cuadro 8.7). Al analizar la consulta por condición de necesidades básicas insatisfechas (NBI) se advierte que las mujeres carenciadas la efectuaron en un porcentaje inferior a las no pobres (46,8 contra 58,1 en datos de un tabulado que no se presenta).

Cuadro 8.7 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que consultó a un ginecólogo en el último año según edad por aglomerado de residencia

Edad	Aglomerados						
	Gran Buenos Aires	Rosario	Paraná	Neuquén	Mendoza	Salta	Río Gallegos
Total	55,9	54,6	55,6	56,6	50,7	45,0	49,3
15-19	25,6	28,8	29,7	28,3	26,6	18,5	25,0
20-24	59,2	57,9	53,8	68,7	51,6	47,6	53,0
25-29	63,3	67,2	66,0	66,2	57,6	59,3	65,7
30-34	68,5	62,2	66,2	71,0	65,9	52,7	59,7
35-39	63,0	57,5	71,0	63,1	55,4	58,4	56,6
40-44	59,6	54,9	63,2	55,2	49,3	46,8	45,5
45-49	60,2	66,0	52,3	49,6	56,7	45,2	44,8

En el porcentaje de mujeres que consultaron está influyendo negativamente la

menor consulta de las menores de 20 años (solo una de cada cuatro jóvenes realizó esa consulta con un especialista). Nótese que en el resto de las mujeres la frecuencia de las que consultan se acrecienta hasta los 34 años, edad a partir de la cual se observa una disminución de los valores. Esta situación se repite en el resto de los aglomerados, con excepción de Paraná. La comprobación de la tendencia decreciente a la concurrencia a la consulta ginecológica resulta inquietante, ya que lo deseable es que a medida que avanza la edad se recurra con más asiduidad a las visitas preventivas del cáncer ginecológico y mamario. Estos resultados coinciden con los obtenidos en un estudio (Schufer y otros, 1990) que encontró que las mujeres asocian la consulta ginecológica con la maternidad por lo cual, al terminar el período reproductivo, disminuyen drásticamente la frecuencia de las consultas, a pesar de aumentar el riesgo del cáncer gineco-mamario.

Cuadro 8.8 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que consultaron al ginecólogo en el último año según distancia al lugar de la consulta y condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Distancia	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Menos de 10 cuadras	**15,1**	17,7	14,5
De 10 a 20 cuadras	**17,7**	12,3	18,9
Más de 20 cuadras	**66,9**	70,0	66,2

Para aclarar los párrafos que siguen se consigna que el 80% de las mujeres del Aglomerado del Gran Buenos Aires pertenece a hogares sin necesidades básicas insatisfechas, porcentaje que sube al 83,2% entre las que consultaron y baja al 75,9% cuando se considera a las que no lo hicieron, lo cual marca diferencias con respecto a las mujeres más desfavorecidas.

De las mujeres que concurrieron a la consulta ginecológica, dos tercios fueron a algún consultorio situado a más de 20 cuadras de su domicilio independientemente de su condición de pobreza (Cuadro 8.8); esta modalidad se observó también en Rosario y en Mendoza (en información adicional que no se presenta) mientras que en el resto de las ciudades las consultas se efectuaron más cerca de la casa, lo cual resulta consistente si se tiene en cuenta el tamaño de los aglomerados. Se evidenció también que las mujeres más pobres de las ciudades más pequeñas se atendieron en lugares más próximos a su domicilio que las no pobres.

Como se indicó, el 44% de las mujeres en edades fértiles no efectuó consulta ginecológica durante el último año (53,2% de las pobres por NBI contra 41,9% de las no pobres). Al estudiar la influencia de la condición de pobreza sobre la distancia desde el hogar hasta el establecimiento en el que podrían haberse examinado (Cuadro 8.9), no se observan diferencias importantes entre ambos grupos, resaltando que más de la mitad de las mujeres tenía el servicio de salud más cercano a una distancia que superaba las 20 cuadras. Al parecer, la relación entre proximidad de los servicios de salud y consulta no resulta del todo clara para precisar los efectos sobre el uso de los servicios, sobre todo en las áreas urbanas, ya que la misma no toma en cuenta por ejemplo, los factores socioeconómicos y culturales que pueden atenuar o acentuar los efectos de la distancia física (nivel de escolaridad, tiempos de espera, inconvenientes para dejar a los hijos solos en el hogar, falta de conocimiento acerca de la utilidad de los controles, entre otros factores).

Cuadro 8.9 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que no consultaron al ginecólogo en el último año según distancia al lugar posible de consulta y condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Distancia	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Menos de 10 cuadras	**25,1**	28,0	24,7
De 10 a 20 cuadras	**22,5**	15,3	24,9
Más de 20 cuadras	**52,4**	56,7	50,4

FECUNDIDAD Y CONDICIÓN DE POBREZA

El Cuadro 8.10 muestra la distribución de las mujeres en edades reproductivas por número de hijos y condición de pobreza. Como se señaló, una de cada cinco mujeres pertenece a hogares carenciados.

Un dato a resaltar es que el 92% de las mujeres sin NBI y el 75% de las carenciadas tiene entre 0 y 3 hijos; esto significa que una de cada cuatro mujeres pobres tiene 4 hijos o más (el 16% de ellas ha tenido 5 o más). Nótese que el modo de la distribución de las madres no pobres se sitúa en los 2 hijos, mientras que la mayor frecuencia de la fecundidad de sus congéneres pobres está concentrada en los 2, 3 y 5 hijos. Esto parece indicar calendarios e intensidades diferentes de la procreación en ambos grupos: puede apreciarse el menor porcentaje de mujeres sin embarazos entre las mujeres pobres, que puede atribuirse a un uso menor de los métodos anticonceptivos y como contraparte, una limitación de los nacimientos en las mujeres de los hogares no pobres.

Cuadro 8.10 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por número de hijos nacidos vivos según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Ningún hijo	40,2	29,0	42,1
1 hijo	14,2	14,1	14,9
2 hijos	21,5	16,4	22,4
3 hijos	13,4	16,0	13,0
4 hijos	5,7	8,5	5,2
5 hijos o más	5,0	16,0	2,4

El patrón de la fecundidad del Aglomerado del Gran Buenos Aires por condición de NBI muestra grandes disparidades: el 42% de las mujeres de los hogares no pobres no ha sido madre, la mitad tiene entre 1 y 3 hijos y solamente el 8% ha tenido 4 o más; en contraste, entre las mujeres pobres, menos de un tercio no tiene hijos, menos de la mitad tiene entre 1 y 3 y el 25% ha sido madre de 4 o más (Cuadro 8.10). Las razones que pueden explicar las diferencias observadas pueden atribuirse a factores de diverso orden: por una parte, la preferencia por un número mayor de hijos y una familia más numerosa; por la otra, la falta de conocimiento y de accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Un estudio reciente en mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires sugiere que las de mayor edad utilizan la anticoncepción para limitar el número de nacimientos cuando ya tienen entre 4 y 5 hijos (López, 1993).

Al comparar el número de hijos por aglomerado, el patrón del Aglomerado del Gran Buenos Aires guarda mayor semejanza con Rosario y Paraná que con Neuquén y Río Gallegos, distinguiéndose por el peso relativo menor de las mujeres con 4 o más hijos (11% contra 16% en Río Gallegos) y por el mayor porcentaje de mujeres sin hijos (Cuadros 8.11).

Cuadro 8.11 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años según número de hijos nacidos vivos por aglomerado de residencia

Hijos nacidos vivos	Aglomerados					
	Rosario	Paraná	Neuquén	Mendoza	Salta	Río Gallegos
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Ninguno	37,6	37,8	33,9	38,2	37,3	31,2
1 hijo	14,8	11,9	15,0	12,3	13,9	16,0
2 hijos	20,0	18,5	20,6	20,4	16,2	19,0
3 hijos	13,9	16,4	15,5	14,5	14,8	17,5
4 hijos	5,6	8,1	7,3	7,2	8,4	10,4
5 hijos o más	8,0	7,4	7,7	7,4	9,4	6,0

FECUNDIDAD Y ESTADO CONYUGAL

A continuación se examinará la situación de la fecundidad de acuerdo al estado conyugal de las mujeres del Aglomerado del Gran Buenos Aires. De la lectura del Cuadro 8.12 surgen varios comentarios:

1) en el total se aprecia que la mayor frecuencia se concentra en los 2 hijos (21%) y que una de cada tres mujeres tiene entre 2 y 3 hijos;

2) el 92% de las solteras no tiene hijos; el 5% tiene uno;

3) la comparación de la fecundidad de las mujeres casadas con la de las unidas resulta interesante desde la perspectiva de la salud pública y de las políticas sociales en general. En este y otros estudios se ha encontrado que las mujeres unidas consensualmente son más jóvenes que las casadas, por lo cual es de esperar que tengan menos recursos materiales, menor nivel de cobertura de salud y mayor inestabilidad del vínculo de la pareja, aunque hayan transitado por mayores niveles de escolaridad. Estas circunstancias se aúnan con las de las primeras experiencias de la maternidad que se sabe, se asocian a mayores riesgos para la sobrevivencia y la salud de los hijos. Desde este punto de vista resulta útil la exploración de la fecundidad por situación conyugal.

De las mujeres con uniones efectivas declaradas al momento de la encuesta (casadas y unidas) las casadas constituyen el 82%; de ellas, más de la mitad (55%) tiene entre 2 y 3 hijos. Las mujeres unidas, en cambio, sólo agrupan el 31% de su distribución en esa descendencia; el resto se polariza en torno a un solo hijo o a 5 o más (el 12%).

Como se señaló anteriormente, muchas mujeres que comienzan su vida conyugal sin vínculos legales tienden a regularizar éstos luego del nacimiento de uno o varios de sus hijos, aunque no se dispone de información que permita afirmar, para las mujeres casadas de mayor edad, cuántas de ellas han formado parte del subconjunto de mujeres unidas.

Cuadro 8.12 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por número de hijos nacidos vivos según estado conyugal en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Hijos nacidos vivos	Total	Estado conyugal				
		Soltera	Unida	Casada	Sep/div	Viuda
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	100,0	100,0	**100,0**
Ninguno	**40,2**	91,7	24,6	10,7	10,6	9,1
1 hijo	**14,2**	4,9	21,1	18,4	24,5	15,9
2 hijos	**21,4**	2,2	19,3	33,8	33,6	25,0
3 hijos	**13,4**	0,6	14,9	21,4	18,2	22,9
4 hijos	**5,8**	0,3	8,4	9,0	2,9	18,4
5 hijos o más	**5,0**	0,3	11,7	6,7	6,2	8,7

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD

Una manera de conocer las características que distinguen el comportamiento de la fecundidad en diversos grupos sociales es examinar la descendencia alcanzada a diferentes edades y su vinculación con el grado educacional alcanzado. El nivel de escolaridad de la mujer adquiere relevancia cuando se consideran la reproducción y el cuidado de la salud, porque es una característica individual muy relacionada con los aspectos preventivos. Si bien la clasificación socioeconómica de los hogares aporta elementos sólidos para delinear grupos con mayor o menor protección social, la edad de las mujeres delimita más adecuadamente ese objetivo, ya que entre dos de ellas que vivan en el mismo hogar es más probable que la más joven se beneficie de una escolaridad más extendida, lo cual ejerce un efecto

positivo sobre la salud personal y familiar de la mujer y, en especial, sobre la sobrevivencia y el cuidado de los niños (Sandiford y otros, 1995).

El número de hijos de las mujeres se asemeja, en las últimas edades reproductivas (la década de los 40 años) a la tasa global de fecundidad, que es el número medio de hijos por mujer al final del período fértil. Es conveniente aclarar que en la información que sigue, está influyendo la dinámica de la fecundidad de la Capital Federal, con una descendencia final cercana a los 2 hijos por mujer, y la del Conurbano de Buenos Aires, con una de 2,7 alrededor de 1991 (Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991).

En el Cuadro 8.13 se aprecia con nitidez que, desde las edades más jóvenes, las mujeres menos escolarizadas del Aglomerado del Gran Buenos Aires tienen un número de hijos que duplica el de las más educadas. Conviene reparar en algunas cifras:

- las diferencias en el número de hijos de las mujeres que no terminaron la primaria y las que completaron ese nivel nunca es menor a 0,5 y alcanza a 1 hijo en las de 35 a 44 años,

- la descendencia de las mujeres que tienen el ciclo secundario concluido o más estudios no alcanza, o solo lo hace precariamente, el nivel de reemplazo de las generaciones (2,1 hijos por mujer).

En el Cuadro 8.14 se compara el promedio de hijos de las mujeres de 40 a 44 años (como indicador de la cantidad de hijos por mujer al final de la vida reproductiva) del resto de los aglomerados, verificándose un comportamiento similar y tan contrastante como el señalado en el Cuadro 8.13.

Cuadro 8.13 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 44 años por edad y nivel de escolaridad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad	Total	Nivel de escolaridad		
		Primaria incompleta	Primaria completa o secundaria incompleta	Secundaria completa o más
5-19	0,1	0,3	0,1	-
20-24	0,6	1,7	0,9	0,2
25-29	1,3	2,7	1,8	0,7
30-34	2,0	3,2	2,3	1,4
35-39	2,4	4,0	2,7	1,8
40-44	2,6	3,7	2,9	2,0

Cuadro 8.14 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 40 a 44 años según nivel de escolaridad por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Nivel de escolaridad		
		Primaria incompleta	Primaria completa o secundaria incompleta	Secundaria completa o más
Rosario	2,5	5,0	2,5	2,0
Paraná	3,1	4,5	3,2	2,6
Neuquén	3,2	4,5	3,1	2,5
Mendoza	3,1	4,0	3,2	2,6
Salta	3,1	3,8	3,5	2,5
Río Gallegos	3,0	3,8	3,2	2,6

LA FECUNDIDAD MARITAL

Hasta aquí se ha revisado la situación de la fecundidad en todas las mujeres de 15 a 49 años, independientemente de su estado conyugal. A continuación se hará referencia a la descendencia de las mujeres que han tenido alguna unión conyugal (casadas, unidas, separadas o divorciadas y viudas), como una medida más aproximada a la fecundidad marital.

Como lo muestra el Cuadro 8.15, la descendencia alcanzada por las mujeres sigue los lineamientos del cuadro anterior, observándose una notoria diferencia según la

escolaridad, llegando a duplicar o triplicar el número de hijos entre las que no tienen finalizada la escuela primaria y las que completaron como mínimo el nivel secundario.

Cuadro 8.15 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 44 años con alguna unión conyugal por edad y nivel de escolaridad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad	Total	Nivel de escolaridad		
		Primaria incompleta	Primaria completa o secundaria incompleta	Secundaria completa o más
Total	**2,3**	**3,5**	**2,4**	**1,7**
15-19	0,7	1,0	0,7	–
20-24	1,3	2,1	1,5	0,6
25-29	1,8	2,9	2,2	1,1
30-34	2,2	3,4	2,6	1,6
35-39	2,6	4,0	2,8	2,0
40-44	2,8	4,0	3,0	2,1

Cuadro 8.16 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 40 a 44 años con alguna unión conyugal según nivel de escolaridad por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Nivel de escolaridad		
		Primaria incompleta	Primaria completa o secundaria incompleta	Secundaria completa o más
Rosario	2,8	5,0	2,7	2,3
Paraná	3,4	4,7	3,3	2,9
Neuquén	3,3	4,2	3,1	2,9
Mendoza	3,2	4,0	3,2	2,8
Salta	3,4	4,2	3,9	2,9
Río Gallegos	3,2	4,2	3,4	2,6

Cuadro 8.17 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron algún embarazo según cantidad de embarazos perdidos por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Embarazos perdidos		
		Ninguno	Uno	Dos o más
Gran Buenos Aires	100,0	69,0	20,7	10,3
Rosario	100,0	77,6	16,7	5,7
Paraná	100,0	80,2	14,9	4,9
Neuquén	100,0	74,1	20,0	5,9
Mendoza	100,0	69,9	20,5	9,6
Salta	100,0	64,1	23,1	12,8
Río Gallegos	100,0	81,6	13,6	4,8

El Cuadro 8.17 presenta información sobre las mujeres que tuvieron algún embarazo de acuerdo a la declaración sobre la cantidad de embarazos perdidos. Puede notarse que el rango del porcentaje de mujeres que experimentaron pérdidas es amplio, desde Paraná y Río Gallegos con solo el 20% hasta el 36% en Salta. Como era de esperar, se comprobó (en información que no se presenta) que el porcentaje de pérdidas crece a medida que aumenta la edad de las mujeres.

Con la finalidad de acercarse a un análisis más cuidadoso del tema, y con los recaudos imprescindibles por la dificultad de trabajar con información de encuestas para explorar un aspecto tan sensible (desde el punto de vista legal, ético y religioso) se calculó el número de embarazos, de pérdidas y de nacimientos en el Aglomerado del Gran Buenos Aires. Los datos muestran que los nacidos vivos constituyen el 84% de todos los embarazos declarados; las pérdidas, en un cálculo separado, resultaron ser el 16% de todos los embarazos. Esta cifra es algo superior a la estimada por los tratados de obstetricia con respecto al porcentaje de embarazos que se pierden espontáneamente (Schwarcz, 1990). Los porcentajes tan similares inducen a pensar que las mujeres declararon solo las pérdidas de los embarazos que se produjeron de manera espontánea y no mencionaron los abortos inducidos. Esta situación se ha comprobado en numerosas investigaciones, dada la situación de ilegalidad y de sanción social que rodea la práctica del aborto.

PREVALENCIA EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Para contar con información confiable y oportuna en la concreción de la meta referida al desarrollo de Programas de Procreación

Responsable en todas las jurisdicciones del país se incluyeron en el Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales algunas preguntas sobre el uso de métodos anticonceptivos. Esto permitió clasificar a las mujeres de acuerdo a tres posibilidades:

- las usuarias de algún método en el momento de la encuesta,
- las que no lo usaban pero lo habían usado alguna vez y
- las que nunca habían utilizado ningún método.

CONDICIÓN DE USO DE ANTICONCEPTIVOS

En primer lugar se analizará la condición de uso actual, al momento de la encuesta, en todas las mujeres de 15 a 49 años. Se presenta la información desagregada del Aglomerado del Gran Buenos Aires (Cuadro 8.18) y Conurbano de Buenos Aires (Cuadro 8.19). Más adelante se muestra el Cuadro 8.20, con el porcentaje de usuarias actuales en el Aglomerado del Gran Buenos Aires y en el resto de los aglomerados.

Cuadro 8.18 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por condición de uso actual de métodos anticonceptivos según edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad	Total	Uso actual de anticonceptivos		
		Sí	No	Sin relaciones actualmente
Total	**100,0**	**53,6**	**29,0**	**17,4**
	(2.906.012)			
15-19	**100,0**	20,5	19,3	60,2
20-24	**100,0**	53,5	27,8	18,7
25-29	**100,0**	66,8	26,5	6,2
30-34	**100,0**	67,8	27,6	4,6
35-39	**100,0**	69,3	26,5	4,2
40-44	**100,0**	61,3	33,0	5,7
45-49	**100,0**	43,9	48,9	7,2

Cuadro 8.19 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por condición de uso de métodos anticonceptivos según edad en el Conurbano Bonaerense

Edad	Total	Uso actual de anticonceptivos		
		Sí	No	Sin relaciones actualmente
Total	**100,0**	50,7	**30,9**	**18,4**
	(2.166.415)			
15-19	**100,0**	17,6	21,9	60,5
20-24	**100,0**	50,5	31,8	17,7
25-29	**100,0**	63,9	30,5	5,6
30-34	**100,0**	66,4	28,1	5,5
35-39	**100,0**	68,2	27,3	4,5
40-44	**100,0**	58,6	35,0	6,4
45-49	**100,0**	41,7	50,6	7,8

Hasta ahora se presentó información sobre la condición de uso actual de anticonceptivos de todas las mujeres en edades fértiles, independientemente de su situación conyugal o de pareja. Dada la carencia de conocimiento sobre este tema que existe en nuestro país se ha considerado apropiado incluir la información de la manera más desagregada posible por lo cual, luego de la primera aproximación es conveniente restringir el análisis a las mujeres en situación de concebir, es decir, a aquellas casadas, unidas de hecho o con relaciones sexuales. Estos resultados se muestran en los Cuadros 8.20 y 8.21.

En el Aglomerado del Gran Buenos Aires (Cuadro 8.20) se destaca una prevalencia de uso actual bastante elevada (un rango que va de los dos tercios a las tres cuartas partes de las mujeres en las edades centrales de la reproducción -de los 20 a los 34 años-).

Es de hacer notar los niveles más bajos de uso entre las mujeres más jóvenes y las de mayor edad. En las últimas podría tratarse de factores asociados a la disminución de la

fertilidad; en las más jóvenes las causas pueden estar indicando diversos factores: o bien la motivación para comenzar a tener hijos o la falta de información, tanto sobre la fisiología de la reproducción como de los métodos más eficaces, apropiados y seguros para la salud. Tampoco es de desdeñar el rol que desempeñan las conductas de riesgo tan características de la adolescencia (*a mí no me va a pasar*).

Cuadro 8.20 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan métodos anticonceptivos por edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires, Capital Federal y Conurbano Bonaerense

Edad	Gran Buenos Aires	Capital Federal	Conurbano Bonaerense
Total	64,9	72,8	62,0
15-19	51,6	86,4	44,6
20-24	65,9	78,7	61,3
25-29	71,6	81,6	67,9
30-34	71,0	73,0	70,3
35-39	72,3	73,8	71,7
40-44	64,9	71,0	62,7
45-49	47,5	53,2	45,2

Si bien lo usual, al utilizar la Encuesta Permanente de Hogares, es concentrar el análisis en el conjunto del aglomerado (Capital Federal y Conurbano de Buenos Aires) por el alcance de las interpretaciones basadas en la confiabilidad estadística, en el Cuadro 8.20 se ha escogido desagregar la información con fines indicativos, debido al comportamiento tan diferente de la fecundidad en ambas jurisdicciones.

Los datos muestran porcentajes de uso fuertemente diferenciados en las edades más jóvenes: en las menores de 20 años del Conurbano llega a la mitad del valor que asume en la Capital Federal (45% contra 86%) y es notablemente diverso de los 20 a los 29 años. En el punto referido a la fecundidad se mencionaron algunas hipótesis para interpretar estas prácticas, que pueden resumirse en el valor que se asigna a la constitución temprana de la familia y al tamaño más numeroso de ésta, al desconocimiento de los métodos para prevenir el embarazo, a la falta de accesibilidad, ya sea cognitiva, económica o cultural, a los servicios de salud ginecológica y a la insuficiencia o carencia de programas de salud que atiendan estos problemas (López, 1993).

En el Cuadro 8.21 se expone la información sobre el porcentaje de uso actual en el resto de los aglomerados. Lo que resalta es el bajo uso de las mujeres más jóvenes, que muestra valores inferiores a los del Conurbano de Buenos Aires. Desde los 25 hasta los 39 años el rango de uso abarca desde los dos tercios a las tres cuartas partes de las mujeres. Como se verá en el Cuadro 8.22, la distribución de las usuarias no se da de manera uniforme en los distintos aglomerados.

Cuadro 8.21 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales según uso actual de métodos anticonceptivos y edad por aglomerado de residencia

Edad	Aglomerados					
	Rosario	Paraná	Neuquén	Mendoza	Salta	Río Gallegos
Total	64,1	53,2	61,4	60,7	57,1	57,5
15-19	37,4	31,0	34,8	36,7	35,3	42,4
20-24	61,7	53,5	66,2	62,4	59,7	52,0
25-29	74,8	69,6	64,7	64,3	63,5	59,2
30-34	77,1	55,2	68,3	74,4	62,2	71,7
35-39	70,3	61,9	71,7	64,1	63,1	64,3
40-44	64,5	57,0	62,3	67,7	61,0	56,7
45-49	51,1	36,7	45,7	34,0	34,3	40,8

El Cuadro 8.22 permite comprobar las diferencias en la prevalencia de uso de acuerdo a la situación de pobreza de los hogares donde viven las mujeres, advirtiéndose el mayor uso entre las mujeres no pobres, con diferencias de alrededor de 13 puntos porcentuales en la mayoría de los aglomerados.

Cuadro 8.22 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Total	100,0	100,0	100,0
Gran Buenos Aires	64,6	54,1	67,1
Conurbano Bonaerense	62,0	53,3	65,0
Rosario	64,1	54,1	67,5
Paraná	53,2	43,5	55,7
Mendoza	60,7	50,6	62,9
Salta	57,1	44,5	59,9
Neuquén	61,5	54,1	62,9
Río Gallegos	57,5	50,8	58,8

Se mencionó más arriba la vinculación entre la prevención y el cuidado de la salud con la escolaridad de las mujeres y las madres, porque ambos aspectos se asocian positivamente. Si se compara por NBI, que es una característica de los hogares compartida por cada uno de sus miembros, la escolaridad está más ligada a la edad y a las generaciones, observándose una ampliación de la escolarización en la gente más joven. En este sentido, el Cuadro 8.23 permite conocer la desigual distribución del uso ¿y del acceso? a los métodos que regulan los nacimientos. Es útil recordar que las mujeres con niveles inferiores a la primaria completa son en general, las de mayor edad, que tienen ya un número elevado de hijos (bastante por encima del promedio del aglomerado) como resultado de la falta de práctica anticonceptiva o de su uso inadecuado. Las mujeres con escolaridad secundaria incompleta suelen ser en cambio, más jóvenes, por lo cual están en la etapa de la formación de sus familias. En general, salvo en el Aglomerado del Gran Buenos Aires (donde el porcentaje de las mujeres con nivel secundario finalizado es importante), el peso relativo de las que no la completaron determina que el promedio del aglomerado se sitúe muy cerca de los valores del grupo.

Cuadro 8.23 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo según nivel de escolaridad por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Nivel de escolaridad		
		Primaria incompleta	Primaria completa y secundaria incompleta	Secundaria completa o más
Gran Buenos Aires	64,9	51,1	60,5	71,7
Rosario	64,1	47,5	63,2	69,5
Paraná	53,2	37,0	52,8	58,3
Mendoza	60,7	43,2	59,1	67,6
Salta	57,1	40,3	56,1	66,2
Neuquén	61,4	51,8	59,4	66,6
Río Gallegos	57,5	53,2	55,8	60,3

¿Cómo influye el estado conyugal en el uso de métodos anticonceptivos? De acuerdo al Cuadro 8.24, las casadas muestran ser las más proclives a regular su fecundidad: son mayores que las unidas y solteras y es probable que ya tengan un número de hijos que ellas y sus parejas consideren adecuado. Rosario, Neuquén y el Aglomerado del Gran Buenos Aires muestran el mayor porcentaje de casadas con uso actual (cerca del 70%); el valor más bajo está representado por Paraná (59%).

Paraná, Mendoza, Río Gallegos y Neuquén tienen los porcentajes más bajos de uso entre las solteras (menos del 45%) mientras que el más elevado es el del Aglomerado del Gran Buenos Aires.

En cuanto al uso entre las mujeres unidas, la información disponible muestra una prevalencia cercana al 60% en algo más de la mitad de los aglomerados (Gran Buenos Aires, Mendoza, Neuquén y Río Gallegos); en el resto se sitúa alrededor del 50%.

Cuadro 8.24 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo según estado conyugal por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Estado conyugal				
		Soltera	Unida	Casada	Sep/div	Viuda
Gran Buenos Aires	64,7	55,6	58,1	70,3	51,9	26,8
Rosario	64,1	49,4	51,8	73,1	69,5	14,3
Paraná	53,2	43,7	52,4	58,7	43,5	30,0
Mendoza	60,6	44,9	61,1	67,7	38,9	14,3
Salta	57,1	51,6	43,2	62,6	37,9	62,5
Neuquén	61,4	43,4	64,3	70,1	63,8	12,2
Río Gallegos	57,4	40,7	59,2	64,7	48,7	28,4

En el Cuadro 8.25 se muestra el efecto de la cobertura de salud sobre el uso actual de anticonceptivos en los distintos aglomerados. Pareciera que la afiliación acompaña, en la mayoría de los casos, porcentajes más elevados de uso actual, aunque es preciso tener en cuenta que la afiliación misma está asociada a factores como la mayor edad, el número más alto de hijos y una situación socio-ocupacional que predisponen hacia la planificación de la familia.

Cuadro 8.25 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan algún método anticonceptivo por condición de cobertura de salud y aglomerado de residencia

Aglomerados	Cobertura de salud	
	Con	Sin
Gran Buenos Aires	67,0	60,1
Rosario	61,1	50,0
Paraná	53,1	53,2
Mendoza	65,0	53,0
Salta	61,4	50,0
Neuquén	63,0	59,0
Río Gallegos	59,1	51,5

USO ANTERIOR DE ANTICONCEPTIVOS

Al 46% de mujeres que declararon no estar usando ningún método anticonceptivo en el momento de la encuesta (1.342.900 mujeres) se les preguntó si los habían usado con anterioridad. Los resultados se exponen en el Cuadro 8.26.

Cuadro 8.26 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años que no usan métodos anticonceptivos según uso anterior y edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad	Total	Uso anterior de anticonceptivos		
		Sí	No	No tuvo relación
Total	100,0	**36,9**	**31,3**	**31,8**
	(1.342.900)			
15-19	100,0	6,7	15,4	77,9
20-24	100,0	22,9	41,4	35,7
25-29	100,0	46,4	41,3	12,3
30-34	100,0	57,6	37,2	5,2
35-39	100,0	60,8	36,7	2,5
40-44	100,0	58,8	38,4	2,8
45-49	100,0	61,3	35,3	3,4

El no uso actual está compuesto, aproximadamente, por algo más de un tercio de mujeres que usaron anteriormente, un tercio que nunca usaron y otro tanto que no tiene prácticas sexuales. Desde luego, la distribución por edad aclara el panorama, permitiendo conocer que cerca de la mitad o más de las mujeres mayores de 25 años han regulado su reproducción aunque no lo hagan en la actualidad. Sin embargo, de los 30 años en adelante resulta llamativo que más de un tercio de las mujeres declare no haberlos usado nunca.

A partir de la información revisada podría afianzarse la hipótesis de dos patrones de práctica reproductiva en el Aglomerado del Gran Buenos Aires, ya señalado en varias investigaciones recientes. Por una parte, un modelo mayoritario de familia pequeña, entre los 2 y los 3 hijos, que es la descendencia al final de la vida reproductiva. Este modelo se caracteriza asimismo, por un

grado elevado de control de los nacimientos. En contraste, una fecundidad más elevada es lo que distingue el modelo complementario, con un calendario de la fecundidad más extendido (desde las edades adolescentes hasta las premenopáusicas) y con un uso más escaso y errático de los métodos de regulación de los nacimientos (López, 1993).

C. LAS MADRES RECIENTES: PERFIL REPRODUCTIVO Y CONTROL PRENATAL[1]

Al iniciar el desarrollo de este capítulo se delinearon los temas a tratar. Hasta ahora se examinaron aspectos relativos a la consulta ginecológica, la fecundidad y la regulación de la misma en todas las mujeres de 15 a 49 años. En los puntos que siguen, se analizarán algunos de los factores que contribuyen a una maternidad más segura, examinando los resultados de las preguntas formuladas a las mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos en los últimos tres años.

EL PERFIL REPRODUCTIVO[2]

¿Cuál es el perfil reproductivo de las madres recientes en el Aglomerado del Gran Buenos Aires? De la composición por edades de las madres se desprende un patrón con porcentajes similares para las de 25 a 29 y las de 30 a 34 años (27,4% y 26,6% respectivamente); ambas edades dan cuenta de más de la mitad de la fecundidad total. Si se suma el aporte de las mujeres de 20 a 24 años (20,7%) se concluye que las tres cuartas partes de la fecundidad de este aglomerado están dadas por las mujeres de 20 a 34 años. Las jóvenes menores de 20 años contribuyen con el 5% (de ellas, más del 75% son primerizas y una de cada cinco tuvo ya su segundo hijo) y las mayores de 35 con el 20% de la fecundidad reciente.

Los aspectos salientes de la fecundidad por edad se enumeran a continuación:

1) entre los 20 y los 29 años alrededor del 75% de las madres tiene entre 1 y 2 hijos,

2) la mitad de las madres recientes de 30 a 34 años tiene también entre 1 y 2 hijos; del resto se destaca un 14%, que ya tiene 5 hijos o más,

3) de los 35 a los 44 años cerca de la mitad de las mujeres tiene 4 hijos o más. Estas dos condiciones, de edad y paridez, han sido definidas por la Organización Mundial de la Salud como de riesgo reproductivo. Esta comprobación es un señalamiento para los programas de procreación responsable y de salud materna, ya que estas mujeres aportan un quinto de la fecundidad reciente en el área en estudio.

Cuadro 8.27 Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos en los últimos tres años por número de hijos según edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad	Total	Número de hijos nacidos vivos				
		1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos	5 hijos o más
Total	**100,0** (512.784)	**30,7**	**30,4**	**17,4**	**9,8**	**11,7**
15-19	**100,0**	78,3	21,7	-	-	-
20-24	**100,0**	53,4	27,9	12,2	4,6	1,8
25-29	**100,0**	30,1	40,3	14,3	7,3	8,0
30-34	**100,0**	20,6	33,8	22,4	9,6	13,6
35-39	**100,0**	10,5	16,7	25,4	20,3	27,1
40-44	**100,0**	4,7	21,9	20,5	19,8	33,1
45-49	**100,0**	-	-	50,1	49,9	-

[1] Se consideran madres recientes a aquellas que tuvieron hijos nacidos vivos desde enero de 1991 a mayo de 1994

[2] Las 512.784 madres recientes constituyen el 17,6 % de las mujeres en edades fértiles del Aglomerado del Gran Buenos Aires

Cuadro 8.28 Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos en los últimos tres años por número de hijos nacidos vivos y aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Número de hijos nacidos vivos				
		1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos	5 hijos o más
Rosario	100,0	33,4	22,1	16,2	11,2	17,1
Paraná	100,0	29,0	27,8	19,8	13,1	10,4
Neuquén	100,0	31,1	24,6	23,7	10,8	9,9
Mendoza	100,0	27,8	31,7	20,7	7,9	11,9
Salta	100,0	27,0	26,7	19,8	11,3	15,3
Río Gallegos	100,0	32,0	25,5	20,1	14,5	7,9

EL CONTROL PRENATAL

La cobertura y calidad de la atención durante el embarazo, así como la atención del parto son factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y, por lo tanto, indicadores relevantes al evaluar la situación general de la salud de un país.

Muchas de las complicaciones durante el parto, así como también problemas vinculados a la morbimortalidad materna e infantil, están asociados al bajo número de controles y a la detección tardía de patologías.

Un número insuficiente de controles durante el embarazo o una atención inadecuada del parto son factores que intervienen en buena parte de las muertes maternas evitables.

La bibliografía pediátrica y obstétrica reconoce la importancia del inicio temprano del control prenatal como estrategia para reducir los riesgos asociados a la maternidad y a la supervivencia infantil. También se plantea la importancia del seguimiento y control del embarazo, estableciéndose como parámetro un número mínimo de cinco controles durante la gestación.

En el Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales se recogió información tendiente a medir los comportamientos de las mujeres frente al control del embarazo.

Los aspectos relevados se refirieron a diversas facetas del control prenatal -mes de inicio de los controles, número de controles realizados, lugar del control- y al tipo y modalidades de atención del parto. Cabe consignar que esta información se refiere al último hijo nacido vivo.

El énfasis se ha puesto en el análisis de los datos correspondientes al Gran Buenos Aires, estableciéndose algunas comparaciones de orden general con el resto de los aglomerados estudiados.

EL NÚMERO DE CONTROLES DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO

Uno de los primeros emergentes que proporciona el análisis de los resultados indica la existencia de un comportamiento diferencial de las mujeres frente a la atención del embarazo y el parto en función del estrato socioeconómico de pertenencia.

La evidencia disponible indica que un altísimo número de mujeres residentes en el Aglomerado del Gran Buenos Aires - el 98,3% de las entrevistadas - efectuó controles prenatales durante el último embarazo. En el resto de los aglomerados analizados (Rosario, Paraná, Neuquén, Río Gallegos, Mendoza y Salta) también se registra un porcentaje similar de mujeres que controlaron su embarazo.

Cuadro 8.29 Porcentaje de las mujeres que realizaron controles prenatales por aglomerado de residencia

Gran Buenos Aires	Rosario	Paraná	Neuquén	Mendoza	Salta	Río Gallegos
98,3	97,3	99,0	98,8	98,7	98,2	96,4

Al analizar el número de controles realizados llama la atención que el 89,1% de las mujeres del Aglomerado del Gran Buenos Aires haya realizado cinco controles o más.

Datos anteriores, obtenidos en otras fuentes de información, como los expuestos en la publicación conjunta del Ministerio de Salud y Acción Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1985 indicaban que, si bien el parto institucional es frecuente, el control prenatal de las embarazadas es bajo.

Estudios realizados en la Maternidad Sardá de la Capital Federal y en la provincia de Neuquén evidencian que entre el 24% y el 30% de las mujeres atendidas por partos no consultó previamente o solo realizó una consulta (OPS - MSAS, 1985).

Debe resaltarse que se trata de dos fuentes de datos que toman en consideración poblaciones diferentes: mientras que las estadísticas y los testimonios de los profesionales de los hospitales hacen referencia a las mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos, las encuestas por muestreo como la Encuesta Permanente de Hogares seleccionan aleatoriamente a toda la población femenina de 15 a 49 años en sus domicilios.

Otra interpretación posible a la disparidad aludida puede atribuirse a que las encuestadas hayan aumentado no solo el hecho de la asistencia al control prenatal sino también el número de controles realizados; el compromiso con los cuidados prenatales es un comportamiento socialmente valorado y por ello, quizás, las mujeres tiendan a ocultar su incumplimiento.

Los demás aglomerados analizados muestran un comportamiento semejante al del Aglomerado del Gran Buenos Aires.

Cuadro 8.30 Distribución porcentual de las mujeres por número de controles prenatales durante el último embarazo por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Número de controles		
		Ninguno	Menos de 5	5 o más
Gran Buenos Aires (512.784)	100,0	1,6	9,3	89,1
Rosario (63.252)	100,0	2,7	13,4	83,4
Paraná (10.003)	100,0	1,0	12,9	85,1
Neuquén (12.100)	100,0	3,6	9,3	87,1
Mendoza (48.050)	100,0	1,3	11,9	86,8
Salta (21.334)	100,0	6,2	15,3	78,5
Río Gallegos (3.903)	100,0	1,2	22,6	76,1

Las cifras indican que ocho de cada diez mujeres controlaron su embarazo en cinco o más oportunidades; solo Río Gallegos y Salta presentan un porcentaje menor al 80%.

La lectura de los datos correspondientes al número de controles según condición de satisfacción de necesidades básicas (NBI) muestra que la situación de pobreza influye claramente en la práctica del control prenatal.

En todos los aglomerados se observa una situación desfavorable de las madres con NBI

respecto al número de controles realizados durante el último embarazo, que desciende al agudizarse el deterioro de las condiciones socioeconómicas de los hogares a los que pertenecen las mujeres.

Cuadro 8.31 Porcentaje de mujeres que realizaron cinco o más controles prenatales según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Aglomerados	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Gran Buenos Aires	79,4	94,8
Rosario	68,3	94,1
Paraná	74,9	91,7
Neuquen	80,8	89,1
Mendoza	75,8	92,9
Salta	60,9	86,0
Río Gallegos	42,2	82,2

Tal como lo indica el Cuadro 8.31, las diferencias por condición de pobreza en relación al número de controles prenatales se agudizan en Rosario, Paraná, Río Gallegos y Salta.

El análisis del Aglomerado del Gran Buenos Aires puso en evidencia - en un tabulado adicional que no se presenta- la existencia de una fuerte asociación entre el nivel educacional de la madre y la actitud de prevención y cuidado del embarazo, situación que también condiciona las posibilidades de accesibilidad al sistema de salud. Cuanto más alto es el nivel educacional no solo se cuenta con mayor información acerca de la importancia de los cuidados prenatales sino también con mejores recursos para acceder a la atención de la salud.

El análisis del nivel de educación de las madres y la cobertura de salud introduce variantes en el comportamiento frente a los controles prenatales: las madres con menor escolaridad y aquellas que no poseen cobertura para la atención de su salud efectivizaron un menor número de controles prenatales.

En el Aglomerado del Gran Buenos Aires el 97,8% de las madres con mayor nivel educacional (secundario completo o más) realizaron 5 o más controles, en tanto que solo completó esos controles el 70,9% de las que no tienen instrucción o solo cuentan con el ciclo primario.

Entre las menos escolarizadas, el 23,2% completó menos de 5 controles y aproximadamente el 6% ninguno; en contraste, las madres con instrucción primaria completa o secundaria incompleta mostraron un comportamiento similar a las de mayor nivel educacional.

Al analizar el número de controles según el estado conyugal de las mujeres se observa que son las unidas y las solteras las que han realizado el menor número de controles durante el embarazo de su último hijo nacido vivo, ya que sobre el total de las mujeres que no realizaron controles las solteras representan el 36% y las unidas el 51,4%.

También puede señalarse que entre las mujeres que realizaron menos de cinco controles, el 36,8% son casadas. Debido a que la mayoría de las mujeres que tienen hijos son casadas es esperable que también sean las que mayor número de controles realicen, comprobándose que entre las mujeres que consultaron en cinco o más oportunidades el 69,6% era casada, en tanto las solteras alcanzaron el 5,8% y las unidas el 22,5%.

Cuadro 8.32 Distribución porcentual de las mujeres según número de controles prenatales por estado conyugal en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Estado conyugal	Número de controles		
	Ninguno	Menos de 5	5 o más
	(8 314)	(47 486)	(456 984)
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Solteras	36,0	18,7	5,8
Unidas	51,4	31,9	22,5
Casadas	12,6	36,8	69,6
Otros	-	12,7	2,0

Otro aspecto interesante surge de analizar para el Aglomerado del Gran Buenos Aires el número de controles por edad: el 49,6% de las mujeres que no realizaron ningún control se concentra entre los 20 y 24 años de edad, siendo también ésa la edad donde se encuentra el mayor número de madres solteras.

Cuadro 8.33 Distribución porcentual de las mujeres por edad según número de controles prenatales en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Estado conyugal	Número de controles		
	Ninguno	Menos de 5	5 o más
	(8 314)	(47.486)	(456 984)
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**
15 - 19	11,8	13,0	4,4
20 - 24	49,6	29,7	19,2
25 - 29	-	14,6	29,1
30 - 34	-	23,5	27,3
35 - 39	13,4	12,5	14,5
40 - 44	12,4	6,4	4,5
45 - 49	12,6	-	-

EL INICIO DE LOS CONTROLES PRENATALES

Con respecto al momento de inicio de los controles prenatales, el 84,3% de las mujeres entrevistadas en el Aglomerado del Gran Buenos Aires lo hizo durante los tres primeros meses de gestación, el 13,6% entre el 4to. y el 6to. mes y solo el 2,1% controló su embarazo por primera vez a los 7 meses o más. En este último grupo probablemente se encuentren aquellas mujeres que, intentando asegurarse la atención del parto en el subsector público hacen al menos una consulta previa en el hospital o en la unidad sanitaria.

Puede hipotetizarse además, que el porcentaje referido al inicio del control prenatal se ve aumentado por la inclusión en este ítem de la consulta inicial realizada con el fin de diagnosticar el embarazo, lo cual no indica necesariamente controles posteriores durante el primer trimestre.

Las cifras obtenidas en el Módulo son mayores que las registradas en 1988 en el estudio La pobreza urbana en Argentina (INDEC, 1990) en el cual la captación de los embarazos para su control y atención durante los tres primeros meses fue del 72,2% de las mujeres del Conurbano Bonaerense.

Esto resulta consistente si se tiene en cuenta que en el Aglomerado del Gran Buenos Aires (Capital Federal y Conurbano Bonaerense) existe una menor proporción de población con NBI que en el Conurbano, lo cual tendería a subir la cifra.

En dicho estudio solo en el segmento de las no pobres la captación temprana llegaba al 83,4%, en tanto que entre las pobres estructurales era del 61,9% y entre las pauperizadas del 67%.

El nivel educacional de la madre atraviesa en forma diferencial - de manera similar a lo expuesto con respecto al número de controles -la disposición hacia el cuidado y la prevención durante la gestación: las madres sin instrucción o con primaria incompleta son las que en menor medida inician el control del embarazo durante los tres primeros meses. Esto se comprueba en el Aglomerado del Gran Buenos Aires: solo el

60,3% realizó su primer control en el primer trimestre.

A medida que crece el nivel de escolaridad se produce un ingreso más precoz al control del embarazo: el 81,6% de las madres con escolaridad primaria completa o secundaria incompleta asistieron en el primer trimestre del embarazo y las que tienen secundario completo o más lo hicieron en el 94% de los casos.

Paraná y Neuquén presentan un comportamiento semejante al del Aglomerado del Gran Buenos Aires (81,4% y 86% respectivamente) en tanto es algo menor el inicio del control prenatal durante los tres primeros meses del embarazo en Río Gallegos (79,4%) y Rosario (79,2%).

Nuevamente, la condición de pobreza agudiza las diferencias en cuanto a la actitud de prevención como así también en términos de la accesibilidad al sistema de salud.

Las cifras de Rosario y Río Gallegos -expuestas en el Cuadro 8.34 - muestran las mayores diferencias entre pobres y no pobres: en ambos aglomerados, las mujeres de menores recursos son las que evidencian un deficiente control de sus embarazos, ya que son las que lo inician en forma más tardía y completan un menor número de controles a lo largo de la gestación.

Cuadro 8.34 Porcentaje de mujeres que iniciaron el control prenatal durante el primer trimestre del embarazo según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Gran Buenos Aires	84,3	71,1	91,2
Rosario	79,2	60,7	89,8
Paraná	81,4	70,5	88,7
Neuquén	86,0	86,4	86,2
Mendoza	86,8	72,7	92,3
Salta	73,5	57,7	79,5
Río Gallegos	79,4	57,4	83,5

El poseer una cobertura de salud (ya sea obra social, mutual o pre-pago privado) interviene favorablemente en la posibilidad de un control más temprano del embarazo -según un cuadro que no se incluye-. En el Aglomerado del Gran Buenos Aires el 90% de las mujeres afiliadas a algún sistema de salud controlaron su embarazo durante los tres primeros meses, contra el 72% de las que no tienen cobertura.

Estas comprobaciones repiten hallazgos similares a los de otros campos de la salud y constituyen una llamada de atención para las actividades de prevención, ya que las personas con menos recursos materiales y cognitivos están más propensas a configurar situaciones de riesgo, por lo cual el diseño de políticas debería prever estrategias novedosas para su captación.

D. EMBARAZO, PARTO, ANTICONCEPCIÓN Y LACTANCIA MATERNA

EL LUGAR DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO

Los datos para el Aglomerado del Gran Buenos Aires recogidos por el Módulo señalan que el control prenatal se realizó en proporciones similares en el subsector público y en el subsector privado: 47% consultó en el subsector público y 52% en el privado, pero la predominancia de uno u otro efector adquiere características particulares en el resto de los aglomerados analizados.

Neuquén y Rosario evidencian una mayor concurrencia al subsector público: 54,3% y 52,5% de las mujeres realizaron el primer control de su embarazo en el hospital o en la unidad sanitaria, respectivamente.

Inversamente, Mendoza y Salta concentran una mayor proporción de consultas en el subsector privado: 64,5% y 60% de las mujeres concurrieron a algún establecimiento privado o a consultorios particulares, respectivamente.

Cuadro 8.35 Distribución porcentual de las primeras consultas de control prenatal según tipo de efector por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Tipo de efector			
		Hospital público	Unidad sanitaria	Establecimiento privado	Consultorio particular
Gran Buenos Aires	100,0	36,1	11,4	33,1	19,4
Rosario	100,0	39,4	13,4	43,7	3,5
Paraná	100,0	24,8	15,7	31,0	28,5
Neuquén	100,0	22,1	32,2	28,8	16,9
Mendoza	100,0	7,5	28,0	36,7	27,8
Salta	100,0	19,5	20,5	17,5	42,5

Las características del modelo de atención de la salud que prevalece en cada aglomerado parecen expresarse en la elección o concurrencia a la consulta y control del embarazo en determinados efectores de salud. Así, se observa que los datos obtenidos para Neuquén indican una fuerte presencia del primer nivel de atención - la unidad sanitaria- ya que es en él donde se realizan la mayor parte de los controles prenatales correspondientes al subsector público.

Este hallazgo es consistente con el desarrollo que en dicha provincia ha experimentado el subsector público, así como también indica el grado de desarrollo del primer nivel de atención característico de su modalidad de organización y el alto nivel de respuesta a dicha forma organizativa por parte de la población.

El comportamiento de Neuquén es claramente diferencial con respecto a los demás aglomerados, en los cuales la concurrencia al hospital predomina sobre la unidad sanitaria o centro de salud, siendo Rosario el que muestra un comportamiento similar.

En el Aglomerado del Gran Buenos Aires aún prevalece entre la población el rol del hospital como lugar de referencia para todo tipo de consulta y requerimiento de salud. Este comportamiento persiste, a pesar del incremento de unidades sanitarias y centros de salud creados en virtud de las políticas de descentralización de la atención de la salud y del desarrollo del primer nivel de atención implementados tanto en la Capital Federal como en el Conurbano Bonaerense.

En el caso de Mendoza, Salta, Río Gallegos y Paraná se advierte el menor porcentaje de controles del embarazo realizados en el subsector público, lo cual refleja un aspecto característico de dichas localidades, que estaría dado por una mayor presencia del subsector privado y de la seguridad social en la atención de la salud.

Dentro del subsector privado, son los establecimientos asistenciales los que concentran en mayor medida la demanda de control prenatal; solo en el caso de Río Gallegos y de Salta los consultorios particulares de los profesionales son más visitados que los establecimientos asistenciales privados.

Al revisar la información del Aglomerado del Gran Buenos Aires se advierte -en un tabulado que no se incluye- que son las mujeres que no tienen cobertura de salud las que más concurren al hospital público para efectuar el primer control del embarazo (61,9%) en tanto que las que tienen cobertura médica lo hacen más frecuentemente en establecimientos privados (48,5%) y consultorios particulares (28,9%).

También se observa que aquellas madres que hacen su primer control tardíamente, es decir desde el séptimo mes en adelante, en el 90% de los casos efectuaron ese primer control en el hospital público. En cambio, de las que ingresaron al control durante los tres primeros meses, el 59,2% lo hizo dentro del subsector privado y el 40,8% de ellas en el subsector público.

EL TIPO DE PARTO

En Río Gallegos y en Salta se observa un elevado número de cesáreas: el 33,8% y el 30,2%, respectivamente, de las mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos en los últimos tres años. En el Aglomerado del Gran Buenos Aires y en Mendoza, aproximadamente la cuarta parte de las mujeres tuvieron partos por cesárea (26,7% y 27,8% respectivamente).

En el Aglomerado del Gran Buenos Aires el tipo de parto registra diferencias según la condición de necesidades básicas insatisfechas: el 33% de las mujeres con hijos nacidos vivos en los últimos tres años pertenece al segmento con NBI, el 58,6% al grupo sin NBI y el 8,4% no pudo ser clasificado en esta variable. El porcentaje de cesáreas se incrementa en el segmento de las mujeres no pobres, alcanzando el 30,7% frente al 19,9% de los partos por cesárea en el grupo de las mujeres con necesidades básicas insatisfechas.

En los otros aglomerados no aparecen diferencias importantes en el tipo de parto en función de la condición de pobreza.

Del resto de mujeres del Gran Buenos Aires, el 71% tuvo partos normales y solo en el 2,4% de los casos se recurrió a la utilización de fórceps.

Al analizar el tipo de parto según la edad de la mujer, en el Aglomerado del Gran Buenos Aires se advierte que entre las mujeres de edades intermedias -de 30 a 34 años- y entre las mayores de 40 años la proporción de partos por cesárea se encuentra por encima del promedio obtenido para el aglomerado.

Cuadro 8.36 Distribución porcentual de las mujeres por tipo de parto según edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Edad	Total (512.784)	Tipo de parto: Cesárea (26,7)	Fórceps (2,4)	Normal (71,0)
15 - 19	**100,0**	14,8	3,7	**81,5**
20 - 24	**100,0**	22,0	2,9	75,1
25 - 29	**100,0**	26,7	1,4	71,9
30 - 34	**100,0**	29,7	2,9	67,3
35 - 39	**100,0**	26,9	1,3	71,8
40 - 44	**100,0**	38,7	4,2	57,1
45 - 49	**100,0**	50,1	–	49,9

En el resto de los aglomerados, los porcentajes correspondientes al parto normal y a los fórceps son similares; quizás pueden destacarse Neuquén y Rosario como los de más alta proporción de partos normales (78% en ambos), localidades donde como se señalara anteriormente, el subsector público tiene una fuerte presencia en términos de la demanda de atención del control prenatal.

Cabe señalar que Río Gallegos - con la mayor proporción de cesáreas, el 33,8% - es, a su vez, el aglomerado que presenta los mayores índices de concurrencia a la consulta en el subsector privado, donde evidentemente la práctica de la cesárea es mayor que en el subsector público.

Cuadro 8.37 Distribución porcentual de las mujeres según tipo de parto por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total (512.784)	Tipo de parto		
		Cesárea (26,7)	Fórceps (2,4)	Normal (71,0)
Gran Buenos Aires	100,0	26,6	2,4	71,0
Rosario	100,0	18,0	4,0	78,0
Paraná	100,0	26,0	1,0	73,0
Neuquén	100,0	19,3	2,7	78,0
Mendoza	100,0	27,8	3,5	68,7
Salta	100,0	30,2	2,2	67,6
Río Gallegos	100,0	33,8	1,3	64,9

LA APLICACIÓN DE LA VACUNA ANTITETÁNICA DURANTE EL EMBARAZO

Los datos obtenidos –a partir de las respuestas de las mujeres entrevistadas– indican una alta cobertura de esta vacuna entre las embarazadas del Aglomerado del Gran Buenos Aires, Paraná y Rosario donde sin embargo, hay aproximadamente un 10% de las mujeres que no fueron vacunadas.

Mendoza, Río Gallegos y Neuquén presentan un elevado porcentaje de mujeres que no recibieron la vacuna antitetánica estas alcanzan -aproximadamente- a un cuarto del total de las madres recientes de Río Gallegos y Neuquén y a un 35% en Mendoza. El caso de Neuquén es llamativo, dada la política de atención en el primer nivel de atención que caracteriza a esa provincia y es de suponer, a esa ciudad.

Cuadro 8.38 Distribución porcentual de mujeres según vacunación antitetánica en su último embarazo por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Vacunación antitetánica		
		Sí	No	No/Ne
Gran Buenos Aires	100,0	83,1	13,3	3,6
Rosario	100,0	86,1	12,1	1,8
Paraná	100,0	88,4	9,6	2,0
Neuquén	100,0	71,7	25,2	3,1
Mendoza	100,0	63,9	35,7	0,4
Salta	100,0	73,4	23,8	2,8
Río Gallegos	100,0	67,1	25,4	7,5

Los datos indican la existencia de un significativo número de mujeres que no fueron captadas para ser inmunizadas contra el tétanos, quedando excluidas así de una de las prácticas de prevención más importantes ante el parto.

PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

La atención del parto es una práctica casi exclusiva del médico; su presencia es dominante en todos los aglomerados analizados.

Salta y Río Gallegos son las ciudades en las cuales la presencia del médico parece ser casi excluyente, ya que más del 90,9% de las mujeres manifestó haber sido atendidas por un médico en el momento del parto.

Cuadro 8.39 Porcentaje de mujeres atendidas por médicos en el último parto por aglomerado de residencia

Aglomerados	Atendidas por médicos
Gran Buenos Aires	76,3
Rosario	82,5
Paraná	84,6
Neuquén	87,1
Mendoza	76,2
Salta	93,8
Río Gallegos	90,9

Los aglomerados Gran Buenos Aires y Mendoza son los que muestran una menor presencia del médico -aunque sigue marcándose su predominio- y una mayor participación de las parteras en la atención del parto; estos datos indican comportamientos diferenciales, que quizás puedan explicarse por las distintas formas que asume la organización del trabajo médico en los diferentes aglomerados analizados, y también por la disponibilidad o existencia de los recursos humanos en salud de cada ciudad.

Un denominador común a todos los aglomerados relevados es que en el segmento de las mujeres pobres crece la presencia de la partera en la atención del parto (Cuadro 8.40); también es de destacar la bajísima frecuencia, en la atención del parto, de comadronas o matronas.

Cuadro 8.40 Porcentaje de mujeres que fueron atendidas por una partera en el último parto según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total de mujeres atendidas por parteras	Mujeres de hogares con NBI atendidas por parteras
Gran Buenos Aires	23,3	34,9
Rosario	17,1	32,9
Paraná	12,9	19,0
Neuquén	12,9	17,0
Mendoza	22,9	45,5
Salta	4,5	5,4
Río Gallegos	8,3	18,3

El análisis más exhaustivo del Aglomerado del Gran Buenos Aires muestra una mayor presencia de las parteras en la atención del parto, observándose que el 66% de los partos atendidos por ellas se efectuó a mujeres sin afiliación a ninguna cobertura de salud y el 32% a aquellas cuya cobertura era la seguridad social; entre las afiliadas a sistemas de mutuales o empresas de medicina prepaga los partos atendidos por parteras solo representaron el 1,9%.

GRATUIDAD VERSUS PAGO DEL PARTO

Más del 50% de las mujeres entrevistadas no pagaron por la atención del parto; la proporción varía en las distintas ciudades estudiadas, oscilando desde el 50,3% en Paraná hasta el 73% en el Aglomerado del Gran Buenos Aires.

Como grupo de interés puede resaltarse que entre las mujeres con necesidades básicas insatisfechas se concentran los porcentajes más altos de no pago; Neuquén aparece como el aglomerado en el cual las mujeres pobres registran la mayor proporción de no pago del parto: 93,7%, Rosario: 88,7%; Salta: 83,6%; Aglomerado del Gran Buenos Aires: 80%; Río Gallegos: 76,1%; Paraná: 68,4% y Mendoza: 63,6% .

Si se vuelve a considerar al total de las mujeres se comprueba que una considerable proporción de ellas debió efectuar un pago parcial; esta modalidad parece ser más frecuente en Río Gallegos (45,7%) y en Paraná (44,2%) obteniéndose la menor proporción en el Aglomerado del Gran Buenos Aires (20,2%) y Neuquén (22,3%). Rosario, Mendoza y Salta se ubican en una posición intermedia respecto de la frecuencia del pago parcial del parto (31,6% , 38,8% y 30,5% respectivamente).

Mendoza es el aglomerado que registra la mayor proporción de mujeres que han pagado en forma total su parto: 14,1%; le siguen el Gran Buenos Aires con 6,8%, Salta con 6,4%, Neuquén con 5,4%, Paraná con 4,5%, Río Gallegos con el 3,4% y, por último, Rosario con el 2,3%.

Cuadro 8.41 Porcentaje de mujeres que efectuaron algún tipo de pago por la atención del parto por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Tipo de pago		
		Pago total	Pago parcial	No pagó
Gran Buenos Aires	100,0	6,8	20,2	73,0
Rosario	100,0	2,3	31,6	66,1
Paraná	100,0	4,5	44,8	50,7
Neuquén	100,0	5,4	22,3	72,3
Mendoza	100,0	14,1	38,8	47,1
Salta	100,0	6,4	30,5	63,1
Río Gallegos	100,0	3,4	45,7	50,9

Resulta imprescindible analizar esta información en función de la condición de afiliación a algún sistema de cobertura o atención de la salud; así, se advierte que entre aquellas mujeres que cuentan con afiliación a

alguna obra social la modalidad dominante es el no pago de la atención del parto.

En el segmento de las afiliadas a mutuales o empresas de medicina prepaga crece la modalidad de pago parcial, aunque sigue siendo dominante el no pago, excepto en el caso de Rosario, donde el 74% de las mujeres con cobertura de este tipo debieron pagar en forma parcial por su parto.

El grupo de las mujeres que no tienen cobertura se caracteriza por el no pago, a pesar de lo cual el pago parcial asciende al 14,7% en el Gran Buenos Aires y al 30,7% en Mendoza.

De esta información puede inferirse que estas mujeres, que pertenecen mayoritariamente al segmento con NBI, fueron atendidas en el sector público, por lo que estos pagos parciales pueden corresponder a los bonos de cooperadora o bien a la vigencia del arancelamiento hospitalario.

En Río Gallegos el 17% de las mujeres no afiliadas efectuaron un pago parcial del parto, el 11,2% en Rosario y el 4,5% en Neuquén.

También se observa -aunque los números son bajos- que el 11,4% de estas mujeres pagaron en forma total su parto en Mendoza, el 6,7 % en Salta, en tanto el 8,5% lo hizo en el Aglomerado del Gran Buenos Aires y el 8,6% en Río Gallegos.

TIEMPO DE INTERNACIÓN SEGÚN TIPO DE PARTO

Se establecieron tres rangos temporales - 1 a 3 días, 4 a 7 días y 8 días o más- para analizar el tiempo de internación por parto, observándose algunas variaciones importantes entre los distintos aglomerados.

En el Aglomerado del Gran Buenos Aires y en Río Gallegos es donde se advierte una mayor permanencia en internación de las mujeres parturientas, pero indudablemente esta información debe ser analizada en función del tipo de parto.

Se advierte que el tiempo de permanencia en internación es diferencial según el tipo de parto, siendo semejantes entre los distintos aglomerados los días de estada.

De las mujeres que tuvieron partos normales, del 80% al 90% permaneció internada entre 1 y 3 días; en cambio, en el 60% de las que tuvieron cesárea los tiempos de internación se extendieron entre 4 y 7 días. Indudablemente, esto se deriva del hecho de que la cesárea es una intervención quirúrgica que demanda, en general, mayor hospitalización.

En el caso de Salta se registra el más alto porcentaje de mujeres que estuvieron internadas entre 1 y 3 días habiendo tenido un parto normal.

Gran Buenos Aires y Río Gallegos presentan una importante proporción de mujeres internadas entre 4 y 7 días a pesar de haber tenido un parto normal: 34,5% y 31,0% respectivamente.

En cuanto a las cesáreas, puede comprobarse que en Mendoza, Paraná y Neuquén se registra un importante número de mujeres que estuvieron internadas entre 1 y 3 días: 39,7%, 39,2% y 30,5% respectivamente.

Cuadro 8.42 Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron parto normal según días de internación por aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Días de internación		
		1 a 3 días	4 a 7 días	8 o más días
Gran Buenos Aires	100,0	59,6	34,5	5,9
Rosario	100,0	77,6	19,9	2,5
Paraná	100,0	78,9	18,5	2,6
Neuquén	100,0	76,4	20,5	3,1
Mendoza	100,0	67,4	27,8	4,8
Salta	100,0	90,3	8,3	1,4
Río Gallegos	100,0	66,5	31,0	2,5

Cuadro 8.43 Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron parto por cesárea según días de internación por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Días de internación		
		1 a 3 días	4 a 7 días	8 o más días
Gran Buenos Aires	100,0	14,0	74,3	11,7
Rosario	100,0	28,2	64,0	7,8
Paraná	100,0	39,2	53,0	7,8
Neuquén	100,0	30,5	62,5	7,0
Mendoza	100,0	39,7	49,2	11,1
Salta	100,0	32,2	57,5	10,3
Río Gallegos	100,0	15,9	79,2	4,9

LA PREVALENCIA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS MADRES RECIENTES

La información disponible para el Aglomerado del Gran Buenos Aires muestra un elevado uso de la anticoncepción en las mujeres que han sido madres recientemente (cerca del 70%). Resulta destacable que las mujeres con 2 hijos regulen la reproducción en un 83% de los casos (son las que dan origen a cerca de un tercio de los nacimientos recientes). También destaca el uso relativamente escaso (15 puntos porcentuales por debajo del promedio) de las mujeres con 4 hijos o más. Como se señaló más arriba, son esas las mujeres en mayor situación de riesgo reproductivo, por su edad y alta paridez.

Cuadro 8.44 Porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos entre las mujeres que tuvieron hijos en los últimos tres años según número de hijos por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Número de hijos nacidos vivos				
		1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos	5 hijos o más
Gran Buenos Aires	68,8	65,5	82,8	68,4	53,2	54,3
Rosario	71,3	58,4	87,9	83,4	83,9	55,5
Paraná	58,0	66,8	46,9	63,7	65,3	43,0
Neuquén	66,0	58,0	76,5	71,9	71,1	45,1
Mendoza	67,4	65,1	76,4	66,0	61,1	55,6
Salta	54,7	43,1	62,5	55,9	66,8	51,1
Río Gallegos	63,2	59,2	67,3	77,0	65,8	26,3

Para lograr una aproximación mayor al conocimiento de estos fenómenos se analizó la información sobre la condición de uso anterior de anticonceptivos en las madres recientes que declararon no usarlos en la actualidad (el 31%), resaltando el alto valor de nunca usuarias entre las mujeres con más de 4 hijos.

Cuadro 8.45 Porcentaje de no usuarias entre las mujeres que tuvieron hijos en los últimos tres años, por uso anterior de métodos anticonceptivos según número de hijos en el Aglomerado del Gran Buenos Aires

Uso anterior	Total	Número de hijos nacidos vivos				
		1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos	5 hijos o más
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Usó	**57,7**	52,8	58,1	47,4	74,5	63,3
Nunca usó	**42,3**	47,2	41,9	52,6	25,5	36,7

LA LACTANCIA MATERNA

Uno de los objetivos de la política de salud es el de disminuir las tasas de morbimortalidad materna e infantil, siendo uno de los aspectos prioritarios para el cumplimiento de este objetivo, el monitoreo de la situación de nutrición de ambos conjuntos de población, especialmente el de los niños.

La lactancia materna actúa tanto en beneficio del niño como de la madre; para el niño, los beneficios residen en que la leche materna es el alimento más completo para su desarrollo, porque posee los mejores nutrientes, protege al niño al transmitir anticuerpos que contribuyen al proceso de defensa inmunológica, está exenta de contaminación y fortalece el vínculo madre-hijo.

Adicionalmente, la lactancia materna está vinculada con la salud de la mujer, ya que reduce

la incidencia de intervalos intergenésicos muy próximos, con el riesgo reproductivo que éstos conllevan. Ofrece ventajas fisiológicas y psíquicas, ya que previene el cáncer mamario y disminuye la depresión posparto.

Asegurar la lactancia materna es entonces, uno de los pilares fundamentales de la estrategia para el mejoramiento de la salud materno-infantil. Por ello se recomienda la lactancia exclusiva en los primeros cuatro a seis meses y la lactancia complementaria todo el tiempo que sea posible.

La edad en que el niño comienza a introducir la dieta de líquidos y comida distintos al pecho materno y asimismo, el cronograma de incorporación de alimentos son factores esenciales en el balance nutricional del metabolismo infantil, de su crecimiento y desarrollo y de la incidencia de diarreas y otras infecciones.

Se analizará a continuación la información referida a la lactancia exclusiva y a la lactancia complementaria para los aglomerados Gran Buenos Aires, Rosario, Paraná, Neuquén, Río Gallegos, Salta y Mendoza.

LA CONDICIÓN DE LACTANCIA

Los datos del Módulo indican que, al momento de la encuesta, el 90,3% de las madres del Gran Buenos Aires estaba amamantando o había amamantado a su último hijo nacido vivo.

De todas las mujeres del Gran Buenos Aires con hijos nacidos vivos en los últimos 3 años (512.784):

- el 10% no le dio el pecho,
- el 62% lactaron, es decir dieron el pecho y habían finalizado esa práctica al momento de la encuesta,
- el 28% estaba aún amamantando o lactando.

En el siguiente cuadro se sintetizan los datos correspondientes a la condición de lactancia para los distintos aglomerados:

Cuadro 8.46 Porcentaje de madres que amamantaron a su último hijo nacido vivo por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total madres que lactaron o estaban lactando[1]	Madres que terminaron su lactancia	Madres que estaban lactando
Gran Buenos Aires	90,3	62,0	28,0
Rosario	93,3	57,7	35,5
Paraná	87,2	47,2	39,9
Neuquén	94,6	64,0	30,5
Mendoza	95,2	67,5	32,4
Salta	91,4	64,2	35,7
Río Gallegos	87,5	59,3	28,2

[1] El complemento a 100 lo constituyen las madres que no dieron pecho en cada aglomerado.

Al desagregar los datos del Gran Buenos Aires se observa que del total de madres que había concluido de lactar antes de ser entrevistadas, el 39,2% lo había hecho por lo menos hasta los tres meses, observándose diferencias en la duración de la lactancia según la condición de NBI.

Entre aquellas madres con necesidades básicas insatisfechas el período de lactancia es más extenso que entre las madres sin NBI; entre las primeras, el 32,8% amamantó durante doce y más meses; en cambio, en el segundo grupo solo el 16,3% lo hizo hasta ese período.

El nivel educacional de las madres del Aglomerado del Gran Buenos Aires marca comportamientos diferenciales respecto al tiempo de la lactancia: mientras que el 46,2%

de las que no tienen instrucción o tienen primario incompleto amamantó durante 12 meses o más, solo el 26,6% de las que tienen primario completo o secundario incompleto completaron ese período, proporción que disminuyó aún más entre las madres con instrucción secundaria completa o más, entre las cuales solo el 8,7% amamantó hasta los doce y más meses.

Las mujeres de mayor nivel de escolaridad son las que más concentraron la lactancia durante los tres primeros meses de vida del niño: 44,4%, contra 29,8% de las que tienen menor nivel de escolaridad.

Quizás el espacio temporal adjudicado a la lactancia en los distintos grupos socioeconómicos pueda analizarse desde dos dimensiones: una que responde a la determinación que sobre la lactancia ejercen las condiciones objetivas de vida (pobreza - no pobreza) y otra referida al valor simbólico asignado a la lactancia por los distintos sectores sociales.

Podría hipotetizarse que la adopción de la lactancia materna en los sectores carenciados asegura una adecuada alimentación y nutrición del niño que no sería fácilmente garantizable por otros medios, por lo cual se la extiende más que en el grupo de las madres no pobres. De esta forma, el valor simbólico asignado al amamantamiento está ligado a la función nutricional de la lactancia; en cambio, en los sectores sociales más favorecidos en sus condiciones socioeconómicas y de escolaridad, quizás el acto de amamantar adquiera un valor simbólico asociado a lo vincular, al fortalecimiento de la relación madre-hijo y no exclusivamente a su función alimentaria. Es posible que este comportamiento también se vea influenciado por una reinserción laboral más temprana después del parto entre las mujeres no pobres. Se tiende a concentrar la lactancia exclusiva en los tres primeros meses de vida de los niños y luego se la complementa con incorporación de otros alimentos en forma más temprana, dado que en estos segmentos el aspecto nutricional no está asignado tan fuertemente a la lactancia materna.

Por ello, los comportamientos diferenciales en relación con la introducción de los alimentos sólidos y/o líquidos en distintas etapas del crecimiento del niño podría interpretarse desde esta perspectiva: las madres de los sectores carenciados prolongan más su lactancia para garantizar que sus hijos reciban una alimentación adecuada.

Cuadro 8.47 Promedio en meses de la duración de la lactancia materna según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Aglomerados	Promedio total (en meses)	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Gran Buenos Aires	6,5	8,0	6,0
Rosario	6,2	7,8	5,8
Paraná	6,6	6,2	6,9
Neuquén	10,0	9,5	10,0
Mendoza	7,8	9,5	7,4
Salta	7,0	7,7	6,9
Río Gallegos	5,5	5,9	5,5

El cuadro anterior muestra que es en Neuquén y en Mendoza donde la lactancia es más prolongada; en cambio, Río Gallegos se caracteriza por una menor duración del amamantamiento.

Los datos parecen confirmar las ideas desarrolladas más arriba, en el sentido de que son las madres de menores recursos las que amamantan a sus hijos durante más tiempo, ya que en la mayoría de los aglomerados se observa una diferencia importante en el promedio de meses de lactancia entre las madres pobres y no pobres. La excepción la constituyen Neuquén, Río Gallegos y Paraná, aglomerados en los cuales no se advierten diferencias en la duración de la lactancia entre mujeres pobres y no pobres, diferencias que resultan importantes, en cambio, en el Aglomerado del Gran Buenos Aires, Rosario y Mendoza.

LACTANCIA EXCLUSIVA Y LACTANCIA COMPLEMENTARIA

Se define la lactancia exclusiva como el período durante el cual la madre alimenta a su hijo solo mediante la leche materna.

La lactancia complementaria es, en cambio, el período en el cual la madre, además de amamantar, incorpora en la alimentación del niño otro tipo de alimento distinto de la leche materna, ya sea éste sólido o líquido.

Analizando la información disponible respecto de la incorporación de alimentos, se observa que el período en el cual se produce dicha incorporación se da entre el tercero y el cuarto mes de vida de los niños.

En el análisis de esta información se distinguió entre el segmento de madres que habían finalizado el amamantamiento y el grupo que aún estaba dando pecho en el momento de la encuesta.

Los datos obtenidos para las madres que habían finalizado la lactancia se incluyen en el Cuadro 8.48.

Cuadro 8.48 Distribución porcentual de las mujeres que habían finalizado la lactancia según mes en el que agregaron otros alimentos por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Mes en el que agregan alimentos		
		1° al 4° mes	5° al 6° mes	7° y más meses
Gran Buenos Aires (317.230)	100,0	76,7	15,7	7,6
Rosario (36.518)	100,0	70,3	23,5	6,2
Paraná (4.723)	100,0	75,2	16,4	8,4
Neuquén (7.755)	100,0	67,1	22,4	10,5
Mendoza (30.905)	100,0	63,2	26,2	10,6
Salta (12.530)	100,0	86,6	9,1	4,3
Río Gallegos (2.314)	100,0	65,6	28,8	5,6

Como se señalara más arriba, la incorporación de otro tipo de alimentación distinta de la leche materna se da predominantemente en los cuatro primeros meses de vida: en el Aglomerado del Gran Buenos Aires el 76,7 % incorporó alimentos en ese período, es decir que el 23,3% amamantó en forma exclusiva a su hijo hasta el cuarto mes.

En el Aglomerado del Gran Buenos Aires se advierte que 2 de cada 10 mujeres incorporaron algún alimento en el primer mes de vida del niño, siendo el porcentaje más alto registrado al compararlo con los otros aglomerados. Salta y Paraná presentan también porcentajes elevados de incorporación de alimentos en el primer cuatrimestre de vida de los niños; en cambio, en Neuquén y Río Gallegos parece retrasarse algo más el pasaje de la lactancia exclusiva hacia la lactancia complementaria.

Entre las madres que estaban dando pecho en el momento de la encuesta (Cuadro 8.49)

también predomina como comportamiento la incorporación de alimentos líquidos y/o sólidos entre el tercero y el cuarto mes de vida del niño. En este caso llama la atención el alto porcentaje registrado en el primer mes de vida en Rosario y Paraná.

Mendoza y Neuquén son los aglomerados en los cuales más se retrasa la incorporación de alimentos en tanto que en Río Gallegos, el 70% de las madres abandona la lactancia exclusiva entre el tercero y cuarto mes.

Cuadro 8.49 Porcentaje de las madres que estaban amamantando en el momento de la encuesta según mes en el que incorporaron alimentos por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total	Mes en el que agregan alimentos		
		1° al 4° mes	5° al 6° mes	7° y más meses
Gran Buenos Aires (111.609)	100,0	68,2	22,6	9,2
Rosario (17.603)	100,0	72,8	20,8	6,4
Paraná (3.199)	100,0	68,5	23,7	7,8
Neuquén (2.816)	100,0	67,4	28,8	3,8
Mendoza (10.372)	100,0	53,0	38,8	8,2
Salta (5.540)	100,0	86,8	8,4	4,8
Río Gallegos (723)	100,0	75,3	24,7	-

En el segmento de madres que no habían concluido su lactancia en el momento del relevamiento de los datos, se advierte una incorporación aún más temprana de alimentos que en el grupo de madres que ya habían finalizado su lactancia, destacándose el caso de Salta, Río Gallegos y Rosario.

En particular Salta es el aglomerado en el que -como se verá en el cuadro siguiente- la práctica de la lactancia exclusiva hasta el cuarto mes es menor que en el resto de los aglomerados analizados.

Haciendo una reelaboración de los cuadros anteriores, se obtiene la distribución porcentual correspondiente a la lactancia exclusiva para cada aglomerado (Cuadro 8.50).

Cuadro 8.50 Porcentaje de madres que dieron o estaban dando pecho en forma exclusiva hasta el cuarto mes según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Aglomerados	Madres que amamantaron hasta el 4° mes	Madres de hogares con NBI	Madres de hogares sin NBI
Gran Buenos Aires (463.043)	27,4	27,2	27,6
Rosario (58.985)	32,9	36,3	30,3
Paraná (8.719)	30,2	32,5	28,8
Neuquén (11.447)	35,8	37,4	35,3
Mendoza (45.722)	44,0	44,1	44,0
Salta (19.495)	18,2	20,1	17,5
Río Gallegos (3.414)	34,6	30,9	35,5

Los valores más altos de lactancia exclusiva se registran en los aglomerados Mendoza, Neuquén y Río Gallegos, en tanto Paraná y el Aglomerado del Gran Buenos Aires no superan el 30% de las madres que amamantaron en forma exclusiva a sus hijos durante los cuatro primeros meses de vida.

Respecto del comportamiento observado entre madres pobres y no pobres, en general no se registran diferencias muy importantes, excepto en Rosario. Las madres pobres de Rosario lactaron más en forma exclusiva hasta el cuarto mes que sus pares del segmento de no pobres.

También en Paraná, Neuquén y Salta son las madres con NBI las que en mayor medida amamantaron en forma exclusiva a sus hijos durante los cuatro primeros meses.

En el Aglomerado del Gran Buenos Aires y Mendoza no se registran diferencias en el comportamiento de las madres según su condición de NBI, y en Río Gallegos se observa una diferencia en favor de las madres no pobres.

Por último, es preciso señalar que los datos obtenidos se encuentran muy por debajo de lo sugerido en las recomendaciones de organismos internacionales y de los compromisos asumidos por el Gobierno respecto de la lactancia materna.

E. RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este capítulo se ha caracterizado la situación de salud de las mujeres ligada al aspecto reproductivo, estudiándola en la población femenina en edades fértiles y en las madres recientes. En primer lugar se describieron los rasgos sociodemográficos más generales, como la edad y la escolaridad encontrándose, en el Aglomerado del Gran Buenos Aires, una asociación inversa entre ambos atributos: el doble de mujeres sin estudios primarios terminados en las generaciones de más edad y una mayor proporción de jóvenes con estudios secundarios completos, terciarios o universitarios.

En lo que hace a la caracterización de las mujeres de acuerdo a sus condiciones de vida, los datos mostraron que el porcentaje de mujeres que pertenecían a hogares sin NBI alcanzó el 80% en el Aglomerado del Gran Buenos Aires, lo que equivale a decir que una de cada cinco mujeres provenía de un hogar carenciado.

Si se habla de la magnitud que alcanza la cobertura de la salud se advierte que tres cuartas partes de las mujeres de Río Gallegos y de Paraná se benefician con ella; Rosario, el Aglomerado del Gran Buenos Aires y Mendoza siguen en orden decreciente (con valores entre el 64% y el 69%), situándose finalmente Salta y Neuquén, con alrededor del 60%. Asimismo, fue posible observar un patrón uniforme de cobertura por edad en todos los aglomerados: las mujeres menores de 30 años están por debajo del promedio y a partir de esa edad se sitúan por encima de éste. Una de las explicaciones posibles podría buscarse en la mayor regularidad en el empleo, ya sea el de las mismas mujeres o el del cónyuge, a medida que avanza la edad. Emerge, de manera muy notoria y en todos los aglomerados, un nivel de cobertura de salud claramente diferenciado, que favorece a las mujeres no carenciadas.

La consulta ginecológica, factor preponderante en la prevención de las afecciones génito-mamarias, fue también examinada. Los datos mostraron que el 56% de las mujeres en edades fértiles del Aglomerado del Gran Buenos Aires efectuó alguna consulta ginecológica durante el último año. Se comprobaron diferencias en el porcentaje de las mujeres que consultaron según el nivel socioeconómico de sus hogares, diferencias que contribuyen a una distribución inequitativa de los beneficios de la prevención de la salud. Otro dato que aporta información sobre la consulta ginecológica se relaciona con la edad, mostrando que el porcentaje de consultantes va en aumento hasta los 34 años y luego decrece. Esta situación, que sigue un patrón similar en el conjunto de los aglomerados a excepción de Paraná, ayuda al diagnóstico del problema de la insuficiente prevención en las mujeres mayores, que afrontan riesgos crecientes de patología génito-mamaria, al tiempo que aporta elementos para

la formulación de programas de salud que posibiliten la reducción de este problema.

Entre las mujeres que no consultaron a un ginecólogo durante el último año -44%- los datos pusieron en evidencia un peso relativo mayor de las mujeres carenciadas. Al estudiar la influencia de la condición de pobreza sobre la distancia desde el hogar hasta el establecimiento en el que podrían haberse examinado no se observaron diferencias importantes entre ambos grupos, resaltando que más de la mitad de las mujeres tenía el servicio de salud más cercano a una distancia que superaba las 20 cuadras. Estudios similares en diferentes países han mostrado que la relación entre proximidad de los servicios de salud y consulta no resulta del todo clara para precisar los efectos sobre el uso de los servicios, sobre todo en las áreas urbanas, ya que la misma no toma en cuenta por ejemplo, los factores socioeconómicos y culturales que pueden atenuar o acentuar los efectos de la distancia física (nivel de escolaridad, tiempos de espera, inconvenientes para dejar a los hijos solos en el hogar, falta de conocimiento acerca de la utilidad de los controles, entre otros factores).

El análisis de los niveles reproductivos alcanzados en el Aglomerado del Gran Buenos Aires confirmó la relación entre la situación de pobreza y la fecundidad, resaltando que una de cada cuatro mujeres pobres tiene 4 hijos o más (el 16% de ellas ha tenido 5 o más). Puede agregarse que el patrón de la fecundidad del Aglomerado del Gran Buenos Aires por condición de NBI muestra grandes disparidades: la mitad de las mujeres no pobres tiene entre 1 y 3 hijos y solamente el 8% ha tenido 4 o más; en contraste, entre las mujeres pobres menos de la mitad tiene entre 1 y 3 y el 25% ha sido madre de 4 o más. Las razones que pueden explicar las diferencias observadas pueden atribuirse a factores de distinto orden: por una parte, la preferencia por un número mayor de hijos y una familia más numerosa; por la otra, la falta de conocimiento y de accesibilidad a los métodos anticonceptivos y a los servicios de salud que asesoren sobre estos temas.

La conexión entre estado conyugal y fecundidad muestra que los nacimientos se producen mayoritariamente dentro de las uniones conyugales, sean éstas legales o consensuales. Sin embargo, la importancia de la procreación y la crianza de un niño sin cónyuge o pareja determina la importancia de conocer la magnitud de las madres solas, encontrándose que el 8% de las mujeres solteras tiene, al menos un hijo.

La influencia del estado conyugal se aprecia también en la distribución de la descendencia en las mujeres casadas y en las unidas de hecho. Entre las primeras, más de la mitad (55%) tiene entre 2 y 3 hijos. Entre las unidas en cambio, sólo el 31% de ellas tiene esa descendencia; el resto se polariza en un solo hijo o en 5 o más (el 12%). Las mujeres unidas consensualmente son más jóvenes que las casadas, por lo cual es de esperar que tengan menos hijos, menos recursos materiales, menor nivel de cobertura de salud y mayor inestabilidad del vínculo de la pareja, aunque hayan transitado por mayores niveles de escolaridad. Estas circunstancias se aúnan con las de las primeras experiencias de la maternidad que se sabe, se asocian a mayores riesgos para la sobrevivencia y la salud de los hijos. Se sabe, por aportes de numerosos estudios de nupcialidad, que muchas mujeres que comienzan su vida conyugal sin vínculos legales tienden a regularizar éstos luego del nacimiento de uno o varios hijos.

La asistencia escolar es una dimensión clave en el estudio de los aspectos reproductivos y de prevención y atención de la salud. En lo

que se refiere a la maternidad se comprueba que, desde las edades más jóvenes, las mujeres menos escolarizadas del Aglomerado del Gran Buenos Aires tienen un número de hijos que duplica el de las más educadas.

Cuando se enfoca el tema de las pérdidas de embarazos la información disponible evidencia disparidades entre el porcentaje de las mujeres que declararon haberlas experimentado, desde Paraná y Río Gallegos, con solo el 20% hasta el 36% en Salta. De acuerdo a lo previsto, el porcentaje de pérdidas crece a medida que aumenta la edad de las mujeres. Los datos muestran que los nacidos vivos constituyen el 84% de todos los embarazos declarados; las pérdidas resultaron ser el 16% de todos los embarazos. La cifra, algo superior a la estimada por los libros de obstetricia para las pérdidas espontáneas, sugiere que se han declarado solo éstas, omitiéndose los abortos inducidos; ello resulta previsible (como muestran estudios de distintos países), dada la sanción penal y social y la ilegalidad que rodean la práctica del aborto.

En lo que respecta al uso de anticonceptivos, el Aglomerado del Gran Buenos Aires muestra una prevalencia de uso actual bastante elevada en las mujeres casadas, unidas o con relaciones sexuales (un rango que va de los dos tercios a las tres cuartas partes de las mujeres en las edades centrales de la reproducción -de los 20 a los 34 años-).

Es de hacer notar los niveles más bajos de uso entre las mujeres más jóvenes y las de mayor edad. En las últimas podría tratarse de factores asociados a la disminución de la fertilidad; en las más jóvenes las causas pueden estar indicando diversos factores: la motivación para comenzar a tener hijos o la falta de información, tanto sobre la fisiología de la reproducción como de los métodos más eficaces, apropiados y seguros para la salud. Tampoco es de desdeñar el rol que desempeñan las conductas de riesgo tan características de la adolescencia. En el resto de los aglomerados resalta el bajo uso en las mujeres más jóvenes, que muestra valores inferiores a los del Conurbano de Buenos Aires. Desde los 25 hasta los 39 años el rango de uso va desde los dos tercios hasta las tres cuartas partes de las mujeres. Las usuarias no se distribuyen de manera uniforme en los distintos aglomerados, lo cual permite comprobar las diferencias en la prevalencia de uso de acuerdo a la situación de pobreza de los hogares donde viven las mujeres, advirtiéndose el mayor uso entre las no pobres, con diferencias de alrededor de 13 puntos porcentuales en la mayoría de los aglomerados.

También resultó interesante comprobar la vinculación entre el uso de anticonceptivos y la escolaridad, destacándose que las mujeres con niveles inferiores a la primaria completa muestran un porcentaje menor de uso que las más educadas. Las primeras son de mayor edad, tienen un número elevado de hijos (bastante por encima del promedio del aglomerado) como resultado de la falta de práctica anticonceptiva o de su uso inadecuado. Las mujeres con escolaridad secundaria incompleta suelen ser, en cambio más jóvenes, por lo cual están en la etapa de la formación de sus familias. En general, salvo en el Aglomerado del Gran Buenos Aires (donde el porcentaje de mujeres con nivel secundario finalizado es importante), el peso relativo de las que no completaron ese nivel determina que el promedio del aglomerado se sitúe muy cerca de los valores de ese grupo.

La influencia del estado conyugal en el uso de métodos anticonceptivos muestra que las casadas parecen ser las más proclives a regular su fecundidad: los porcentajes de uso son mayores que entre las unidas y solteras,

probablemente porque son mayores y tienen un número de hijos que ellas y sus parejas consideren adecuado. Rosario, Neuquén y el Aglomerado del Gran Buenos Aires muestran el mayor porcentaje de casadas con uso actual (cerca del 70%); el valor más bajo está representado por Paraná (59%).

Paraná, Mendoza, Río Gallegos y Neuquén tienen los porcentajes más bajos de uso entre las solteras (menos del 45%) mientras que el más elevado es el del Aglomerado del Gran Buenos Aires (58%).

En cuanto al uso entre las mujeres unidas, la información disponible muestra una prevalencia cercana al 60% en algo más de la mitad de los aglomerados (Gran Buenos Aires, Mendoza, Neuquén y Río Gallegos); en el resto, el uso se sitúa alrededor del 50%.

De las mujeres que no practicaban la anticoncepción en el momento de la encuesta algo más de un tercio había usado algún método con anterioridad, otro tercio nunca los había utilizado y el resto no tiene prácticas sexuales. Los datos permiten conocer que cerca de la mitad de las mujeres mayores de 25 años han regulado su reproducción en el pasado, aunque no lo hagan en la actualidad. Sin embargo, resulta llamativo que más de un tercio de las mujeres declare no haberlos usado nunca de los 30 años en adelante.

El perfil de las madres recientes indica que, entre los 20 y los 29 años, alrededor del 75% tiene entre 1 y 2 hijos. La mitad de las madres de 30 a 34 años tiene también entre 1 y 2 hijos y un 14% tuvo 5 hijos o más. En las edades más avanzadas, a partir de los 35 años, cerca de la mitad es madre de 4 hijos o más. Estas dos condiciones, de edad y paridez, han sido definidas por la Organización Mundial de la Salud como de riesgo reproductivo. Esta comprobación puede contribuir al diagnóstico de la situación de salud que resulte de utilidad para los programas de procreación responsable y de salud materna, ya que estas mujeres aportan un quinto de la fecundidad reciente en el Aglomerado del Gran Buenos Aires.

La atención del embarazo y del parto de las madres recientes permite concluir que los comportamientos de la población femenina están fuertemente asociados a las condiciones de accesibilidad y a las modalidades de atención, determinadas a su vez por las condiciones socioeconómicas de vida.

Un hallazgo interesante, que contrasta con la opinión generalmente aceptada de una captación inadecuada de las mujeres para su atención obstétrica, mostró un altísimo porcentaje de control del embarazo, que se situó por encima del 95% en todos los aglomerados.

Los datos también indican una alta captación de las embarazadas durante el primer trimestre de gestación, aunque es conveniente tener en cuenta que esa declaración puede referirse a la consulta de diagnóstico del embarazo y no necesariamente al primer control. En este punto queda en evidencia que la condición de pobreza determina desfavorablemente las prácticas preventivas: las mujeres pobres ingresan más tardíamente al control prenatal, al igual que las solteras y las unidas.

Rosario, Río Gallegos y Salta muestran las mayores diferencias por condición de pobreza. Quizás esto se deba a causas diferentes que remiten a la situación socioeconómica de cada aglomerado y a las características del sistema de salud en cada uno de ellos.

La afiliación a una cobertura de salud en las madres recientes marca variaciones importantes vinculadas al acceso a la atención de la salud, mostrando que las mujeres que no tienen cobertura están sometidas a situaciones

desfavorables, lo cual dificulta sus posibilidades de realizar en forma continua o sistemática las rutinas de controles preventivos.

Dentro del tipo se parto se advierte que los que se produjeron por cesárea se distribuyeron mayoritariamente entre las mujeres no pobres y en los aglomerados donde predomina la presencia del subsector privado.

Se verificó una presencia dominante de médicos en la atención del parto, que se acentúa en los estratos socioeconómicos más favorecidos. Se verifica un mayor porcentaje de partos atendidos por parteras entre las mujeres pobres.

La mitad de las mujeres ha pagado por la atención del parto, debido fundamentalmente a algún pago parcial entre las que tienen cobertura de obra social, mutuales o pre-pagos.

El tiempo de permanencia en internación es diferencial según el tipo de parto, observándose semejanzas en los aglomerados analizados respecto de los días de estada por tipo de parto.

Con respecto a la lactancia materna, la información indica que el espacio temporal que se le asigna en los diferentes grupos socioeconómicos, responde tanto a las condiciones objetivas de vida como al valor simbólico atribuido a la lactancia.

Las madres de los sectores carenciados prolongan más su lactancia para garantizar que sus hijos reciban una alimentación adecuada; los sectores no pobres en cambio, concentran la lactancia exclusiva en los tres primeros meses de vida de los niños y luego la complementan con la incorporación de otros alimentos, dado que, el aspecto nutricional en estos segmentos no está vinculado tan fuertemente a la práctica de la lactancia; los sectores no pobres parecen atribuir a la lactancia una función de afianzamiento del vínculo inicial con el niño.

Por último, la práctica de la lactancia exclusiva después del cuarto mes se encuentra muy por debajo de lo sugerido en las recomendaciones de organismos internacionales y de los compromisos asumidos por el Gobierno.

CAPÍTULO 9

COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS ADOLESCENTES

Ana Rita Díaz-Muñoz[1], Graciela Dinardi[2] y Alejandro Giusti[2]

Este capítulo se centra en el análisis del comportamiento reproductivo de las adolescentes de 15 a 19 años[3]. En primer lugar se describe la relación entre la mortalidad materna y los factores de riesgo asociados a ella provenientes del embarazo y el aborto en esos grupos de edad. Luego se efectúa un breve análisis de la evolución de la fecundidad adolescente tardía en la última década y finalmente se describe e interpreta la información proveniente del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales.

Se trata de una información muy rica que apunta a conocer aspectos del comportamiento reproductivo en su relación con las metas sociales definidas por el gobierno, tales como la disminución de la mortalidad materna y la elaboración e implementación de programas de procreación responsable.

Utilizar una encuesta por muestreo para conocer aspectos ligados al comportamiento reproductivo de las adolescentes supone ventajas y limitaciones. Entre las primeras merece destacarse el hecho de haber incorporado un conjunto de preguntas que permitieron indagar sobre la fecundidad retrospectiva y abarcar comportamientos reproductivos recientes. La temática del aborto fue abordada a partir de la indagación sobre los embarazos perdidos, categoría que incluye tanto a los que pudieron originarse por una causa espontánea como los provocados, sin que sea posible su discriminación. También se pregunta por la historia del embarazo y aspectos vinculados al parto de los hijos nacidos vivos en los tres últimos años y la prevalencia del uso de anticonceptivos en el conjunto de mujeres.

El diseño de la muestra por su parte pone límites a la posibilidad de profundizar ciertos aspectos que puedan dar cuenta de los fenómenos demográficos relacionados con el comportamiento reproductivo, particularmente en este caso referido al grupo de mujeres de 15

---

[1] Dirección de Estudios sobre Niveles de Vida y Pobreza de la Secretaría de Programación Económica.

[2] INDEC.

[3] Ese grupo de edad es el elegido por la mayoría de los estudios que trabajan con datos censales o por encuestas de hogares ya que generalmente se indaga por aspectos relativos al comportamiento reproductivo recién a partir de los 14 ó 15 años. De esta manera solo se habla de la fecundidad adolescente tardía y se deja de lado la fecundidad adolescente precoz que corresponde a la de las jóvenes de 10 a 14 años y que casi siempre es posible medir a través de las estadísticas vitales o de encuestas demográficas o de fecundidad.

a 19 años. En esta oportunidad se generó un archivo agrupando la información de los aglomerados del Gran Buenos Aires, Mendoza, Neuquén, Paraná, Río Gallegos y Rosario y, salvo en el caso de su comparación con el resto de los grupos etarios (hasta los 49 años)[1], la mayoría de las conclusiones no deben extrapolarse al universo de mujeres de 15 a 19 años. Se trata de un análisis de las mujeres de la muestra que describe algunos fenómenos y aporta elementos para la elaboración de hipótesis que podrían ser puestas a prueba en futuros estudios específicos[2].

Para el análisis de los fenómenos mencionados resulta importante contextualizarlos dentro de la problemática de la salud materna, la maternidad sin riesgo y la morbimortalidad materna.

A. SALUD MATERNA

El concepto de salud materna es utilizado para definir el completo bienestar psicológico y físico de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, tendiente a lograr una maternidad sin riesgos. La maternidad segura supone cuidados preventivos desde el inicio del embarazo para evitar riesgos que pueden derivar en estados de morbilidad o en su expresión más extrema, producir mortalidad materna[3]. La morbilidad materna a su vez tiene un alto impacto en la salud de la mujer y es más frecuente que la mortalidad por la misma causa. La OMS estima que por cada muerte materna se producen diez enfermedades graves relacionadas con la maternidad (Acsadi, 1993).

América Latina presenta tasas muy altas de mortalidad materna aunque las mismas han ido descendiendo desde 1970 con niveles diferenciales según regiones. Los países del Cono Sur son los que están mejor ubicados aunque sus tasas aún registran niveles moderadamente altos. Se considera que menos de 20 muertes cada cien mil nacidos vivos corresponde a un nivel bajo; de 20 a 50, moderadamente alto; de 50 a 100, alto y más de 100, muy alto. De los tres países que conforman esta región -Argentina, Uruguay y Chile-, nuestro país es el que registraba en 1990 las tasas más altas de mortalidad materna.

Siguiendo la tendencia observada para América Latina, la mortalidad por causas maternas en nuestro país muestra una evolución sostenidamente decreciente. En 1993 se registraron 309 muertes por estas causas en todo el país[4], lo que representa una reducción en números del 36 por ciento en relación al año 1980. Se identifican sin embargo, importantes diferenciales en los niveles según jurisdicciones, situación íntimamente relacionada con la disponibilidad y calidad de los servicios de salud y con las condiciones socioeconómicas de las provincias.

[1] Los resultados de esta encuesta para el conjunto de las mujeres en edad reproductiva han sido comparados con los que proporciona el Censo de Población de 1991. Se ha comprobado que las estructuras por edad, situación conyugal, nivel de instrucción y variables ocupacionales son similares entre ambas fuentes.

[2] Para los cálculos se trabaja siempre con los datos de la muestra sin expandir de los aglomerados considerados.

[3] La definición de la OMS establece como mortalidad materna a la defunción de una mujer por causas ligadas al embarazo, parto o puerperio, ocurrida hasta cuarenta y dos días de finalizado el embarazo, independientemente de la duración del mismo. La tasa expresa el número de defunciones por causas maternas por 100.000 nacidos vivos. La definición del período de referencia de 42 días está siendo revisada para su extensión hasta 365 días.

[4] Esto representa el 3,1% del total de muertes de mujeres de 15 a 49 años.

La tasa de mortalidad materna ha evolucionado desde un 70 por cien mil en 1980 al 46 por cien mil en 1993. Dentro de las provincias que incluyen las localidades bajo estudio, la Capital Federal y las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos -a excepción de 1993- presentan tasas que se mantienen por debajo del nivel promedio nacional en todo el período. Santa Fe, Neuquén, Santa Cruz y Mendoza han tenido una tendencia oscilante, ubicándose alternativamente bajo o sobre el promedio[1]. En el último año de esta serie solo Entre Ríos y Mendoza superaban el promedio nacional, tal como ilustra el siguiente cuadro.

Cuadro 9.1 Mortalidad materna, jurisdicciones seleccionadas, año 1993 (tasas por 100.000 nacidos vivos)

Jurisdicción	TMM[1]
Total del país	**46,0**
Capital Federal	36,0
Buenos Aires	25,0
Entre Ríos	47,0
Mendoza	59,0
Neuquén	39,0
Santa Cruz[2]	71,0
Santa Fe	36,0

[1] Tasa de mortalidad materna.
[2] Año 1992.
Fuente: MSAS, Estadísticas vitales, 1993

La proximidad de la tasa de mortalidad materna de Argentina en 1993 a la meta trazada (40 por cada cien mil nacidos vivos) debe ser evaluada teniendo en consideración el nivel de subregistro y las disparidades regionales. En efecto, se ha estimado un subregistro de la mortalidad materna del orden del 50 por ciento[2] y en 1993, 15 de las 24 jurisdicciones del país registraban tasas superiores al promedio nacional. Cabe mencionar que independientemente de la meta propuesta por los gobiernos para esta región, la mortalidad materna responde básicamente a causas prevenibles y como tal puede llegar a valores marcadamente inferiores, similares a los observados en países con mayores niveles de desarrollo y mejores sistemas de atención de la salud[3].

En Argentina la mayor parte de las muertes maternas -tanto en general como de adolescentes en particular- se explican por causas relacionadas con el embarazo o con su atención, antes que a enfermedades pre-existentes agravadas por esta condición, por lo cual las acciones preventivas ocupan un lugar prioritario. Estudios realizados por el Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS, 1992) muestran que el 76 por ciento de las muertes analizadas correspondían a causas evitables. Entre los aspectos preventivos ligados al campo médico, se pueden mencionar la oferta de servicios accesibles tanto desde el punto de vista económico como geográfico; eficiencia en la provisión de los servicios de salud en general; eficiencia en tratamientos y diagnósticos incluyendo la detección precoz de estados de malnutrición y otras complicaciones y provisión

[1] La evolución mencionada se refiere a las provincias o jurisdicciones a las que pertenecen los aglomerados bajo estudio, dado que las estadísticas vitales que se publican no desagregan a nivel intrajurisdiccional.

[2] Se observa subregistro de muertes maternas tanto en países en vías de desarrollo, como en países de mayor desarrollo. En los primeros se trata fundamentalmente de subregistro de muertes, en los segundos como en el caso de Argentina, del subregistro de causas (MSAS, 1992).

[3] Francia en 1994 tenía una tasa de mortalidad materna de 13 por cien mil nacidos vivos, Estados Unidos para 1988 registraba una tasa similar, en tanto la tasa de Japón para 1992 era de 16 (UNDP, 1994)

de servicios de anticoncepción. Asimismo, hay aspectos que trascienden el plano estrictamente clínico y se vinculan con causas sociales, económicas y ambientales.

La estructura de las causas de muerte materna, tanto general como en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, no ha variado sustancialmente en los últimos años. El aborto representaba hasta 1987 la primera causa dentro de esta categoría. A partir de 1990 explica alrededor del 30 por ciento de las defunciones maternas, siendo superada por otras causas obstétricas directas[1].

Sin duda, el embarazo, parto y puerperio traen aparejados riesgos de diversa índole para la madre y el hijo. Dentro de los factores de riesgo la edad, la paridad y el intervalo intergenésico ocupan un lugar importante. En lo referente a la edad de la madre, en numerosos países en desarrollo las complicaciones del embarazo constituyen las primeras causas de muerte entre adolescentes, en tanto que en los países desarrollados es inferior al 1 por ciento (Naciones Unidas, 1989). La morbimortalidad materna siempre es mayor al comienzo y al final de la vida reproductiva; en efecto, las mujeres de 15 a 19 años -en especial las menores de 18 años- tienen mayor riesgo relativo de morir que las de 20 a 34 años. Los nacimientos producidos en estas edades son considerados por la literatura especializada como de alto riesgo. Cuanto más joven, mayor es el riesgo de morbimortalidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Asimismo, las mujeres menores de 20 años tienen mayor riesgo de sufrir abortos espontáneos (Acsadi, 1993).

[1] Comprende las causas correspondientes a los códigos 392 a 399 de la C I E, 9a. revisión Lista Básica, que corresponden a infecciones del aparato génito-urinario en el embarazo; parto obstruido; complicaciones del puerperio y otras, entre las que se puede mencionar posición anormal del feto, otros problemas placentarios que afectan la vida de la madre, etcétera.

También hay potenciales consecuencias para la salud de los hijos de madres adolescentes, quienes están más expuestos a la posibilidad de nacer con bajo peso y de morir durante la infancia[2]. Las consecuencias económicas y sociales de la fecundidad temprana se hacen sentir en la eventual reducción de las posibilidades educativas para la madre y consecuentemente en una inserción laboral con menores niveles remunerativos, lo que incide en la calidad de vida de la madre e hijos.

B. EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

El análisis de la fecundidad adolescente en la Argentina suele estar centrado en los factores económicos y sociales que afectan a este grupo de mujeres jóvenes y en las consecuencias de una maternidad temprana sobre su salud y la de sus hijos.

En los países en desarrollo los niveles altos de nacimientos entre adolescentes persisten, aunque han venido declinando en las últimas dos décadas . En América Latina estos niveles para la década de 1980 eran moderados (Naciones Unidas, 1989). Las variaciones en los niveles se atribuyen a las diferencias en la edad a las que las mujeres se unen y en la incidencia del uso de anticonceptivos entre los jóvenes y se hallan notablemente afectadas por los niveles de educación, el grado de urbanización y las oportunidades de empleo

[2] Se considera bajo peso al nacer el peso inferior a 2.500 gramos.

entre las adolescentes. Argentina registraba hacia 1980 niveles de fecundidad adolescente similares a los de Brasil; más altos que Uruguay y Chile; y más bajos que los restantes países (Pantelides y Giusti, 1991).

Analizando el comportamiento de la fecundidad en Argentina desde mediados de la década del 50 hasta 1980, Pantelides (1989) señala que en el período de descenso de la fecundidad general (entre 1955 y 1965), las adolescentes mantienen estable su nivel; a la vez que en el siguiente período de ascenso general de las tasas (1965-1980) las de las jóvenes registran un incremento relativo mucho mayor que los otros grupos de edad, lo cual se evidenció en un aumento en la participación de su aporte al conjunto de nacimientos.

A partir de 1980 y hasta 1985 Pantelides y Giusti (1991) señalan que Argentina parece encaminarse a una reducción en el nivel de la fecundidad adolescente que se confirma analizando las tendencias hasta 1993 que se presentan en el Cuadro 9.2. En efecto, la tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años se redujo entre 1980 y 1993 en algo más de 10 puntos, pasando del 76,8 por mil al 66,2 por mil. Sin embargo esos promedios esconden comportamientos diferenciales a nivel de las provincias que incluyen a los aglomerados que se analizan. Salvo en la Capital Federal, que muestra una leve tendencia al aumento de la fecundidad adolescente para 1993, las otras jurisdicciones la reducen considerablemente (algunas con fluctuaciones), aunque las distancias entre una y otras se mantiene. Así por ejemplo, la fecundidad de las jóvenes de la provincia de Neuquén es 3,6 veces y la de Buenos Aires 1,7 veces más alta respectivamente, que la de la Capital Federal.

Cuadro 9.2 Evolución de la fecundidad adolescente entre 1980 y 1993, total del país y jurisdicciones seleccionadas (nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años)

Años	Total	Capital Federal	Buenos Aires	Mendoza	Neuquén	Santa Cruz	Santa Fe
1980	76,8	26,6	68,0	69,0	126,1	113,6	74,9
1985	70,8	27,7	57,5	59,5	115,9	107,2	71,7
1990	69,4	26,6	57,3	60,3	131,3	87,0	64,2
1993	66,2	29,7	50,9	60,7	106,9	76,8	67,1

Fuente: estimaciones propias en base a datos del MSAS e INDEC

El estudio que se aborda a continuación, de las características de estas adolescentes y su comparación con las que no han tenido hijos, así como el análisis de aspectos relacionados a los cuidados durante el embarazo y el parto, son de fundamental importancia para el diseño de políticas que apunten a reducir los embarazos tempranos y dar seguridad a los que se producen como medio de evitar la mortalidad materna y la infantil.

C. EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS ADOLESCENTES A PARTIR DEL MÓDULO

LAS ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

Interesa en este punto conocer el peso que tiene la fecundidad de las adolescentes en el contexto de las mujeres en edad reproductiva, y establecer su aporte a los fenómenos demográficos que aquí se estudian.

Las jóvenes de 15 a 19 años de los aglomerados analizados representan el grupo más grande entre las mujeres en edad reproductiva (18,6 por ciento) aunque, como era de esperar, aportan solo el 2,7 y 2,6 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas y con hijos nacidos vivos respectivamente y el 1,2 por ciento de las que perdieron algún embarazo a lo largo de su vida reproductiva (Cuadro 9.3).

Sin embargo, el peso del grupo de jóvenes de 15 a 19 años aumenta al 7,3 por ciento entre las mujeres que tuvieron hijos los últimos tres años por efecto obvio de su reciente ingreso a la edad reproductiva. El aporte a la fecundidad reciente de este grupo de edad es a su vez, mayor que el de las mujeres de más de 40 años.

Cuadro 9.3 Distribución porcentual por grupos de edad de mujeres, mujeres embarazadas, mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos y mujeres con embarazos perdidos, total de aglomerados seleccionados

Edad	Total mujeres	Embarazadas	Con hijos nacidos vivos	Con hijos nacidos vivos en los últimos 3 años	Con embarazos perdidos
Total	**(7.651) 100,0**	**(4.917) 100,0**	**(4.805) 100,0**	**(1.603) 100,0**	**(1.272) 100,0**
15-19	18,6	2,7	2,6	7,3	1,2
20-24	14,7	9,5	9,3	22,0	7,0
25-29	13,0	13,9	13,8	25,5	11,9
30-34	14,4	18,8	18,7	25,0	15,6
35-39	14,7	20,4	20,6	13,8	23,4
40-44	13,4	19,1	19,3	5,4	22,1
45-49	11,2	15,6	15,7	1,0	18,7

Es interesante ahondar en cada suceso para percibir la real dimensión de este fenómeno. En el Cuadro 9.4 se observa que el 9,3 por ciento de las adolescentes tuvo algún embarazo y el 8,7 por ciento algún hijo nacido vivo, a la vez que el 1 por ciento perdió algún embarazo. Esta última cifra representa al 11,3 por ciento del conjunto de las adolescentes alguna vez embarazadas. No es posible determinar a través del Módulo analizado las causas por las cuales no llegaron a término los embarazos del resto de las adolescentes y en qué momento perdieron algún hijo. Es destacable el hecho que en el GBA el 23% de las mujeres alguna vez embarazadas perdió algún embarazo, proporción que supera el porcentaje esperado como pérdida fisiológica. Asimismo, si las cifras referidas a los nacimientos de madres adolescentes de esta muestra se extrapolaran a la población total, casi 55.000 adolescentes[1] habrían tenido algún embarazo; este fenómeno si bien es de poca relevancia desde el punto de vista estadístico, indudablemente tiene un importante significado social.

Cuadro 9.4 Adolescentes que tuvieron embarazo, hijos nacidos vivos y adolescentes que perdieron algún embarazo, por aglomerados seleccionados (en porcentajes)

	Total	Gran Buenos Aires	Mendoza	Neuquén	Paraná	Río Gallegos	Rosario
Total adolescentes	**(1.425)**	**(494)**	**(173)**	**(185)**	**(195)**	**(183)**	**(195)**
Tuvieron algún embarazo	9,3	7,1	8,7	12,4	6,7	12,6	12,3
Tuvieron algún hijo nacido vivo	8,7	6,1	8,1	11,4	6,7	12,0	12,3
Tuvieron algún embarazo perdido sobre total mujeres	1,0	1,6	0,6	2,2	-	0,6	0,5
Con algún embarazo perdido sobre el total de mujeres que tuvieron algún embarazo	11,3	22,9	[1]	[1]	-	[1]	[1]

[1] No se calcula por la escasa cantidad de casos.

[1] La estimación toma como base la población registrada para ese grupo de edad por el Censo de Población de 1991.

La información registra diferencias entre las adolescentes de los distintos aglomerados. Neuquén, Río Gallegos y Rosario superan entre un 40 y 50 por ciento a Mendoza, GBA y Paraná tanto en la proporción de mujeres con embarazo como con hijos nacidos vivos. Al respecto, podría hipotetizarse que los valores más altos en Neuquén y Río Gallegos podrían estar reflejando el peso de la inmigración de mujeres con menor nivel educativo. Asimismo, estos mayores niveles de fecundidad observados podrían relacionarse con la mayor proporción de adolescentes casadas o unidas de hecho con bajo grado de capacitación laboral (servicio doméstico) registrados por el Censo de Población de 1991 en las provincias a las que corresponden estos aglomerados (Neuquén, Santa Cruz y Santa Fe).

Otro hallazgo interesante a partir de la información del Módulo está relacionado con el hecho que las adolescentes hayan tenido más de un suceso (embarazo, hijos nacidos vivos y embarazos perdidos) en su corta vida reproductiva. En el Cuadro 9.5 se puede ver que casi la mitad de los embarazos e hijos nacidos vivos del conjunto de los aglomerados corresponden a un número de orden segundo, tercero o aún mayor. La mayoría de los embarazos perdidos en cambio remiten a un único suceso en la vida de las adolescentes (13 de 18).

Cuadro 9.5 Distribución porcentual según número de orden de embarazos, hijos nacidos vivos y embarazos perdidos entre las mujeres de 15-19 años, total aglomerados seleccionados

N° de orden	Embarazos	Hijos nacidos vivos	Embarazos perdidos
1	53,0	56,4	72,2
2	34,3	31,9	11,1
3	6,6	9,2	16,7
4	2,2	2,5	-
5 y más	3,9	-	-
	100,0	100,0	100,0
	(181)	(163)	(18)

¿QUÉ DIFERENCIA A LAS ADOLESCENTES QUE PASARON POR ALGUNO DE LOS HECHOS DEMOGRÁFICOS DE LAS QUE NO LO PASARON?

En esta parte del análisis se efectúa una comparación entre mujeres que tuvieron algún embarazo y algún hijo nacido vivo y las que no. Como podrá observarse las diferencias entre estos grupos de adolescentes son importantes y de alguna manera apoyan hipótesis o conclusiones previas referidas a la dependencia de los fenómenos reproductivos de otros de orden socioeconómico como la situación habitacional, el nivel de instrucción y las características ocupacionales de las mujeres (Cuadro 9.6). Se observa una confluencia de factores heterogéneos en el embarazo adolescente, donde los condicionamientos de este fenómeno no se agotan en una situación socioeconómica particular como la pobreza que aquí se analizan. Las condiciones familiares y psicosociales tienen un grado de incidencia en este proceso que deberían explorarse.

Algunas evidencias empíricas (Pantelides y Giusti, 1991; Pantelides y Cerruti, 1992) han mostrado que las adolescentes que están más expuestas a quedar embarazadas o tener hijos son generalmente hijas solteras o cónyuges, que habitan viviendas deficitarias y pertenecen a hogares más numerosos; tienen bajo nivel de instrucción y trabajan en mayor proporción en empleos irregulares e inestables, obligadas a buscar un sustento para sus familias y ellas mismas. Los resultados de este Módulo refuerzan esas conclusiones.

Como podrá observarse, la "situación" de vida social y ocupacional de las adolescentes las marca en su vida reproductiva. Las jóvenes que quedan embarazadas o tienen hijos nacidos vivos tienen un perfil diferente.

Cuadro 9.6 Perfil de las adolescentes según ocurrencia de embarazos e hijos nacidos vivos, total aglomerados seleccionados

Variables sociodemográficas	Embarazo		Hijos nacidos vivos	
	Tuvo	No tuvo	Tuvo	No tuvo
Total	(133)	(1.292)	(124)	(1.301)
		%		
Edad				
15	4,5	25,2	4,0	25,6
16	6,0	20,6	5,6	20,2
17	21,1	20,8	21,8	20,6
18	27,1	16,6	27,4	16,8
19	41,4	16,8	41,1	16,8
Ubicación en el hogar				
Jefe	0,8	0,5	0,8	0,4
Cónyuge	30,8	0,9	31,5	1,0
Hija	45,1	89,9	43,5	89,9
Hija política	14,3	0,2	15,3	0,2
Hermana	-	1,0	-	1,0
Otro familiar	6,0	5,3	5,6	5,4
Servicio doméstico	1,5	0,8	1,6	0,7
Otros componentes	1,5	1,4	1,6	1,3
Estado conyugal				
Soltera	43,6	98,1	41,9	98,1
Unida	33,1	0,9	34,7	0,9
Casada	20,3	0,8	20,2	0,8
Separada	3,0	0,1	3,2	0,1
Tipo de vivienda				
Casa	72,9	79,7	74,2	79,4
Departamento	12,8	16,5	12,9	16,9
Lugar trabajo	14,3	3,1	12,9	3,1
Inquilinato	-	0,7	-	0,7
Hacinamiento				
Hasta 1,99	36,1	66,6	35,5	66,8
2 - 2,99	20,3	20,8	17,7	20,6
3 y más	43,6	12,5	46,8	12,7
Nivel de instrucción				
Nunca asistió	0,8	0,1	0,8	0,1
Primaria incompleta	12,8	3,8	12,9	4,0
Primaria completa	26,3	9,4	26,6	9,5
Medio incompleto	54,1	82,1	55,6	81,7
Medio completo	6,0	4,6	4,0	4,6
Condición de actividad				
Ocupada	27,8	16,0	28,2	15,9
Desocupada	11,3	7,9	9,7	7,7
Inactiva	60,9	76,1	62,1	76,3
Categoría ocupacional				
Patrón/empleador	2,1	-	2,4	0,4
Trab. cuentapropia	25,0	15,4	28,6	15,7
Obrera/empleada	70,8	80,7	66,6	79,4
Trab. s/salario	2,1	3,9	2,4	4,5

En primer lugar, y tal como fuera señalado en las citadas investigaciones, una vez más el peso de las mujeres que han tenido embarazos e hijos nacidos vivos aumenta de manera notable con la edad de las adolescentes. Las jóvenes de 15 años representan solamente alrededor del 4 por ciento del total de adolescentes alguna vez embarazadas o con algún hijo nacido vivo mientras que entre quienes no pasaron por esos sucesos representan alrededor de la cuarta parte del conjunto. Como contrapartida el peso de las mujeres de 19 años con embarazo o hijos nacidos vivos es notablemente superior (alrededor del 41 por ciento) que el de las que no tuvieron embarazo ni hijos nacidos vivos (cerca del 17 por ciento).

Las adolescentes que tuvieron embarazos e hijos nacidos vivos se vieron obligadas a alcanzar tempranamente la madurez, lo que con frecuencia implica abandonar no solo sus estudios sino etapas irrecuperables de la formación social, cultural y psicológica.

Por otro lado, los resultados de esta encuesta también confirman las tendencias identificadas por los autores mencionados en lo que respecta a la relación de parentesco y el estado conyugal de las adolescentes con y sin embarazo/hijos nacidos vivos. Las jóvenes son básicamente hijas y solteras cuando no han tenido embarazo o hijos nacidos vivos. En el grupo de las que sí pasaron por alguno de los dos hechos aumenta notablemente el peso de los cónyuges (de casi el 1 por ciento a más del 30 por ciento) y las hijas políticas (de apenas el 0,2 por ciento a cerca del 15 por ciento).

Si bien existe una alta proporción de solteras entre las embarazadas o madres -alrededor del 40 por ciento- que tienen mayor riesgo de desprotección social, también hay una proporción importante que está acompañada por un cónyuge o que vive con los padres del esposo

lo cual supone (en el mejor de los casos) una mayor seguridad eventual presente y futura para las jóvenes y sus hijos.

Ahora bien, ¿cuáles son las características socio-ocupacionales de los dos grupos de adolescentes? Hay claramente una mayor proporción de mujeres que han tenido algún embarazo o hijo nacido vivo que habitan en una vivienda que es a la vez el lugar donde trabajan -entre el 13 y el 14 por ciento versus el 3 por ciento del otro grupo-. Asimismo una mayor proporción de mujeres que pertenecen a hogares con un hacinamiento superior a tres personas por cuarto (entre el 44 y el 45 por ciento versus cerca del 12 por ciento).

Las adolescentes que han tenido embarazos o hijos nacidos vivos tienen, por otro lado, un nivel de instrucción más bajo. En efecto, alrededor del 13 por ciento no alcanzó a completar el nivel primario, proporción que en el caso de las nunca embarazadas o sin hijos se reduce al 4 por ciento. Acompañando este perfil educativo, estas mujeres tienen mayor participación en la actividad económica que las otras (casi el 40 por ciento versus cerca del 24 por ciento); y entre quienes trabajan, las que lo hacen por cuenta propia tienen mayor peso en el primer grupo (alrededor de la cuarta parte versus cerca del 15 por ciento)[1].

[1] El escaso número de las mujeres en la muestra que perdieron algún embarazo (15) no permite arriesgar conclusiones respecto de este grupo. Las mismas se concentran entre las de mayor edad (10 de las 15 tienen 18 y 19 años) y son fundamentalmente hijas (9 de 15) y en menor medida cónyuges (4 de 15). Ocho son solteras, 3 unidas y 4 casadas. Además, la mayor parte habita en casas (9 de 15) y 5 en los lugares de trabajo. A su vez 11 de las 15 alcanzaron a cursar al menos el secundario incompleto y son inactivas (9 de 15).

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO Y EL PARTO DEL ÚLTIMO HIJO TENIDO POR LAS ADOLESCENTES

En este punto se analizan aspectos de la historia del embarazo y características del parto del último hijo tenido por las adolescentes que se presentan en los Cuadros 9.7 y 9.8.

Los *controles prenatales* son de suma importancia para la detección y prevención de problemas vinculados al embarazo en la adolescencia, tales como los nacimientos de bajo peso, retraso en el crecimiento intrauterino y prematurez. También pueden prevenirse problemas nutricionales de la embarazada e infecciones genitales, entre otras patologías que inciden en el normal desarrollo del niño en particular, y de la salud materna en general.Si se inician tempranamente y se continúan a lo largo de todo el embarazo los controles pueden disminuir tanto muertes maternas como infantiles.

En lo que respecta a los controles durante el embarazo, en el Cuadro 9.7 puede verse que es muy baja la proporción de madres adolescentes que no efectuó ninguno (4,3 por ciento). Asimismo, es comparativamente alta la proporción (25 por ciento) de madres adolescentes que no cumplieron con la norma de realizar al menos cinco consultas durante el embarazo. Esta situación se relacionaría con el hecho que una proporción similar de madres (27 por ciento) recién acudió a efectuar el primer control entre el 4° y 6° mes del embarazo. Esto seguiría una tendencia también observada en otros países donde se verifica que las adolescentes son proclives a iniciar tardíamente las consultas y a realizar un bajo número de controles (Naciones Unidas, 1989).

Dicho control fue hecho especialmente en el ámbito público, tanto hospitales como

unidades sanitarias (76,2 por ciento). Cerca del 30% de las adolescentes realizó el primer control en el ámbito privado. En la mayor parte de los casos la consulta fue realizada sin cargo (63,1%). Dentro del grupo que realizó un pago parcial o total, la cuarta parte lo hizo a través del financiamiento de una obra social.

La *vacunación antitetánica* durante el embarazo se aplica para inmunizar tanto a la mujer como al feto. Los programas de inmunización han tenido una extensión dispar en América Latina alcanzando valores extremos de cobertura que varían del 5 por ciento en Haití al 90 por ciento en Costa Rica en 1991 (Acsadi,1993). El 75,9 por ciento de las adolescentes encuestadas recibió la vacuna antitetánica, lo cual las ubica por debajo de la meta trazada de alcanzar una cobertura del 90 por ciento. Este hecho se relacionaría con el menor nivel de cumplimiento de las normas de control en este grupo.

La *existencia alimentaria* alcanzó aproximadamente a un 25% de las adolescentes embarazadas. Analizadas las características de las beneficiarias pudo establecerse la adecuación de los perfiles socioeconómicos de las mismas con las pautas habituales de focalización en la entrega de leche en polvo (NBI, desocupación del jefe del hogar, entre otros criterios).

Por otro lado, el bajo porcentaje de adolescentes que ha recibido *asignación prenatal* durante el embarazo (12,1 por ciento) es indicativo de la situación de desprotección social que las caracteriza.

La totalidad de los partos tuvieron atención institucional (Cuadro 9.8), el 71,6 por ciento en efectores públicos y el 28,4 por ciento en establecimientos privados. El 75 por ciento de estos partos fue atendido por médicos y el 25 por ciento restante por parteras.

Cuadro 9.7 Características de la atención del embarazo del último hijo tenido por las adolescentes

Características	Distribución
Total de casos	**(116)**
¿Cuántos controles médicos realizó durante el embarazo?	
Ninguno	4,3
Menos de 5	25,0
5 ó más	70,7
¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando hizo el 1º control?	
3 ó menos	67,6
4 a 6	27,0
7 ó más	5,4
¿Dónde realizó el 1º control?	
Hospital público	43,2
Unidad sanitaria (salita)	27,0
Establecimiento privado	22,5
Consulta particular	7,2
¿Pagó Ud. la consulta?	
Total	9,9
Parcial	27,0
No	63,1
¿Quién se hizo cargo del pago total o parcial? (su son múltiples)	
Obra social	28,0
Mutual o sindicato	2,0
Hospital público (salita)	70,0
Otro	2,0
¿Durante el embarazo le aplicaron la vacuna contra el tétanos?	
Sí	75,9
No	18,1
No recuerda	6,0
¿Recibió leche en polvo durante el embarazo?	
Sí	24,1
No	75,9
¿Recibió Ud. la asignación prenatal?	
Sí	12,1
No	87,9

Cuadro 9.8 Características del parto del último hijo tenido por las adolescentes en los últimos tres años

Características	Distribución
Total de casos	**(116)**
¿El parto fue ...	
Cesárea	13,8
Forceps	6,0
Normal	80,2
¿Quién la asistió en el momento del nacimiento?	
Médico	75,0
Partera	25,0
¿Dónde la atendieron?	
Hospital público	70,7
Unidad sanitaria (salita)	0,9
Establecimiento privado	28,4
¿Pagó Ud. el parto?	
Total	6,9
Parcial	23,3
No pagó	69,8
¿Quién se hizo cargo del pago total o parcial? (no excluyente)	
Obra Social	25,0
Mutual o prepago	4,6
Hospital público	67,6
Otro	5,6

ANTICONCEPCIÓN

Las encuestas nacionales de fecundidad permiten obtener información detallada acerca del comportamiento reproductivo y de las prácticas anticonceptivas de la población. En Argentina no se realizan relevamientos con estas características, por lo cual el conocimiento actual proviene de estudios cuantitativos y cualitativos realizados en grupos de población en diferentes áreas geográficas. En este sentido, la información proporcionada por este Módulo permite disponer de una aproximación al conocimiento de las prácticas anticonceptivas de las mujeres en edad reproductiva para algunos aglomerados.

Los adolescentes transitan por una etapa de desarrollo emocional y fisiológico en busca de la madurez en ambos campos. Este estadio de su vida se caracteriza por actitudes poco persistentes en el tiempo. La falta de constancia también se aprecia en lo referente a la conducta anticonceptiva y convierte a los adolescentes en un grupo poco eficiente en el manejo de estas prácticas (Mundigo,1994), lo cual suele reflejarse en embarazos no planeados y frecuentemente no deseados. Asimismo, cabe mencionarse que la posibilidad de acceso a los métodos también incide en la permanencia del uso. En general, el uso de anticonceptivos es comparativamente menos frecuente en mujeres jóvenes y especialmente antes del nacimiento del primer hijo (Acsadi,1993).

La información del Cuadro 9.9 permite estimar que el 60 por ciento de las adolescentes sexualmente activas no se cuida actualmente para evitar un embarazo. Ese dato no incluye a las que no tienen relaciones sexuales que son apenas el 2 por ciento de las alguna vez embarazadas. Tal como se menciona en el capítulo 8 la información no permite determinar las razones por las cuales las adolescentes no adoptan algún método. Esta conducta puede estar relacionada tanto con el deseo de tener hijos -por estar al inicio de su vida reproductiva- o con la falta de preocupación por las consecuencias de tener relaciones sin el cuidado necesario.

Es sabido que el conocimiento acerca de la existencia y manejo de métodos anticonceptivos no implica inequívocamente su uso, ni la utilización correcta de los mismos, tal como pusieron en evidencia estudios realizados en Argentina (de Janvry y Rothman, 1975; Pantelides y Cerrutti, 1992; Kornblit y Méndes Diz, 1993; Méndez Ribas y otros, 1995). Asimismo, el conocimiento puede ser fragmentario y/o precario dependiendo del nivel educacional y de la posición socioeconómica de los individuos (Balán y Ramos, 1990).

La exposición de las adolescentes a los medios anticonceptivos es diferente según hayan o no estado embarazadas, como puede verse en el Cuadro 9.9. Solo la mitad de las jóvenes que ha tenido algún embarazo y solo el 39 por ciento de las nunca embarazadas se cuida actualmente cuando tiene alguna relación sexual. Este hecho no solo marca un llamado de atención en lo que hace al riesgo de embarazo de esos grupos sino también, en el caso de quienes no tienen uniones estables, al de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Entre los métodos que se utilizan con mayor frecuencia, la píldora es el más usado por ambos grupos. Similar elección es señalada también por López (1993) en su estudio de mujeres de bajo nivel socioeconómico del Conurbano Bonaerense y por Pantelides y Cerrutti (1992) en la investigación referida a adolescentes concurrentes a hospitales públicos de Capital Federal y Chubut. Para las mujeres que estuvieron embarazadas, las píldoras concentran las preferencias seguidas a gran distancia por el preservativo y el ritmo. En cambio, para las que no tuvieron embarazos las preferencias están menos polarizadas. El uso de otros métodos para ambos grupos es insignificante.

La mayoría de las alguna vez embarazadas recibió del profesional del hospital público o salita la indicación de uso del anticonceptivo que utiliza. Es interesante ver que las adolescentes que pasaron por algún embarazo recurren al asesoramiento profesional -tanto en servicios públicos como privados-, mientras que más de la tercera parte de las nunca embarazadas decidió por su cuenta cómo cuidarse y en menor medida se informaron a través de otros no profesionales tales como familiares, maestros y pares. La elección de métodos sin consulta médica comporta riesgos vinculados a la selección a partir de preferencias o creencias que pueden tener poco que ver con lo que resulte adecuado desde el punto de vista clínico. El uso de anticonceptivos modernos -tal el caso de las pastillas- requiere más información específica que los métodos tradicionales; su administración sin el necesario asesoramiento médico constituye un potencial riesgo para la salud de las mujeres, que podría ser subsanado reforzando la oferta de programas de atención y prevención en salud reproductiva.

Finalmente, numerosos estudios han comprobado que las prácticas anticonceptivas disminuyen la frecuencia de abortos inducidos y de muertes maternas y en consecuencia contribuyen a mejorar la salud de las mujeres, uno de los objetivos de las metas sociales comprometidas por los gobiernos de la región.

Cuadro 9.9 Características del uso de métodos anticonceptivos por adolescentes, total de aglomerados

Uso de métodos anticonceptivos	Total	Embarazada	
		Estuvo	No estuvo
Total del casos	**(1.425)**	**(133)**	**(1.292)**
¿Se cuida para no quedar embarazada?[1]			
Sí	39,9	50,8	38,7
No	60,1	49,2	61,3
¿Se ha cuidado alguna vez?[2]			
Sí	21,3	38,8	16,2
No	78,7	61,2	83,8
¿Cómo se cuida o se cuidó?[3]			
Ritmo o control del período menstrual	20,3	8,7	25,5
Pastillas o píldoras anticonceptivas	52,3	67,4	45,7
Preservativo o condón	33,7	15,2	41,8
Espiral o dispositivo intrauterino (DIU)	3,0	1,1	1,9
Diafragma	0,3	1,1	-
Otro	4,0	5,4	3,4
¿Quién se lo indicó o recomendó? (no excluyentes)			
Nadie	30,3	17,4	36,1
Profesional de hospital público o salita[4]	31,0	58,7	18,8
Profesional de otro lugar[4]	21,0	14,1	24,0
Farmacéutico	2,3	2,2	2,4
Otro	16,3	7,6	20,2

[1] Excluye a las que no tienen relaciones sexuales.
[2] Solo se preguntó a las que no se cuidan o no tienen actualmente relaciones sexuales. El cálculo se efectúa excluyendo a este último grupo.
[3] Solo se preguntó a los que se cuidan o cuidaron alguna vez. Los porcentajes se calculan independientemente para cada anticonceptivo, por lo que no son sumables.
[4] Médico, enfermero, obstetra, partero.

D. CONCLUSIONES

Los aspectos analizados referidos al comportamiento reproductivo de la muestra de adolescentes aportan elementos de utilidad a considerar en la definición de la acción futura, tanto en materia de políticas de reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil, como en la elaboración e implementación de programas de procreación responsable.

Las tendencias observadas no son diferentes de las analizadas en estudios puntuales y hablan de comportamientos diferenciales de las adolescentes por edad, nivel de instrucción, ocupación y posición en el hogar. Asimismo, se destaca la relevancia social de la maternidad a edades jóvenes, particularmente cuando el análisis se concentra en la fecundidad reciente (tal el caso de la encuesta que aborda la fecundidad de los últimos tres años).

El fenómeno de los embarazos perdidos por las adolescentes, que no ha podido estudiarse debido al escaso número de mujeres de 15 a 19 años que ha entrado en la muestra, debería ser retomado en futuras investigaciones más específicas.

Es importante profundizar en los aspectos relativos a los diferenciales socioeconómicos esbozados en este capítulo, dado que la fecundidad y la pérdida de embarazos no se distribuye normalmente entre todas las jóvenes y que su efecto en la mortalidad materna y la mortalidad infantil también debe ser diferencial.

Otro hecho destacable es el inadecuado cumplimiento de las pautas preventivas recomendadas. Una importante proporción de las adolescentes de la muestra no cumplieron o iniciaron de manera tardía los controles prenatales, con el riesgo de afectar el buen término del proceso de gestación y la sobrevivencia de los niños nacidos de madres adolescentes. Los riesgos para la madre y el niño son mayores entre las más jóvenes.

Asimismo, en la línea de las acciones preventivas, no se estaría cumpliendo con las

normas relativas a la aplicación de la vacuna antitetánica. En cambio, se observaría un nivel adecuado de focalización en la distribución de leche en polvo, que ayudaría a compensar las carencias de aquellas adolescentes embarazadas con mayor riesgo por su menor nivel educativo, por su pertenencia a hogares con jefe inactivo o desocupado y/ o habitar viviendas de mayor nivel de precariedad.

En relación a la práctica anticonceptiva, un gran número de jóvenes que tiene relaciones sexuales no tendría acceso a la adecuada orientación para evitar embarazos no deseados y prevenir enfermedades de transmisión sexual. En la implementación de programas de procreación responsable se debería asegurar dicho acceso.

Las limitaciones en la información disponible no deberían retrasar la implementación de medidas puntuales destinadas a satisfacer la demanda de los adolescentes -mujeres y varones- referida a información sobre salud reproductiva, la cual abarca la salud sexual y la regulación de la fecundidad.

Sería recomendable poner especial atención en la educación sexual de los adolescentes mediante programas, tanto en escuelas públicas como privadas, para superar la carencia de ofertas sistemáticas que se observan en la actualidad[1].

Los programas de procreación responsable deberían ser de alcance universal y desarrollarse tanto en el ámbito público como privado. Su implementación en los hospitales públicos de todo el país permitiría garantizar el acceso a los mismos a la población de menores recursos.

Los bajos niveles de fecundidad de la Argentina indicarían que la población históricamente ha regulado su fecundidad, ya sea por métodos tradicionales o modernos (Torrado, 1993). Por lo tanto, la labor preventiva que se desarrolle en el campo de la procreación responsable y de la eduación sexual de adolescentes tendrá impacto fundamentalmente en las condiciones de salud de esta población.

Por último, cabe destacar que los estudios realizados en la Argentina han aportado conocimiento específico de utilidad para planificadores y diseñadores de políticas en el campo de la salud reproductiva y han mostrado la necesidad de profundizar los mismos a partir de muestras especialmente diseñadas para dar respuesta a los problemas que plantea la temprana iniciación sexual sin los cuidados indispensables, a fin de salvaguardar la salud de los adolescentes.

[1] Un estudio realizado por Méndez Ribas y otros en 1995 en base a una muestra representativa de adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires pone de manifiesto que el 30% de los mismos al momento de la iniciación sexual no utiliza preservativo lo cual los expone al riesgo de contagio de SIDA. En este sentido, los programas de educación sexual cumplirían un rol importante en el terreno preventivo.

CAPÍTULO 10

APROXIMACIÓN AL MONITOREO DE METAS SOCIALES EN EL CONURBANO BONAERENSE

Andrea C. Lorenzetti[1] [2]

Es objetivo central de este capítulo explorar la forma en que se articula la estructura socioeconómica encontrada al interior del Conurbano Bonaerense (CB) con los indicadores de participación en la distribución de bienes y servicios relevados por el Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales -centrados principalmente en la salud y la educación- indagando la intensidad y el sentido de dicha relación.

Cualquier análisis efectuado sobre el estado actual en que se encuentra el CB en su conjunto, en relación al logro de las metas acordadas por el país, es insuficiente si no se contempla la heterogeneidad existente al interior del mismo. Esta situación disímil deberá ser tenida en cuenta en un futuro por los actores encargados de implementar políticas sociales.

El desarrollo de este objetivo es posible en base a una línea de trabajo sistematizada por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), la cual reconoce la existencia de cuatro espacios diferenciables al interior del Conurbano Bonaerense[3]. Partiendo de la misma, se han seleccionado una serie de indicadores provenientes del monitoreo citado, en función de visualizar la expresión que los mismos asumen en cada uno de los espacios conformados.

La posibilidad de utilizar datos provenientes del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales para cada grupo de población estudiado se ha visto limitada por las características del tipo de relevamiento del cual se obtiene la información. Al ser una muestra representativa del total de población se ha debido prestar especial atención al hecho de la significación estadística, dado que en este estudio se presenta una doble desagregación: para cada grupo de población en particular y para los distintos espacios sociales recortados.

[1] Dirección de Encuestas a Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

[2] Este capítulo fue elaborado con la colaboración de Cecilia M. Parra.

[3] Los apartados correspondientes a la caracterización del Conurbano Bonaerense tienen como antecedentes un trabajo realizado en colaboración con C. Morano y presentado en el Congreso de la ASET en agosto de 1994, titulado "Conurbano Bonaerense. Los distintos espacios sociales y sus personificaciones socioeconómicas. Evolución reciente".

A. DIMENSIONES SELECCIONADAS

1. **Características demográficas:** la composición de la población en cuanto a su edad, sexo, estado conyugal, así como el tipo y tamaño de los hogares, están estrechamente vinculados con las posibilidades de reproducción, la oferta de trabajo, la demanda de bienes y servicios y la asistencia escolar.

   Una somera descripción de algunos de estos indicadores permite ubicarse en el marco demográfico a partir del cual se construyen las personificaciones socioeconómicas de mayor representatividad en cada uno de los espacios del Conurbano.

2. **La dimensión económica:** con el objetivo de dar una visión global de la inserción laboral y de las personificaciones socioeconómicas características se han seleccionado las siguientes variables: condición de actividad y tasas respectivas, actividad, empleo, desocupación, subocupación, sobreocupación y demanda de empleo[1]. Debe tenerse presente que la participación de la población en el mercado de trabajo está estrechamente vinculada con la situación concreta de la economía y la evolución de los mercados de trabajo y se halla "... directamente influida por pautas culturales, así como por las propias condiciones y oportunidades que brinda la situación del mercado de trabajo" (Monza, 1995).

   La inserción en la ocupación se expresa a través de la categoría ocupacional, las ramas de actividad, el carácter y calificación de las ocupaciones y el nivel de cobertura previsional de los asalariados.

   Asimismo, la participación en el ingreso per cápita familiar de los hogares es uno de los indicadores que aproxima a la delimitación de grupos con desigual participación en la distribución social. En este caso se hará una breve descripción de la distribución de los hogares en el ingreso total así como de algunas características del ingreso per cápita (promedio por persona), dejando para una línea de investigación posterior el estudio de los ingresos individuales. La captación de la variable ingresos presenta dificultades conocidas por los investigadores; una de ellas es sin duda la subdeclaración de algunos grupos específicos especialmente los cuenta propia, patrones y rentistas entre otros. Estas limitaciones, que deben ser tenidas en cuenta para el desarrollo de estudios específicos, no le quitan validez a la estructura de la distribución de ingresos presentada. Se considera necesario a los objetivos de este capítulo mostrar una aproximación a los ingresos a través de los datos de la EPH.

   Con respecto al universo de estudio es necesario señalar que para la descripción de la inserción laboral se ha considerado la población de 14 años y más y por lo tanto las tasas presentadas corresponden a esos grupos de población. Esta elección relativiza el peso de los menores en la tasa de actividad de la población.

[1] En términos operativos la población económicamente activa (PEA) está conformada tanto por la población denominada"ocupada" (es decir quienes desempeñan alguna actividad económica) como por los "desocupados" (definidos como aquellos que no tienen ocupación y buscan activamente trabajo). Los subocupados horarios son aquellos ocupados que trabajan una jornada inferior a la socialmente establecida y desean trabajar más. La población sobreocupada está conformada por los ocupados que trabajan jornadas superiores a las socialmente establecidas. Son demandantes de empleo las personas que buscan activamente un puesto de trabajo independientemente de que estén ocupadas o no.

3. **Vivienda y hábitat:** las características habitacionales constituyen una de las dimensiones significativas que expresan la desigual participación de los hogares en la distribución de los bienes y servicios producidos socialmente.

   La dimensión habitacional de los hogares debe comprenderse desde el concepto del hábitat, que abarca no solo las características de la vivienda y de los servicios con que cuenta, sino además la infraestructura de servicios públicos básicos tales como las redes de agua potable y cloacas, la relación de tenencia de la vivienda, la disponibilidad de teléfonos particulares y públicos. Se incluyen también en dicho concepto las acciones ejercidas por la comunidad sobre su entorno tales como las modalidades de participación de la población en la construcción.

   Las condiciones de hábitat constituyen indicadores sumamente significativos en la determinación de la calidad de vida de los hogares y específicamente en la determinación de grupos de pobreza estructural. En este sentido son un referente insoslayable para aproximarse a la delimitación de grupos en situación de "riesgo social", sujetos de políticas públicas específicas.

4. **Cuidado y prevención de la salud de las mujeres:** las mujeres de 15 a 49 años conforman el grupo de población denominado mujeres en edad fértil, reconocido por diversas políticas sociales como área de atención en lo que se refiere a la salud y a las estrategias de prevención de la misma.

   Como es sabido, la posibilidad de percibir una necesidad en lo referido a la salud es para ciertos grupos de población difícilmente aprehensible. Como señala Morano "... La percepción de lo que es salud y enfermedad varía en sociedades diferentes, en tiempos históricos distintos, en sectores y grupos sociales dentro de la misma comunidad" (Morano, 1989).

   Cabe señalar por otra parte, que existe una vasta serie de trabajos que abordan el tema de este grupo de mujeres centrándose en los aspectos ligados a la maternidad. Muchos de ellos tienden a señalar que "...la maternidad ha sido considerada -y analizada- como un episodio médico, considerando la atención en los aspectos fisiológicos y con mayor frecuencia en los patológicos. El desconocimiento o la escasa atención puesta en los aspectos sociointerrelacionales y socioculturales de la experiencia ha sido casi constante en el tratamiento disciplinario y profesional de este tema, lo mismo que en su casi inexistente discusión pública" (Ramos, 1988).

5. **Cobertura asistencial y escolar y uso del tiempo de los niños:** la existencia de afiliación a algún sistema de salud para los menores de 6 años permite una aproximación a diferentes posibilidades de prevención y condiciones de vida permitiendo delimitar grupos de población más cercanos a situaciones de riesgo que deben ser prioridad de las diversas políticas sociales. Por otra parte, las prácticas cotidianas habituales desarrolladas por los niños -tales como asistencia escolar formal, educación informal, prácticas deportivas y otras- permiten observar si la utilización del tiempo y el desarrollo de determinadas actividades está estrechamente relacionada con la diferente situación objetiva en que los mismos se encuentran.

B. EL CONURBANO BONAERENSE Y SUS ESPACIOS SOCIALES

Este análisis parte de una primer imagen del Conurbano Bonaerense como el territorio de mayor concentración demográfica, económica y política del país. En su conjunto, el CB es el conglomerado urbano más densamente poblado. Según los datos del Censo de 1991 la población total de los 19 partidos que lo componen es de 7.924.324 personas, revistiendo la misma características demográficas y laborales netamente urbanas.

Desde esta primera imagen, se intentará una aproximación a la construcción de un *mapa social del CB*, lo que implica tratar de captar tanto la heterogeneidad social al interior del mismo como su distribución espacial. Se considera como supuesto inicial que esta heterogeneidad está más o menos organizada en zonas o en territorios[1].

En lo referido a la diferenciación espacial del conurbano existen numerosos trabajos que en base a una concepción dual de la región de estudio reconocen espacios a partir de sus características más polarizadas. En los últimos años, y como profundización de los trabajos ya existentes, las investigaciones que consideran la heterogeneización creciente del CB avanzan sobre dicha caracterización y conforman en base a un conjunto de indicadores objetivos diversos espacios sociales con cierto grado de homogeneidad entre sí y diferenciables del resto.

La Encuesta Permanente de Hogares tiene tradición de investigación en este sentido y en 1991 trabaja sobre una primera diferenciación espacial del CB (Morano, 1991). Avanzando sobre esta propuesta, en 1994 los departamentos de Muestreo y Análisis y Desarrollo Temático de la Encuesta Permanente de Hogares sistematizan una línea de investigación conceptual y metodológica de diferenciación espacial basada en la asociación de ciertos indicadores de participación en la distribución social permitiendo distinguir cuatro espacios al interior del CB (Messere y Hoszowski, 1994).

Con la utilización del análisis multivariado se establecieron los siguientes grupos:

CBA1: San Isidro y Vicente López.

CBA2: Avellaneda, Matanza 1, Morón, Gral. San Martín y Tres de Febrero.

CBA3: Almirante Brown, Berazategui, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes.

CBA4: Florencio Varela, Esteban Echeverría, Merlo, Moreno, Gral. Sarmiento, Matanza 2, San Fernando y Tigre.

A partir de los espacios sociales conformados se trabajará en una primera etapa, delineando las características demográficas y socioeconómicas más salientes en cada uno de los mismos para mayo de 1994.

En una segunda parte, se vincularán estas características demográficas y socioeconómicas con la serie de indicadores provenientes del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales implementado en el marco de la EPH en la onda de mayo de 1994. La información analizada permitirá avanzar en el diagnóstico de la diferente situación en la que se encuentran los grupos de población estudiados en lo que se refiere a sus condiciones y calidad de vida.

[1] Esta inquietud se nutre de varios trabajos de autores que abordan la problemática de la construcción social de los espacios geográficos: A. Rofman (1988), E. Bermúdez (1990), N. Iñigo Carrera (1994), entre otros.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Cuadro 10.1 Indicadores demográficos

Población total	Total	CBA1	CBA2	CBA3	CBA4
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Varones	48,4	49,0	47,3	49,1	48,6
Mujeres	51,6	51,0	52,7	50,9	51,4
Grupos de edad					
0 a 5 años	10,8	8,7	7,8	10,9	13,3
6 a 14 años	17,5	15,3	15,7	17,2	19,4
15 a 19 años	9,9	9,0	8,5	9,9	10,9
20 a 29 años	14,0	12,5	14,0	12,5	15,4
30 a 39 años	13,6	15,7	13,2	13,7	13,5
40 a 49 años	12,0	10,3	13,0	12,3	11,3
50 a 59 años	8,8	11,8	9,9	9,2	7,1
60 a 69 años	8,0	9,3	10,5	8,1	5,8
70 años y más	5,5	7,3	7,4	6,1	3,2
Jefes					
Varones	82,0	74,0	79,9	83,6	84,2
Mujeres	18,0	26,0	20,1	16,4	15,8
Hasta 49 años	53,4	42,4	46,7	52,1	62,6
50 años y más	46,6	57,6	53,3	47,9	37,4
Jefas hasta 49 años	5,3	6,2	4,2	4,3	7,0
Jefas 50 años y más	12,6	19,8	15,9	12,1	8,8
Tamaño del hogar					
Unipersonal	10,4	14,1	13,6	9,3	7,6
2 a 4 personas	60,7	64,4	63,8	61,9	56,2
5 y más personas	28,9	21,5	22,6	28,8	36,1
Promedio de personas por hogar	3,7	3,4	3,4	3,6	4,1
Promedio de menores de 14 años	1,0	0,8	0,7	0,9	1,3
Promedio de mayores de 64 años	0,3	0,4	0,4	0,3	0,2
Porcentaje de mujeres unidas o casadas hasta 29 años[1]	18,3	9,4	12,7	19,3	23,7
Porcentaje de mujeres amas de casa de más de 14 años[2]	35,8	27,2	34,9	38,3	36,3

[1] Porcentaje de mujeres unidas o casadas menores de 30 años sobre el total de mujeres unidas o casadas.
[2] Porcentaje de amas de casa mayores de 14 años sobre el total de mujeres mayores de 14 años.

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC - EPH, Conurbano Bonaerense, mayo de 1994.

LA DIMENSIÓN ECONÓMICA

Una lectura de los indicadores presentados para mayo de 1994 permite destacar las siguientes características para cada uno de los espacios conformados en el Conurbano Bonaerense (CB).

Cuadro 10.2 Indicadores socioeconómicos

Indicadores	Total	CBA1	CBA2	CBA3	CBA4
Tasa de actividad de 14 años y más	57,4	57,6	54,9	55,2	61,2
Tasa de actividad de varones	76,7	74,6	75,1	75,4	79,5
Tasa de actividad de mujeres	39,9	42,0	37,4	36,8	44,0
Tasa de actividad por edad y sexo					
Varones hasta 29	73,0	70,4	73,5	70,4	74,9
Varones de 30 a 64	90,8	89,1	89,0	91,9	91,8
Mujeres hasta 29	41,5	47,5	45,5	37,5	41,1
Mujeres de 30 a 64	47,2	52,6	42,9	43,9	52,6
Tasa de actividad de jefes de hogar	74,4	67,8	69,2	74,2	80,5
Tasa de empleo	50,6	51,4	49,7	49,1	52,4
Tasa de desocupación	11,9	10,8	9,5	11,1	14,4
Tasa de desocupación de Jefes	8,5	10,0	6,0	8,5	10,0
Tasa de sobreocupación	37,9	36,4	42,0	37,4	35,6
Demandantes de empleo	28,8	27,1	26,2	28,0	31,6
Categoría ocupacional					
Asalariados	69,2	60,8	66,8	70,1	72,2
No asalariados	30,8	39,2	33,2	29,9	27,8
Asalariados sin jubilación	37,5	27,6	33,7	38,4	41,4
Sectores de actividad					
Industria	23,3	20,8	22,2	21,3	26,2
Construcción	8,1	3,8	5,8	9,1	10,1
Comercio	25,2	27,5	26,5	25,1	23,8
Servicios financieros	6,2	14,2	8,1	6,3	3,2
Servicios sociales	17,7	20,4	19,3	17,3	16,1
Servicio doméstico	9,1	2,9	5,9	9,8	12,1
Transporte	9,0	9,2	10,7	10,2	6,8
Calificación					
Profesional	5,2	12,9	5,1	5,1	3,7
Técnica	14,4	26,3	17,6	13,3	10,5
Operativa	50,8	45,4	52,9	52,2	49,4
No calificada	29,0	15,4	24,2	28,8	35,6

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC - EPH, Conurbano Bonaerense, mayo de 1994.

Cuadro 10.3 Indicadores de ingreso

Ingreso	Total	CBA1	CBA2	CBA3	CBA4
Porcentaje de hogares sobre el total de hogares	100	7,5	29,5	28,7	34,3
Porcentaje de ingresos sobre los ingresos totales	100	11,4	31,2	27,0	30,4

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC - EPH, Conurbano Bonaerense, mayo de 1994.

Cuadro 10.4 Indicadores de ingreso

Ingreso	Total	CBA1	CBA2	CBA3	CBA4
Ingreso per cápita (en pesos)	286	535	322	276	224

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC - EPH, Conurbano Bonaerense, mayo de 1994.

Primer espacio social CBA1: Vicente López y San Isidro

En el total del Conurbano, al igual que en los grandes centros urbanos del país, hay una mayor cantidad de mujeres que de varones en el total de población. Esta característica general se mantiene en el primer espacio analizado.

La distribución por edades de la población del CBA1 refleja una menor presencia de niños y jóvenes y un mayor peso relativo de la población ubicada en los tramos superiores de edad.

Los jefes de hogar al igual que en todo el CB son principalmente varones. A pesar de esta distribución general, un análisis de las jefaturas por sexo muestra una clara sobrerrepresentación de las jefaturas femeninas en el espacio más cercano a la Capital Federal, con especial énfasis en las mujeres de 50 y más años. Esta tendencia podría explicarse por numerosos factores entre los cuales se encuentran tanto una mayor esperanza de vida para la población femenina así como una sobremortalidad de los varones adultos de mayor edad. Es por otra parte interesante destacar el peso que adquieren los hogares unipersonales en el CBA1 muchos de los cuales están compuestos por mujeres adultas, así como también la presencia de hogares nucleares con mujeres separadas o divorciadas que asumen la jefatura del hogar.

En su conjunto, las mujeres mayores de 14 años parecieran posicionarse en menor medida como amas de casa siendo por su parte las jóvenes de hasta 29 años menos proclives a uniones tempranas. Estas características son algunas de las que permiten explicar la mayor propensión a la participación en el mercado de trabajo encontrada para las mujeres del CBA1. Las mismas se convierten junto a las del CBA4 en las más activas de todo el CB: más de 4 de cada 10 mujeres son activas, situación que se repite como excepcional en la composición por sexo de la PEA. En el caso de las jóvenes la participación en el mercado laboral es aún mayor: 5 de cada 10 son económicamente activas.

Podría decirse que en el CBA1 son las mujeres de todas las edades las que se insertan en mayor proporción -en relación a sus pares- en el mercado de trabajo. Estos son los grupos que de alguna manera sostienen una menor actividad de los varones, con especial énfasis de los de hasta 24 años.

Las tasas de actividad por posición en el hogar indican las más bajas tasas de participación para los jefes. Esta característica puede relacionarse en parte con la dinámica demográfica descripta que reconoce un mayor peso relativo de personas de 60 y más años, las cuales en numerosos casos son reconocidas por los restantes miembros del hogar como cabeza visible de la unidad familiar.

Sin embargo, un hecho de singular importancia para los jefes activos del CBA1 es la magnitud que alcanza una de las formas de subutilización abierta de la fuerza de trabajo reflejada a través de la tasa de desocupación. Es en este grupo donde los guarismos encontrados adquieren singular relevancia dado que los jefes ocupan un lugar central en la definición de las estrategias de supervivencia de los hogares que integran; se convierten así en un grupo de riesgo desde una lectura de su participación económica.

Las relaciones articuladas por los trabajadores de este espacio en el proceso de producción social para 1994, muestran una mayor presencia de no asalariados que en el resto de los partidos encontrándose en esta situación 4 de cada 10 trabajadores. Es importante destacar que los patrones, si bien no constituyen un grupo muy numeroso, tienen una mayor presencia relativa en este espacio.

Los asalariados -con la menor representación del CB- son los menos precarios, con un escaso peso de asalariados sin cobertura por jubilación.

Las grandes divisiones por sectores de actividad han mostrado en las últimas décadas el avance significativo del sector servicios a expensas de las actividades productoras de bienes. Esta "terciarización" de la economía da como resultado que en el CB las actividades prestadoras de servicios ocupen, en el período analizado, al 67,2% de los trabajadores y las productoras de bienes solo a un 31,4%.

Dentro del sector servicios -exceptuando el servicio doméstico- el mayor peso para el total del CB está dado por el comercio y los servicios sociales básicos. En el caso de las actividades productoras de bienes el peso lo tiene la industria.

Estas características generales asumen en cada espacio matices específicos y en el CBA1 las actividades de comercio, servicios financieros y servicios sociales básicos adquieren importancia significativa.

Las ocupaciones desarrolladas preferentemente por estos ocupados muestran un mayor peso relativo de las de alta calificación (profesional y técnica). Es allí donde 4 de cada 10 ocupados registran alta calificación. Es el único espacio en el que las ocupaciones de calificación profesional tienen un peso importante, disminuyendo su presencia en el resto del Conurbano.

Los hogares de este espacio conforman el 7,5% del total de hogares repartiéndose el 11,4% del ingreso total del CB.

Por su parte, el ingreso medio por persona en el CBA1 es el más alto de todo el CB duplicando los valores encontrados para el conjunto.

No cabe duda que los habitantes del CBA1 han sido los mejor posicionados no solo por los niveles alcanzados en relación a los indicadores de corte de los espacios sino también por aquellos que dan cuenta de su inserción en el mundo del trabajo y su participación en los bienes sociales producidos, tales como la educación y el ingreso.

Segundo espacio social CBA2: Avellaneda, Matanza 1, Morón, San Martín y Tres de Febrero

La composición por sexo y edad de la población de este espacio presenta características específicas: es en el CBA2 donde se registra el mayor porcentaje de mujeres sobre el total de población, el menor peso de niños y adolescentes y la mayor presencia relativa de personas de más de 60 años.

Al igual que en el CBA1, pero con menor intensidad, las jefas mujeres de 50 y más años se encuentran sobrerrepresentadas siendo el mayor peso de la población femenina envejecida uno de los factores que pueden explicar esta tendencia.

Los hogares de este espacio son principalmente de tipo nuclear, de tamaño restringido hasta cuatro miembros, o unipersonal adquiriendo menor peso los hogares numerosos. Uno de los factores que permite entender esta característica común de los dos primeros espacios del CB es probablemente la menor propensión a la fecundidad encontrada en esas zonas.

La mayor participación laboral de las mujeres jóvenes puede deberse en parte a su menor tendencia a uniones tempranas siendo que, libres de responsabilidades familiares, las jóvenes podrían incorporarse en mayor medida a las actividades de mercado. Como contrapartida las mujeres adultas reflejan la tasa de participación más baja de todo el CB.

Se podría decir entonces que en el CBA2 las mujeres jóvenes sostienen una menor actividad de las mujeres adultas y de los varones.

En este espacio se registra una menor presencia de ocupados en el total de población siendo que aquellos que tienen un trabajo desarrollan en proporción jornadas laborales más intensas. Por otra parte, las tasas de desocupación general y la de los jefes de hogar, son las más bajas de todo el Conurbano.

Las relaciones articuladas por los trabajadores de este espacio en el proceso de producción social muestran una tendencia similar al CBA1, pero de menor intensidad. Sobrerrepresentación de no asalariados y de asalariados con aporte por jubilación parecen ser sus características más salientes.

En cuanto a los sectores de actividad, los ocupados se insertan en menor medida en la industria, situación llamativa si se tiene en cuenta que este espacio se caracterizó históricamente por el desarrollo de actividades fabriles[1]. El sector que atrae en mayor medida a los trabajadores es el terciario: actividades como el comercio, los servicios básicos y especialmente el transporte parecen ser las generadoras de empleo.

En cuanto a la calificación, tareas de tipo técnico y principalmente operativas adquieren relevancia.

Es probable -y como supuesto a estudiar en un análisis de tipo más cualitativo- que los trabajadores de la producción de bienes que en otros momentos históricos se asentaban en este espacio se hayan visto compelidos, ante la pérdida de su ocupación, a volcarse hacia tareas asociadas a la circulación, siendo fundamentalmente el transporte la actividad desarrollada.

Estos hogares representan un 29,5% del total y participan en un 31,2% del ingreso total.

Los ingresos medios por persona en el CBA2 son alrededor de un 13% superiores al promedio de partidos.

Tercer espacio social CBA3: Quilmes, Lanús, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Berazategui

En algunos aspectos el CBA3, integrado exclusivamente por partidos ubicados en la zona

[1] Debe recordarse que este espacio está integrado por los partidos de Avellaneda y San Martín, entre otros.

sur, se parece al CB total presentando valores similares o cercanos en:

- porcentaje de mujeres y varones;
- distribución porcentual de niños y jóvenes y de personas de mayor edad;
- tasa de desocupación general;
- tasa de desocupación de los jefes de hogar;
- tasa de actividad de los jefes de hogar;
- tasa de sobreocupación;
- tasa de demandantes de empleo;
- distribución de los ocupados en los sectores de los servicios;
- distribución por calificación, excepto las actividndes operativas que están sobrerrepresentadas.

Sin embargo, la población de este espacio presenta ciertas características que deben ser consideradas. Las mujeres de este espacio se posicionan en menor medida como jefas de hogar, adquiriendo clara sobrerrepresentación al interior del universo de amas de casa.

Esta situación debe asociarse sin duda con sus características de inserción en el mercado laboral reflejada a través de la menor participación de las mujeres jóvenes -con las tasas de actividad más bajas de todo el CB- así como de las mujeres en edades centrales.

La tasa de actividad de los varones adultos es altamente significativa y estaría sosteniendo para 1994 la menor actividad de los restantes grupos de población.

Estos hogares se caracterizarían por sostener patrones culturales y estrategias de vida con fuerte predominio del peso del varón en edad central en el sostén del hogar y de la mujer en lo atinente a los quehaceres del cuidado del hogar y los hijos.

Al presentar tasas de desocupación similares al CB total y una tasa de actividad menor, la tasa de empleo de este espacio se constituye en la más baja de todo el CB.

Aún con ciertas similitudes con respecto al total del CB, pueden marcarse algunas especificidades en las relaciones articuladas por los trabajadores de este espacio en el proceso de producción social. Los asalariados en su conjunto se encuentran levemente sobrerrepresentados al igual que el grupo que no percibe aporte jubilatorio.

En cuanto a las ramas de actividad, los únicos sectores en que los ocupados muestran sobrerrepresentación es en la construcción y el transporte, actividades desarrolladas en este espacio principalmente por asalariados. Es interesante destacar que los ocupados en la industria, quienes tradicionalmente se asentaban en los partidos que conforman el CBA3, están subrrepresentados, siendo este dato un indicador indirecto del proceso de terciarización creciente que ha caracterizado al país en general y a determinadas zonas del Conurbano en particular.

Las ocupaciones en las que se destacan, sobre el total del CB, son las de calificación operativa desarrolladas principalmente en los sectores sobrerrepresentados en este espacio.

Siendo el 28,7% del total de hogares acceden a una menor representación en el ingreso total del CB con el 27,0% del mismo.

El promedio de ingresos por persona para mayo de 1994 es levemente inferior al promedio de partidos.

Cuarto espacio social CBA4: Florencio Varela, Esteban Echeverría, La Matanza 2, Merlo, Moreno, General Sarmiento, San Fernando y Tigre

El CBA4 es el único espacio en el que la población envejecida decrece en un 34%. De modo contrario, en el mismo se registra un mayor peso de los niños y adolescentes de hasta 14 años concentrándose en esas franjas etarias 1 de cada 3 personas. Este fenómeno se debe principalmente a los mayores niveles de fecundidad registrados para este espacio. Los habitantes integran por lo tanto, hogares con mayor número de niños en su interior.

Las jefaturas de hogar son ejercidas principalmente por varones en edades centrales y en menor medida por sus pares mujeres.

La población de 14 años y más del CBA4 presenta en el período estudiado las tasas de actividad (TA) más altas de todo el CB, producto de la significativa participación en el mercado de trabajo tanto de varones como de mujeres.

Los varones tienen la TA más alta del CB: casi 8 de cada 10 varones de 14 años y más son activos. Las mujeres también registran la mayor propensión a la participación laboral con altas tasas de actividad: más de 4 de cada 10 mujeres son activas.

Los varones jóvenes, a diferencia de sus pares del resto del CB, son quienes más se insertan en la actividad económica. Los grupos de 30 años y más -tanto varones como mujeres- presentan también altos niveles de participación laboral. Las mujeres jóvenes por el contrario, presentan una TA similar al promedio. Para comprender este comportamiento debería tenerse en cuenta que estas jóvenes, más proclives a uniones tempranas e integrantes de hogares más numerosos (con mayor número de niños), deban retirarse del mercado de trabajo permaneciendo al cuidado del hogar.

Podría decirse que en el CBA4 la actividad está a cargo de todos los varones, especialmente los jóvenes y de las mujeres en edades centrales.

Estos son los grupos que de alguna manera sostienen la menor actividad de las mujeres jóvenes.

Los adultos con alta participación son principalmente jefes, con una TA un 19% superior a la del CBA1, siendo la más alta de todo el CB. Se podría suponer que en este espacio aquel integrante del hogar que es reconocido como jefe debe insertarse en el mercado de trabajo teniendo un papel significativo en el mantenimiento de la unidad familiar.

En 1994 los habitantes del CBA4 son los más desocupados de todo el Conurbano con una tasa de desocupación abierta del 14,4%, casi 3 puntos superior al promedio de los partidos; la tasa de desocupación de los jefes de hogar es por otra parte una de las más altas.

A pesar de esta situación, las altas tasas de actividad y ocupación hacen de su tasa de empleo la más alta de todo el CB.

Complementariamente, la demanda de empleo del CBA4 es la más elevada, siendo relevante en su composición tanto las personas que buscan activamente empleo sin tenerlo, como aquellas que estando ocupadas buscan otro trabajo.

Los trabajadores del último espacio del CB son principalmente asalariados. Sin embargo esta ubicación en el proceso de producción social no garantiza los beneficios que históricamente fueron constitutivos de la condición asalariada. Es en este espacio donde

más de cuatro de cada diez asalariados no tienen aporte por jubilación.

Los ocupados del CBA4 trabajan en mayor medida en actividades tales como la industria, la construcción y el servicio doméstico. Debe recordarse que en los dos últimos sectores hay una mayor propensión a la inserción precaria de los trabajadores, ya sean cuentapropistas o asalariados.

Las ocupaciones desarrolladas preferentemente por los ocupados del CBA4 presentan las siguientes características: casi nueve de cada diez trabajadores son de baja calificación, entre operativa y no calificada.

Los hogares del CBA4 representan el 34,3% del total y acceden al 30,4% del ingreso total. Los habitantes de este espacio reciben en promedio los ingresos más bajos de todo el CB.

No cabe duda que estos habitantes del CBA4, los más alejados de la Capital, en contraposición con los del resto del CB, y especialmente con los del CBA1, son los peores posicionados en la escala socioeconómica. Se insertan indudablemente en condiciones más desfavorables en el mercado de trabajo, marcados por la desocupación y la inserción precaria en los puestos de trabajo menos calificados y apreciados socialmente, como el servicio doméstico y las changas de la construcción y formando parte de los grupos sociales con menores ingresos.

VIVIENDA Y HÁBITAT

Las diferencias en cuanto a la calidad de las viviendas y a la existencia de infraestructura de servicios mínima permiten delimitar y distinguir situaciones heterogéneas en relación a la calidad de vida de la población. Partiendo de una primera lectura de los indicadores seleccionados, se describen algunas características generales de los distintos espacios sociales.

Cuadro 10.5 Características generales de la vivienda, infraestructura en servicios y formas de tenencia

Características generales	Total	CBA1	CBA2	CBA3	CBA4
Hogares sin agua de red pública	38,1	0,5	20,0	21,9	76,9
Hogares sin agua de red pública ni motobombeador	7,0	–	1,2	2,4	17,8
Formas irregulares de eliminación de basura	10,8	–	5,0	10,8	18,5
Formas irregulares de tenencia	14,4	7,3	12,9	13,2	18,4

El total de hogares de los 19 partidos del Conurbano es de 2.326.286. De dicho total, el 8% pertenece al CBA1, el 29,8% al CBA2, el 28,5% al CBA3 y el 33,7% al espacio más alejado de la Capital Federal. El diferente peso que los hogares tienen al interior de cada espacio, se resignifica a la luz de la heterogénea situación habitacional y sanitaria en que los mismos se encuentran.

a. **Disponibilidad de agua corriente:** es uno de los indicadores centrales de calidad del servicio hídrico que permite distinguir situaciones de bienestar para cada grupo de población específico.

Datos recogidos en 1980 mostraban la crítica situación del Conurbano Bonaerense en este sentido"...de 7 millones de habitantes que vivían en 1980 en los 19 partidos que rodean la

Capital Federal, 3,6 millones carecían de agua corriente" (Brunstein, 1987).

Los hogares que no disponen de agua corriente la obtienen a través de una fuente instalada en el predio, generalmente una bomba manual o un motobombeador con perforación a las napas subterráneas, ignorándose su grado de contaminación -ante la falta de redes cloacales- por filtraciones de pozos ciegos. Una gran parte de estos hogares suele tener agua solamente en el predio, sin distribución en la vivienda.

Los datos relevados para 1994 permiten apreciar el estado actual de esta problemática. Del total de hogares del CB, 887.667 -el 38%- carece de agua corriente, es decir que alrededor de 4 de cada 10 hogares de la región estudiada estarían más próximos a situaciones de riesgo sanitario. Esta carencia se expresa diferencialmente en cada uno de los espacios conformados presentando una tendencia creciente del primero al cuarto. En este último espacio, la magnitud de hogares sin agua de red pública supera ampliamente al promedio, duplicándolo. Se ve así que 8 de cada 10 hogares del CBA4 no obtienen el servicio hídrico a través del origen más recomendable -agua corriente-.

A los fines de profundizar el análisis, y retomando una de las líneas de trabajo planteadas en el segundo capítulo de esta publicación, se considerará también el porcentaje de hogares que no obtiene el agua ni de red pública ni por motobombeador. Este grupo de hogares se encuentra expuesto a una clara situación de riesgo sanitario. Es en el CBA4 donde esta situación cobra importancia afectando a 2 de cada 10 hogares que no acceden a niveles adecuados de potabilidad del servicio hídrico.

b. **Recolección periódica de residuos**: se refiere a la existencia de servicios de recolección de residuos sistemática, es decir, con una periodicidad diaria o regular. Las formas irregulares de recolección suponen la existencia de servicios no periódicos. Ante la falta de los mismos, la necesidad de enterrar, tirar en baldíos o quemar los desperdicios son prácticas cotidianas asumidas por la población.

Si en el total del CB se observa que 11 de cada 100 hogares presentan una situación irregular, en el CBA3 y sobremanera en el CBA4 la misma adquiere singular gravedad. No debe perderse de vista la magnitud que asume esta carencia en aquellas zonas que no poseen un adecuado servicio hídrico. Es allí en particular donde existe mayor probabilidad de contaminación y donde se pone en riesgo sanitario tanto la vida de adultos como de niños.

c. **Formas irregulares de tenencia de la vivienda:** las mismas aluden a situaciones de tenencia tales como propietario de la vivienda solamente, ocupante de hecho, ocupante gratuito, vivienda en sucesión u otras formas irregulares de acceso a la propiedad. Se

reconocen como formas regulares las de propietario de la vivienda y el terreno e inquilino.

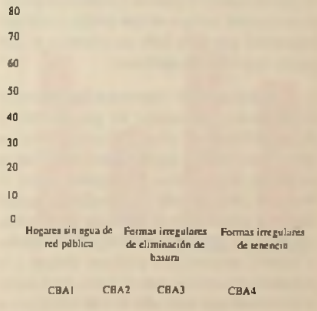
En lo que se refiere al régimen de tenencia deben tenerse en cuenta ciertos criterios generales. La categoría "propietario" presenta una gran heterogeneidad en su interior ya que no distingue las diversas calidades y valores del bien inmueble del que se es propietario. Similar criterio puede adoptarse para la categoría «inquilino».

En el total del CB casi 15 de cada 100 hogares se encuentran en situaciones irregulares con respecto a la tenencia de su vivienda. La tendencia encontrada mantiene la misma relación que los indicadores anteriores, se incrementa del espacio 1 al 4 alcanzando en este último un guarismo relativo superior al promedio.

Esta primera aproximación a la situación habitacional de los distintos espacios sociales del Conurbano Bonaerense permite establecer algunas diferencias:

- los CBA1 y CBA2 están mejor posicionados en los indicadores de acceso a calidad habitacional y sanitaria siendo el primero de éstos un prototipo a tener en cuenta;
- el CBA3 alcanza valores similares al promedio, por lo que expresa la situación general del CB;
- el CBA4 presenta una situación de riesgo habitacional y sanitario que agrava la ya comprometida calidad de vida de las personas que lo integran.

Gráfico10.1 Características de la vivienda y del hábitat [1]



[1] Sin casos para el GBA1 en agua de red pública y eliminación de basura.

C. CUIDADO Y PREVENCIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES

ste grupo particular -2.154.644 mujeres- se distribuye en el CB de la siguiente forma: el 5,8% habita en el CBA1, el 19,7% en el CBA2, el 28,6% en el CBA3 y un poco menos de la mitad -el 45,9%- en el CBA4.

El contar con un sistema de atención de la salud alude tanto a la existencia de seguridad social en el marco de las obras sociales como a la afiliación voluntaria a algún sistema prepago de salud.

Cabe recordar que el hecho de poseer algún tipo de afiliación ha sido uno de los indicadores

de corte utilizados para la diferenciación espacial del CB. A pesar de conocer la distancia relativa encontrada para esta variable -afiliación decreciente entre el primero y el último espacio- es interesante indagar en qué medida y con qué intensidad afecta la falta de cobertura a este grupo de población particular.

El indicador de cobertura a un sistema de salud como parámetro de prevención y disponibilidad de atención sanitaria se ve relativizado por las posibilidades concretas de usufructo del servicio. En algunos casos, el hecho de estar afiliado no garantiza un acceso rápido y eficaz para la atención de la salud, mientras que por el contrario algunos hospitales y centros asistenciales públicos ofrecen a la población un servicio más eficiente. Por lo tanto, la lectura de este indicador se verá teñida por la falta de datos en lo referido a la calidad, disponibilidad y utilización del servicio brindado.

Cuadro 10.6 Características de cobertura de salud, cuidado anticonceptivo y prevención de la salud en las mujeres de 15 a 49 años

	Total	CBA1	CBA2	CBA3	CBA4
Sin afiliación	39,9	22,3	35,1	36,2	49,0
Sin cuidado anticonceptivo[1]	38,0	30,1	34,3	37,4	42,4
Sin consulta con el ginecólogo	48,0	39,8	46,3	47,1	51,3

[1] El cálculo de este indicador se ha hecho en base al universo de mujeres que declararon tener relaciones sexuales

Del total de mujeres estudiadas, 4 de cada 10 carecen de cualquier tipo de afiliación, es decir que se encuentran más expuestas a una potencial situación de riesgo en lo que se refiere al cuidado de su salud, debiendo concurrir obligatoriamente para su asistencia a los servicios hospitalarios. Esta relación compromete a casi 2 de cada 10 mujeres sin cobertura en el CBA1, 3,5 en el CBA2 y el CBA3 y alrededor de 5 de cada 10 en el CBA4. Por lo tanto, las distancias encontradas para este grupo de población parecieran delinear tres situaciones claramente distinguibles que aportan diferentes matices al concepto de calidad de vida.

Un elemento a tener en cuenta para este análisis es la menor existencia de hospitales públicos a medida que aumenta la distancia del primer cordón del Conurbano, situación que define una mayor exposición sanitaria para un importante grupo de población.

Por su parte un dato relevante para las mujeres en edades centrales, es la existencia de una consulta anual con un ginecólogo. Este indicador, con fuerte arraigo cultural en los distintos sectores sociales, aproxima a las estrategias de prevención de la salud incorporadas por cada grupo en particular.

Los datos recabados para mayo de 1994 reflejan que la mitad de las mujeres del grupo en estudio no ha efectuado la consulta en el último año.

Es decir que quedarían excluidas de esta práctica concreta -tanto por situaciones de desconocimiento en lo que hace a la prevención así como por la imposibilidad concreta de acceder a un centro de atención- un importante número de mujeres sobre las cuales debe ponerse especial énfasis.

Como es de suponer, esta relación se expresa diferencialmente en cada uno de los espacios: mayor asistencia a la consulta ginecológica en el primero y disminución progresiva hasta el último. Esta situación sumada a la falta de afiliación, complejiza el panorama e incrementa los riesgos asociados a la salud.

Otro indicador significativo, que aproxima a pautas de cuidado y planificación familiar, es el referido a la utilización de métodos anticonceptivos.

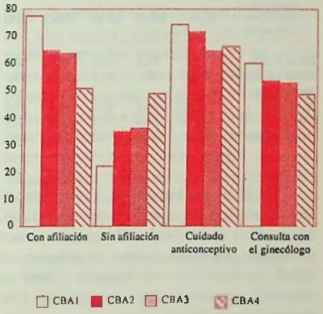
Esta práctica concreta probablemente esté arraigada con diferente intensidad en distintos grupos sociales. Cuestiones asociadas al desconocimiento, las creencias o la falta de recursos, así como el fuerte anclaje de una concepción que tiende a asociar entre otros, el acto sexual con la procreación han influido de diferente manera en la población generando mayor o menor posibilidad de incorporar y elegir algún tipo de método para prevenir la concepción.

En el caso de los sectores populares, algunas investigaciones muestran que en este grupo particular de población la utilización de métodos anticonceptivos no es sistemática (Ramos, 1988).

En el total de la región en estudio, alrededor de 6 de cada 10 mujeres con vida sexual activa usan algún método anticonceptivo. Esta relación adquiere mayor relevancia en el primer y segundo espacio donde pareciera estar más fuertemente incorporado el control de la concepción teniendo menor presencia en los sectores más desprotegidos.

Sería interesante poder analizar esta información cruzándola con el nivel educativo de la mujer encuestada o con situaciones de pobreza de los hogares que integran, con el supuesto de que aquellas mujeres con niveles educativos más bajos o en hogares pobres, presentan menor propensión a prácticas de control y prevención. Sin embargo, este supuesto deberá ser objeto de otra investigación dado que la muestra con la que se ha trabajado no permite la desagregación de información con tal nivel de detalle para cada uno de los espacios analizados.

Gráfico 10.2 Afiliación a coberturas de salud, consulta ginecológica y cuidado anticonceptivo



D. COBERTURA ASISTENCIAL Y ESCOLAR Y USO DEL TIEMPO DE LOS MENORES DE 15 AÑOS

a) Desde 6 a 14 años

Este grupo de población -que se inscribe dentro de la niñez e inicios de la adolescencia- está integrado por 1.481.852 menores.

De los mismos el 6,5% se asienta en el CBA1, el 24,4% en el CBA2, el 27,7% en el CBA3 y el 41,4% en el CBA4, espacio donde adquieren clara sobrerrepresentación.

Los rasgos más significativos en cuanto a la disponibilidad de cobertura en salud y en educación así como la utilización del tiempo libre, pueden verse en el siguiente cuadro:

Cuadro 10.7 Características de cobertura de salud y uso del tiempo desde 6 a 14 años

Cobertura de salud y uso del tiempo	Total	CBA1	CBA2	CBA3	CBA4
Sin afiliación	43,9	31,2	36,6	38,3	53,9
Asiste a la escuela	96,8	100	97,3	96,2	93,7
Asiste a otros cursos de estudio	19,8	42,3	23,6	16,4	16,2
Juega	89,4	91,9	91,2	89,4	87,7
Practica deportes	32,2	36,9	38,0	37,7	24,2

Un elemento importante a considerar es que en relación al grupo de mujeres estudiado, estos niños se encuentran levemente menos protegidos por algún sistema de cobertura en salud, agravándose con respecto a éstas su situación, con la consiguiente exposición a un acceso diferencial.

Esta tendencia general se mantiene en todos los espacios siendo el grupo de niños del CBA4 los más claramente desprotegidos, ya que más de la mitad de los niños de ese espacio carece de algún tipo de afiliación (53,9%).

Como ya se señalara se debe tener presente que estos niños son habitantes de las zonas más alejadas de la Capital Federal; carecen en muchos casos de los recursos hospitalarios necesarios para su rápida atención y deben trasladarse a centros asistenciales alejados de sus hogares.

Una de las metas fundamentales a alcanzarse en el decenio 1990-2000 -que ha sido abordada en uno de los capítulos de esta publicación- está referida a la cobertura universal de enseñanza primaria para los niños en las edades correspondientes, mejorando la calidad y pertinencia de la enseñanza para evitar la baja escolarización, el abandono y la ineficiencia global del sistema educativo.

La Argentina ha logrado hace ya algunos años garantizar un nivel de asistencia casi masivo reduciendo significativamente situaciones de analfabetismo. Si bien en todos los espacios la asistencia supera el 90% de los niños, existe una gradación de mayor a menor entre el primero y el último siendo en éste seis puntos porcentuales inferior en relación a aquél.

Sin embargo y como se señala en numerosas investigaciones centradas en la temática educativa, no es este el único indicador que da cuenta de la desigual participación en el sistema educativo. Un indicador adicional que refiere a la permanencia en el sistema escolar permite distinguir otras y no menos graves situaciones educativas problemáticas.

Retomando una de las líneas de análisis presentadas en esta publicación en el capítulo 7 y en base a información complementaria del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales, se pueden analizar situaciones que aluden principalmente a la repitencia y en menor medida a la entrada tardía y reinserción en el sistema educativo. Se ha desagregado esta información tomando en cuenta la pertenencia de los niños a hogares en situación de pobreza por ingresos del resto de los hogares. Se supone que situaciones de retraso escolar y permanencia podrían estar fuertemente asociadas a hogares con recursos escasos como para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de las personas que los integran. Para ello se han construido datos que aportan información de escolares cuyas edades resultan superiores a las que se corresponderían con el grado que debieran cursar. Como fuera detallado en el capítulo citado, este trabajo se ha efectuado considerando por una parte la reglamentación escolar, la cual estipula que la edad para comenzar el primer grado es de 6 años cumplidos al 30 de junio. Es entonces que

aquellos niños con edades superiores que cursen el primer grado son considerados retrasados escolarmente según la edad estipulada. Similar criterio se ha seguido para el resto de los grados.

Cuadro 10.8 Porcentaje de niños de 6 a 14 años con retraso escolar según nivel de ingreso

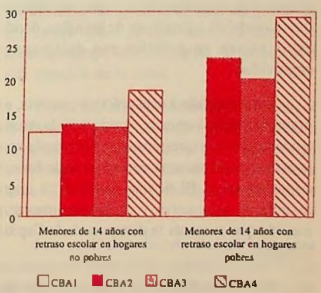
Retraso escolar	CBA1	CBA2	CBA3	CBA4
Niños de 6 a 14 años con retraso escolar en hogares sobre LP	12,4	13,5	13,1	18,5
Niños de 6 a 14 años con retraso escolar en hogares bajo LP		23,2	20,2	29,2

Un primer elemento a tener en cuenta en el análisis es que la representación de los hogares pobres -cortados por línea de pobreza- asume diferente magnitud en cada uno de los espacios. En el primer espacio social representan solamente el 5,4% del total de los hogares, subiendo al 17,6% en el CBA2, al 28% en el tercer espacio y llegando al 37,2% en el espacio más precario del Conurbano Bonaerense. Por lo tanto, el indicador de retraso escolar desde la óptica de la pobreza debe contextualizarse a partir de la mayor o menor presencia de esta situación en los diferentes espacios del Conurbano Bonaerense.

Como se observa en el Cuadro 10.8, la participación relativa de población entre 6 y 14 años con retraso escolar varía en función de la situación de pobreza de los hogares. En los hogares no pobres por ingresos, los niveles de retraso son inferiores en más de diez puntos a los registrados para los hogares pobres. En los primeros parecerían conformarse dos universos diferenciables: unos con niveles cercanos al 10% y otro -el CBA4- donde 2 de cada 10 niños en edad escolar presentan algún grado de retraso.

Por otra parte, en los hogares pobres la situación estudiada adquiere singular relevancia con tres grupos claramente distinguibles: primero, aquellos hogares donde no existe situación de retraso o ésta es de escasa importancia; segundo, un grupo con niveles de retraso que rondan en el 20% y finalmente un grupo de hogares que además de ser los peores posicionados por los indicadores de corte utilizados presentan 3 de cada 10 niños de 6 a 14 años en situación de retraso escolar.

Gráfico 10.3 Retraso escolar en niños de 6 a 14 años [1]



[1] Sin casos para el CBA1 en hogares pobres.

De igual modo, la educación complementaria reflejada a través de la asistencia a distintos tipos de cursos más allá del sistema educativo formal, es una práctica poco difundida que abarca solo a 2 de cada 10 niños de 6 a 14 años del CB. Esta práctica, que alude a

estrategias de los padres, con el fin de otorgar al niño la mayor cantidad de recursos disponibles para garantizar su éxito en un futuro mundo del trabajo, tiene una fuerte presencia en el CBA1, disminuye a un poco más de la mitad en el CBA2 y a menos de la mitad en los restantes espacios.

Puede inferirse entonces que desde el inicio de la vida escolar de sus hijos, algunos sectores sociales consiguen otorgar a sus descendientes mejores herramientas para que puedan desenvolverse favorablemente en un mañana, contribuyendo las mismas a explicar futuras desigualdades sociales.

La actividad lúdica expresada principalmente en el juego, ha sido considerada por numerosos investigadores como un espacio fundamental de aprendizaje de los niños, donde estos ponen en práctica sus destrezas y creatividad.

En lo referido a esta práctica concreta, su presencia relativa en cada espacio tiene la misma tendencia en su expresión que la encontrada para la asistencia al sistema educativo tanto formal como informal. El tiempo dedicado al juego disminuye progresiva y escalonadamente, a medida que aumenta la distancia de la Capital Federal.

Por último, el hecho de practicar algún tipo de deporte ha sido masivamente reconocido como una práctica fundamental a estimular en los niños, con el objeto de garantizar un desarrollo biopsíquico pleno e instalar ciertos parámetros de salud.

En el total del CB pareciera que la actividad deportiva no está extendida masivamente, dado que solo 3 de cada 10 niños dedican parte de su tiempo a la misma.

Si se mira al interior de los espacios, en lo que se refiere a esta práctica, parecieran delinearse dos universos diferenciables: por un lado, los niños del CBA4 con escasa representación en lo que se refiere a la práctica de un deporte siendo la misma un 25% inferior al promedio del CB, y por el otro el resto de los niños de entre 6 y 14 años de los otros espacios mejor posicionados.

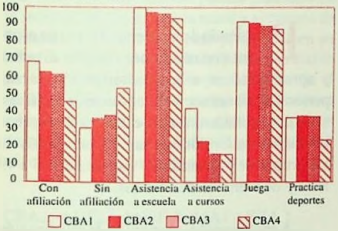
Esta primera lectura de algunos indicadores referidos a la utilización del tiempo pareciera reflejar tres tipos de estrategias familiares diferentes, que implican posibilidades desiguales para los niños y adolescentes de los distintos grupos sociales:

- una estrategia claramente asociada a otorgar ventajas comparativas en la apropiación de estándares de educación que garanticen un mejor posicionamiento en el futuro mercado laboral, estimulando el desarrollo de una mayor creatividad e imaginación;

- otra limitada a otorgar a niños y adolescentes las herramientas necesarias legitimadas socialmente para su futuro desarrollo siendo el sistema educativo formal un fiel reflejo de ello;

- por último, una estrategia que en muchas ocasiones no permite el acceso a los elementos mínimos requeridos para la inserción en el mundo adulto. Probablemente prácticas socialmente penalizadas como el trabajo infantil estén ampliamente difundidas en estos sectores, siendo estos niños y adolescentes impulsados a insertarse precozmente y de manera desventajosa en el mundo del trabajo, sin acceder a niveles educativos adecuados.

Gráfico 10.4 Cobertura asistencial, escolar y uso del tiempo entre los niños de 6 a 14 años



b) Menores de 6 años

Este grupo representa el 11% del total de la población del Conurbano Bonaerense -911.878 niños-. Los mismos se distribuyen de la siguiente manera: el 6,9% en el CBA1, el 27,2% en el CBA2, el 27,6% en el CBA3 y el 38,3% en el CBA4. En este último espacio, el tema de la niñez cobra significativa importancia dada su relevante magnitud cuantitativa.

Cuadro 10.9 Características de cobertura en salud y asistencia a guardería o jardín en los menores de 6 años

Retraso escolar	Total	CBA1	CBA2	CBA3	CBA4
Sin afiliación	46,1	15,0	34,1	50,4	52,4
Asistencia a guardería o jardín	34,5	59,2	44,6	28,6	30,6

En su conjunto, la región en estudio presenta niveles de falta de afiliación de los menores de 6 años más elevados que los grupos anteriormente analizados (mujeres de 15 a 49 años y menores de 6 a 14 años). Con alta desprotección se convierten en el grupo de mayor riesgo de todo el CB.

Es interesante observar como se expresa espacialmente esta relación y la intensidad que asume al interior de cada uno de los espacios. En el CBA1, los niveles de desprotección son muy bajos, contando mayoritariamente estos niños con posibilidades de atención.

El CBA2 presenta magnitudes relativas similares para toda la población de niños y jóvenes en lo que se refiere a la falta de afiliación.

Por su parte, en el CBA3 la mitad de los niños de hasta 6 años no cuenta con afiliación convirtiéndose en el grupo relativamente más desprotegido de su espacio.

En el CBA4, espacio en el que se ubican la mayor proporción de menores de este grupo, la falta de afiliación abarca a más de la mitad del universo en estudio; es éste un grupo de alto riesgo sobre el cual deberían centrarse prioritariamente las estrategias de prevención y de atención de la salud.

Por último se ha seleccionado un indicador de asistencia a una guardería o jardín, instancia inicial en la formación de los niños que otorga los primeros elementos necesarios para desenvolverse con cierta facilidad en el sistema educativo formal.

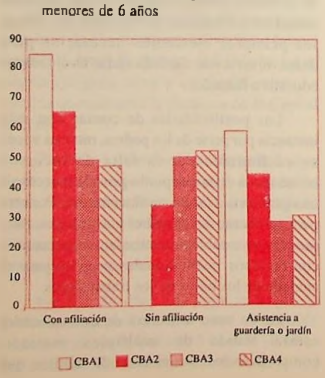
Las posibilidades de contar con esta instancia por parte de los padres, muchas veces se ve limitada por la falta de recursos económicos dado que por lo general el acceso a una guardería o jardín resulta oneroso. Por otra parte en el caso de los padres que trabajan, muy rara vez los establecimientos laborales cuentan con recursos institucionales propios para el cuidado de los niños de los trabajadores.

Por lo tanto la lectura de este indicador estará teñida de múltiples matices, complejizándose en el caso de adultos que

trabajan y reflejando las diferentes posibilidades y estrategias que deben desarrollar los hogares para atender al cuidado de los niños.

En el total del CB, algo más de un tercio de los niños menores de 6 años concurren a una guardería o jardín. Esta relación crece en un 72% en el CBA1, espacio donde las mujeres jóvenes y en edad central son las más activas de todo el Conurbano Bonaerense. Debe recordarse que en el CBA4 la actividad de las mujeres en edades centrales es -junto a las del CBA1- la más alta. Es por ello que para este grupo en particular se plantea, a diferencia de las del CBA1, la imposibilidad de acceso a una instancia institucional que se haga cargo de los menores durante la jornada laboral, debiendo probablemente recurrir a diversas estrategias que tienden a reconocer a los hermanos mayores o a algún miembro inactivo incorporado al hogar como responsable del cuidado de los más pequeños.

Gráfico 10.5 Cobertura asistencial y asistencia a guardería o jardín entre los menores de 6 años



E. CARACTERIZACIÓN POR ESPACIO SOCIAL

Partiendo de la diferenciación de espacios con relaciones sociales diversas y aproximándose a la caracterización de sus personificaciones socioeconómicas específicas, se ha desarrollado una breve lectura de algunos indicadores referidos a la salud y educación de los grupos de población de mujeres de 15 a 49 años y de menores de 15 años.

A continuación, y en base a la información analizada, se describen las características más salientes de cada uno de los espacios sociales conformados.

CBA1: SAN ISIDRO Y VICENTE LÓPEZ

Los hogares del CBA1 están mejor posicionados en relación al resto del CB, con posibilidades de sostener en la inactividad y en el sistema educativo a los varones jóvenes del espacio pero enfrentándose con un proceso de expulsión del mercado de los jefes de hogar. Esto tiene como contrapartida una mayor ocupación de mujeres tanto jóvenes como adultas, y de varones en edad central en mejores puestos de trabajo: patrones, cuentapropistas o asalariados formales, ejerciendo actividades de calificación profesional y técnica -alta calificación- y con una mejor participación en la distribución de ingresos.

En lo referido al hábitat y la vivienda, estos hogares acceden no solo a niveles adecuados de agua potable sino que además cuentan con los recursos de recolección regular que los posiciona en una situación de calidad habitacional.

Las mujeres del espacio, con altos niveles de cobertura en salud, han incorporado mayoritariamente algunas pautas generales en lo referido al cuidado de la salud y al control de la natalidad. Los niños, más protegidos en su salud en relación al resto de sus pares, parecieran por otra parte estar mejor posicionados en el acceso a la educación tanto formal como informal; más estimulados a edades tempranas tienen mejores posibilidades de garantizar una adecuada inserción en el mundo adulto.

CBA2: AVELLANEDA, MATANZA I, MORÓN, GRAL. SAN MARTÍN Y TRES DE FEBRERO

Los hogares del CBA2 tienen menor propensión a la actividad de los varones y mujeres en edades centrales, siendo las jóvenes el único grupo que participa masivamente. La población ocupada se caracteriza por una importante sobreocupación. Posicionados en menor medida en la industria, adquiriendo importancia relativa en el comercio, los servicios sociales y principalmente en el transporte como asalariados formales y no asalariados lo hacen en ocupaciones de calificación técnica y operativa, y con una participación en el ingreso ligeramente superior a su representación en el total de población.

Los hogares de este espacio acceden a niveles sanitarios necesarios para garantizar buenas condiciones de vida a los miembros que los integran. Por su parte las mujeres, con niveles de afiliación algo superiores al promedio, han incorporado en menor medida las pautas básicas de prevención de la salud en general aunque presentando alta propensión al control de la fecundidad.

Los menores de 15 años, con niveles de afiliación que cubren aproximadamente a 6 de cada 10 niños, poseen las herramientas necesarias para insertarse en el mundo adulto, expresándose fundamentalmente a través del acceso masivo de estos niños al sistema educativo formal. Situaciones de retraso escolar parecieran delinearse con cierto peso al interior del espacio teniendo una fuerte relación con los bolsones de pobreza.

CBA3: ALMIRANTE BROWN, BERAZATEGUI, LANÚS, LOMAS DE ZAMORA Y QUILMES

Los hogares del CBA3, con indicadores similares al promedio, parecen sostener los patrones culturales y estrategias de vida clásicos con fuerte predominio del peso del varón adulto en el sostén económico y de la mujer en el cuidado del hogar y los hijos. Posicionados en el transporte y la construcción, y en menor medida en las actividades industriales (históricamente asentadas en este espacio), se insertan principalmente como asalariados -en muchos casos precarios- en puestos de menor calificación. Su participación en el ingreso es algo inferior a su representación en el total de hogares.

Los hogares de este espacio parecieran reflejar un promedio de la situación del Conurbano Bonaerense en lo referido a las condiciones habitacionales y sanitarias. Sin embargo, al igual que en el total del CB, en dicho promedio existirían situaciones de menor riesgo juntamente con algunas otras que dificultan la calidad de vida de los habitantes. Probablemente un estudio más detallado podrá dar cuenta de estas diferencias.

Las mujeres en edad fértil, con niveles de afiliación similares al CBA2, tienen incorporada en menor medida pautas de prevención y cuidado de su salud. Los niños en edad escolar por su parte acceden a la instancia de educación

formal socialmente legitimada como espacio exclusivo para este grupo, con niveles de retraso escolar similares a los niños del CBA2.

Cabe destacar que los menores de 6 años presentan niveles de falta de afiliación significativos que abarcan a la mitad del universo, convirtiéndose en el grupo más desprotegido del espacio.

CBA4: FLORENCIO VARELA, ESTEBAN ECHEVERRÍA, MERLO, MORENO, GRAL. SARMIENTO, MATANZA 2, SAN FERNANDO Y TIGRE

Los hogares del CBA4 se destacan por una importante participación en la actividad de mujeres y varones adultos y de jóvenes varones. Estos últimos, muchos de ellos jefes de hogar a edades tempranas, se ven impulsados al empleo y la desocupación para sostener a sus jóvenes cónyuges en el cuidado de los hijos.

Los ocupados de este espacio se insertan como asalariados precarios en los puestos de trabajo menos calificados y apreciados socialmente tales como el servicio doméstico y la construcción. Estos hogares son los que acceden a la menor participación en la distribución de los ingresos.

Las condiciones sanitarias y habitacionales registradas los posicionan en una situación de riesgo, careciendo masivamente de agua potable y con menor existencia de servicios regulares de recolección de residuos. Las mujeres en edad fértil, con alto número de hijos, carecen mayoritariamente de un sistema de protección de su salud siendo el grupo que ha incorporado en menor medida pautas de prevención y control de la fecundidad en relación a sus pares de otros espacios.

Los menores de 15 años por su parte, se encuentran ampliamente desprotegidos en cuanto a la cobertura médica y educativa. Muchos de aquellos que están en edad escolar, además de contar con niveles de asistencia al sistema educativo algo inferiores al promedio, reflejan una situación de retraso y permanencia en el sistema que debe ser contemplada a la luz de entender las posibilidades con que cuentan estos niños para desarrollarse con éxito en un futuro mundo adulto.

BIBLIOGRAFÍA

ABEYÁ GILARDÓN, E. y LEJARRAGA H. (1995): *Prevalencia de obesidad en 88.861 varones de 18 años, Argentina 1987*, en Archivos Argentinos de Pediatría, 93:79.

ACOSTA, L., BRAWERMAN, J., LEJARRAGA, H. y VINOCUR, P. (1995): *La Talla de los escolares de primer grado en cuatro jurisdicciones argentinas*, UNICEF Argentina, Buenos Aires.

ACSADI, G. (1993): *La maternidad sin riesgos en América Latina y El Caribe*, en Family Care International, New York.

AGUERRONDO, I. (1993): *Escuela, fracaso y pobreza: cómo salir del círculo vicioso*, O.E.A., Buenos Aires.

BALÁN J. y RAMOS, S. (1990): *Las decisiones anticonceptivas en un contexto restrictivo: El caso de los sectores populares de Buenos Aires*, ponencia presentada en el Seminario sobre Transición de la Fecundidad en América Latina, IUSSP-CELADE-CENEP, Buenos Aires.

BECCARIA, L. y CARCIOFI, R. (1993): *Políticas públicas en la provisión y financiamiento de los servicios sociales, aportes para una agenda de los años noventa*, en Desigualdad y exclusión, UNICEF-Losada, Buenos Aires.

BERMÚDEZ, E. (1990): *La disputa por un territorio*, en Serie Cuadernos del CICSO.

BIELICKI, T. (1986): *Physical Growth as a Measure of the Economic Well-being of Populations: the Twentieth Century*, en TANNER, J.M. y FALKNER, F., Human Growth: a Comprehensive Treatise, 2nd edition, Plenum Press, vol. 3, 283-305, London.

BIELICKI, T. y CHARZEWSKI, J. (1983): *Body Height and Upward Social Mobility*, en Annals of Human Biology 10, 403:408.

BORMAN, S. (1991): *Epidemiology of Acute Respiratory Infection in Children in Developing Countries* Rev. Infect. Dis., 13(56).

BRUNDTLAND G.H., LIESTOL, K. y WALLOE, L. (1980): *Height, Weight and Menarcheal Age of Oslo Schoolchildren During the Last 60 years*, en Annals of Human Biology 7, 307-322.

BRUNSTEIN, F. (1987): *Agua potable en el Gran Buenos Aires: un drama popular*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

LEJARRAGA, H., ABEYÁ GILARDON, E., ANDRADE, J.H. y BOFFI-BIOGGERO, H.J. (1991): *Evaluación del peso y la talla en 88.861 varones de 18 años de la República Argentina: 1987*, en Archivos Argentinos de Pediatría, 89:185-192.

LEJARRAGA, H. y ARMELLINI P. (1993): *Problemas de Crecimiento en el primer año de vida*, PRONAP 93, Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires.

LEJARRAGA, H., MELETTI, I., BIOCCA, S. y ALONSO, V. (1989): *Secular Trend and Enviromental Influences on Growth at Adolescence*, en TANNER, J.M., Auxology 88. Perspectives in the Science of Growth and Development, Smith-Gordon-Nishimura, 211-219.

LEJARRAGA, H., MELETTI, I., BIOCCA, S. y ALONSO, V. (1986): *Peso y talla de 15.214 adolescentes de todo el país. Tendencia secular*, en *Archivos Argentinos de Pediatría*, 84:219-235.

LEJARRAGA, H., MORASSO, M. y LONGO, E. (1984): *Guías para la evaluación del crecimiento y nutrición en el menor de seis años en atención primaria*, Ministerio de Salud y Acción Social, Dirección de Maternidad e Infancia, reimpreso marzo 1988, Buenos Aires.

LEJARRAGA, H. y ORFILA, G. (1987): *Estándares de peso y estatura para niñas y niños argentinos desde el nacimiento hasta los 12 años de edad*, en Archivos Argentinos de Pediatría, 85:209-22, Buenos Aires.

LINDGREN, G. (1976): *Height, Weight and Menarche in Swedish Urban Schoolchildren in Relation to Socio-economic and Regional Factors*, Annals of Human Biology 3, 501-528.

LÓPEZ, E. (1993): *Fecundidad y práctica anticonceptiva en el conurbano de Buenos Aires: Nuevos datos, nuevos interrogantes*, ponencia presentada en las II Jornadas de Estudios de Población de la Argentina-AEPA, Buenos Aires.

LÓPEZ, E. (1994): *Fecundidad y práctica anticonceptiva en el Conurbano de Buenos Aires: nuevos datos, nuevos interrogantes*, Segundas Jornadas Argentinas de Estudios de Población, 1993 (en prensa Honorable Senado de la Nación)

LUELMO, F. (1988): *El control de las patologías más frecuentes: infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y Programa Ampliado de Inmunización*, en Crecimiento y Desarrollo. Hechos y Tendencias, OPS, Publicación Científica N° 510.

LLOMOVATE, S. (1991): *Adolescentes entre la escuela y el trabajo*, FLACSO-Miño y Dávila editores, Buenos Aires.

MALINA, R.M., SELBY, H.A., BRESCHANY, P.A. y ARONSON, W.L. (1990): *Growth Status of Schoolchildren in a Rural Zapotec Community in the Valley of Oaxaca, Mexico, in 1968 and 1978*, Annals of Human Biology, 7, 367-374.

MALINA, R.M. y XAVALETA, A.N. (1980): *Secular Trend in Stature and Weight of Mexican-Amerindian Children in Texas Between 1930 and 1978*, American Journal of Physical Anthropology, 52, 453-62.

MANTEROLA A., GENTILE, A.S., BODINO, J. y LOPEZ, E. (1990): *Presente y futuro de las inmunizaciones*, Serie Paltex N° 22, OPS/OMS.

MARSUMOTO, K. (1982): *Secular Acceleration of Growth in Height in Japanese and its Social Background*, Annals Of Human Biology 9, 399-410.

MARTORELL, R. (1985): *Child Growth Retardation: a Discussion of its Causes and of its Relationships to Health*, In BLAXTER K.L., WATERLOW J.C. eds., Nutritional adaptation in Man, John Libbey, 13-30, London.

MARTORELL, R., RIVERO, J., KAPLOWITZ, G. y POLLIT, E. (1992): *Long Term Consequences of Growth Retardation During Early Childhood*, en HERNÁNDEZ, M., ARGENTE, J. eds. Human Growth: Basic and Clinical Aspects, Elsevier, 143-149, Amsterdam.

MC LAUGHLIN, F.J., ALTEMEIER, W. CHRISTENSEN M., SHERROD K., DIETRICH M. y STERN D. (1992): *Randomized Trial on Comprehensive Prenatal Care For Low-income Women: Effect on Infant Birth Weight*, en Pediatrics, 89.

MÉNDEZ RIBAS, J., NECCHI, S. Y SCHUFER, M. (1995): *Iniciación sexual en adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires*, trabajo presentado en las III Jornadas de Estudios de Población de la Argentina-AEPA, La Pampa.

MESSERE, M. y HOSZOWSKI, A. (1994): *Agrupamiento de los partidos del Conurbano Bonaerense*, Documento de trabajo del INDEC, Buenos Aires.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE PERÚ, DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA (1993): I Censo nacional de talla en los escolares 1993. *Niveles nutricionales en los centros educativos del departamento de Arequipa*, Lima.

MINISTERIO DE SALUD PROVINCIA DE BUENOS AIRES, PROGRAMA MATERNO INFANTIL (1995): *Infecciones respiratorias agudas. Revisión bibliográfica*, La Plata.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, (1991), *Compromiso Nacional en favor de la madre y el niño.*

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, SECRETARÍA DE SALUD, DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS DE SALUD (1992a): *Peso al nacer y mortalidad infantil, año 1989, Programa Nacional de Estadísticas de Salud*, N° 65, Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (1992b): *Mortalidad materna en áreas seleccionadas, año 1985*, Serie 8, N° 13, Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (1993a): *Plan Nacional de acción en favor de la madre y el niño*, Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (1993b): *Estadísticas Vitales*, Serie 5, Nº 37, Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, SECRETARÍA DE SALUD, DIRECCIÓN DE MATERNIDAD E INFANCIA (1994): *Manual metodológico de capacitación del equipo de salud en crecimiento y nutrición de madres y niños*, MSAS, Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, SECRETARÍA DE RECURSOS Y PROGRAMAS DE SALUD (1995): *Evaluación del estado nutricional de la población de varones de 18 años, Argentina 1992-1993*, en prensa, MSAS, Buenos Aires.

MONTEIRO, C.A. y AQUINO BENICIO, DA CRUZ GOUVEIA, N. (1994): *Secular Growth Trends in Brazil Over Three Decades*, Annals of Human Biology, 21, 4, 381-390.

MONZA, A. (1995): *Situación ocupacional y perspectivas del mercado de trabajo en la Argentina*, en *Libro blanco sobre el empleo*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Buenos Aires.

MOORE, T., ORIGEL W., KEY T. y RESNIK R. (1986): *The Perinatal and Economic Impact of Prenatal Care in a Low-socioeconomic Population*, en *Am. J.Obstet Gynecol, 154.*

MORALES, E. (1988): *Canasta básica de alimentos. Gran Buenos Aires*, Serie Documentos de Trabajo Nº 3, INDEC, Buenos Aires.

MORANO, C. (1989): *Mujer y salud: el modelo médico hegemónico y la salud de las mujeres*, Universidad de Buenos Aires, Carrera de Post Grado en estudios de la Mujer, Buenos Aires.

MORANO, C. (1991): *Conurbano Bonaerense: aproximación a la determinación de hogares y población en riesgo sanitario a través de la Encuesta de Hogares*, Documento de trabajo del INDEC, Buenos Aires.

MORANO, C. y LORENZETTI, A. (1994): *Conurbano Bonaerense. Los distintos espacios sociales y sus personificaciones socioeconómicas. Evolución reciente*, presentado en el Segundo Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, agosto de 1994, Buenos Aires.

MUNDIGO, A. (1994): *Aborto y anticoncepción en América Latina: ¿Nuevos comportamientos o continuación de antiguas tendencias?*, en La transición demográfica en América Latina y El Caribe, Vol. II, INEGI-UNAM-PROLAP, México.

NACIONES UNIDAS (1989): *Adolescent reproductive Behaviour*, Vol. I y II, New York.

NACIONES UNIDAS (1990): *Cumbre mundial en favor de la Infancia*, New York.

NACIONES UNIDAS (1994): *Human Development Report*, Oxford University Press, New York.

OBERT, P., FELLMAN, N., FALGAIRETTE, G., BEDU, M., VAN PRAAGH, E., KEMPER H., POST, B., SPIELVOGEL, H., TELLEZ, V., QINTELA, A. y COUDERT, J. (1994): *The Importance of Socioeconomic and Nutritional Conditions Rather than Altitude on the Physical Growth of Prepubertal Andean Highland Boys*, Annals of Human Biology, vol. 21, 2, 145-154.

ONIS, M. de, MONTEIRO, C., AKRE, J. y CLUGSTON, G. (1993): *Bulletin of the World Health Organization*, N° 71, 703-712.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986): *Boletín de la OMS*, N° 64, OMS, Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1995): *La salud de la mujer*, en *Resumen de orientación*, OMS, Ginebra.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1987): *Manual de tratamiento de la diarrea*, Serie Paltex, N° 13, OPS, Washington.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992): *Bases técnicas para las recomendaciones de la OPS/OMS sobre el tratamiento de la neumonía en niños en el primer nivel de atención*, OPS, Washington.

PANTELIDES, E.A. (1989): *La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX*, Cuadernos del CENEP N° 41, Buenos Aires.

PANTELIDES, E.A. y GIUSTI, A. (1991): *Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985*, Serie 8, N° 11, Buenos Aires.

PANTELIDES, E.A. y CERRUTI, M. (1992): *Conducta Reproductiva y Embarazo en la Adolescencia*, Cuadernos del CENEP N° 47, Buenos Aires.

PORFIRI, N., SPOTTI, M., PETRIZ, G., LEJARRAGA, H., MEDINA, N. y CUSMINSKY, M. (1976): *Effect of Age, Socioeconomic Level, Maternal Education and Paternal Occupation on Intellectual Quotient of 1755 Normal Girls and Boys Aged 4-12 Years Living in La Plata City: a Cross-sectional Study*, Journal of Pediatrics, 326.

RAMOS, S. (1988): *La maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*, Universidad de Buenos Aires, Carrera de Post Grado en Estudios de la Mujer, Buenos Aires.

ROFMAN, A. y MARQUÉS, N. (1988): *Desigualdades regionales en la Argentina. Su evolución desde 1970*, CEUR, Buenos Aires.

RONA, R. (1981): *Genetics and Enviromental Factors in the Control of Growth in Childhood*, British Medical Bulletin, vol. 37, N° 3, 265-272.

RONA, R. y CHINN, S. (1986): *National Study of Health and Growth: Social and Biological Factors Associated with Height of Children from Ethnic Groups Living in England*, Annals of Human Biology, 13, 453-471.

SANDIFORD, P., CASSEL, J., MONTENEGRO, M. y SÁNCHEZ, G. (1995): *The Impact of Women's Literacy on Child Health and its Interaction With Access To Health Services*, en Population Studies N° 49.

SARASQUETA P. de, HIDALGO, S., SIMINOVICH, M., BARBOSA, P., GAMBA, L., GARCÍA, A., BERBERIAN, G. (1993): *Mortalidad posneonatal por infecciones respiratorias bajas. Antecedentes adversos de la salud y fallas del proceso de atención*, en Medicina Infantil, Vol. I, N° 1.

SCHUFER DE PAIKIN, M., PRECE, G., NECCHI, S. Y ADAMO. M. (1990): *Estrategias familiares en relación a la atención de la salud. Estudio descriptivo de las ciudades de Buenos Aires y de San Salvador de Jujuy*, Informe CONICET, Buenos Aires.

SCHWARCZ, R. (1992): *Obstetricia*, El Ateneo, Buenos Aires.

SEGUNDA REUNIÓN AMERICANA SOBRE INFANCIA Y POLÍTICA SOCIAL, (1994), Compromiso de Nariño.

TANNER, J.M. (1966): *Galtonian Eugenics And the Study of Growth. The Relation of Body Size, Intelligence Test Score and Social Circunstances in Children and Adults*, Eugenics Review, 58, 122-159.

TANNER, J.M. (1969): *Growth at adolescence*, Blackwell, Oxford.

TANNER, J.M. (1981): *A history of the study of Human Growth*, Cambridge University Press.

TENTI FANFANI, E. (1993): *La escuela vacía*, UNICEF-Losada, Buenos Aires.

TENTI FANFANI, E. (1992): *La escuela en el círculo vicioso de la pobreza*, en Cuesta abajo, UNICEF-Losada, Buenos Aires.

THOMSON, A.M. (1959): *Maternal Stature and Reproductive Efficiency*, Eugenics Review 51:157-162.

TORRADO, S. (1993): *Procreación en la Argentina*, Hechos e ideas, Ediciones de la Flor, Buenos Aires.

ULIZZI, L. y TERRENATO, L. (1982): *A Comparison Between Secular Trends in Stature and of Some Socio-economic Factors in Italy*, Journal of Human Evolution, 11, 715-720.

UNICEF (1990): *Estrategias para la infancia en el decenio de 1990*, UNICEF, New York.

UNICEF (1991): *Compromiso nacional en favor de la madre y el niño. Metas y líneas de acción.*

UNITED NATIONS (1990): *Appropriate Uses of Anthropometric Indices in Children, ACC/SCN State-of the art-series.* Nutrition policy discussion paper, N° 7, Beaton, G., Kelly, A., Kevany, J., R. Martorell, and J. Mason, December, Geneva.

VAN WIERINGEN, J.C., WAFELBAKKER, F., VERBRUGGE, H.P. y HAAS, J.H. (1965): *Growth Dingrams*, Netherlands, Walter, Groningen.

WHO (1976): *New Trends and Approaches in the Delivery of Maternal and Child Care Services. Sixth Report of the Expert Committee on Maternal and Child Care*, WHO technical report series, number 600, World Health Organization, Ginebra.

WORLD BANK (1988): "*Argentina, Social Sectors in Crisis*", A World Bank Country Study, Washington.

YIP, R. y VICTORA, G. (1994): "*Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*", Report of the Subcommittee for Children of the WHO Expert Committee, on M. de Onis, Ed, WHO, Geneva.

ANEXO

FORMULARIOS

REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE ECONOMIA
Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS
SECRETARIA DE PROGRAMACION ECONOMICA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

I D E N T I F I C A C I O N

2–5 Código de Area	6–10 Nº orden de listado	11 Vivienda Nº	12 Hogar Nº	13 Nº de orden	14 Año

CODIGO DE AREA

NUMERO DE ORDEN DE LISTADO

Este cuestionario es una reducción del habitualmente utilizado y su uso es de carácter transitorio.

Nº de componente (15–16)

Respondente

T.3 (17)

Entrevista realizada o no

1 – HA TRABAJADO EN LA SEMANA (18)

DEL..... AL..... ?

SI ☐ 1 — NO ☐ 2 (pasar a preg.4)

2 – RECIBE ALGUN PAGO POR SU TRABAJO? (19)

SI ☐ 1 (pasar a preg.12) — NO ☐ 2 — ☐ 9

3 – HA TRABAJADO... (20)

...Menos de 15 horas? ☐ 1 (pasar a preg.7)

...15 o más horas ? ☐ 2 (pasar a preg.12) — ☐ 9

4 – AUNQUE NO HAYA TRABAJADO, TENIA USTED ALGUNA OCUPACION? (21)

SI ☐ 1 — NO ☐ 2 (pasar a preg.7) — ☐ 9

5 – NO TRABAJO EN SU OCUPACION DURANTE ESA SEMANA POR... (22)

...Suspensión (asalariado) ? ☐ 1 (pasar a preg.6)

...Falta de trabajo (cta.prop.) ? ☐ 2 (pasar a preg.7)

...Enfermedad ? ☐ 3

...Huelga ? ☐ 4

...Vacaciones o licencia ? ☐ 5

...Otros (especificar) ☐ 8

(pasar a preg.17)

☐ 9

6 – ES LA SUSPENSION... (23)

...Menor de 1 mes ? ☐ 1 (pasar a preg.17)

...De 1 a 3 meses ? ☐ 2

...Mayor de 3 meses ? ☐ 3

☐ 9

7 – HA BUSCADO TRABAJO EN LA SEMANA DEL.....AL..... (24)

SI ☐ 1 (pasar a preg.32) — NO ☐ 2 — Para suspendidos de 1 a 3 meses pasar a preg.17

☐ 9

8 – NO BUSCO ... (25)

... Porque no quiere trabajar? ☐ 1 (pasar a preg.11)

... Por estar enfermo? ☐ 2

... Por tener trabajo asegurado? ☐ 3

... Porque cree no poder encontrarlo? ☐ 4

... Porque espera contestación de un trabajo futuro? ☐ 5

... Por causas momentáneas? ☐ 7

... Por otras razones (especificar) ☐ 8

(pasar a preg.32)

☐ 9

9 – DESEARIA USTED TRABAJAR? (26)

SI ☐ — NO ☐ (pasar a preg.11)

10 – DESEARIA TRABAJAR?

... Menos de 15 horas ☐ — ... 15 o más horas ☐

11 – ES USTED... (27)

... Jubilado o pensionado? ☐ 1

... Rentista? ☐ 2

... Estudiante? ☐ 3

... Ama de casa? ☐ 4

... Menor de 6 años? ☐ 5

... Incapacitado? ☐ 6

... Otros (especificar) ☐ 9

(pasar a preg.47)

☐ 9

1 – [illegible]

12 - CUANTAS OCUPACIONES TIENE USTED? T_4 17

13 - CUANTAS HORAS SIN CONTAR HORAS EXTRAS HA TRABAJADO USTED EN LA SEMANA DEL ..... AL..... EN CADA UNA DE SUS OCUPACIONES?

Días	Principal	Secundaria	Otras
Domingo			
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			

14 - CUANTAS HORAS EXTRAS HA TRABAJADO EN LA SEMANA?

15 - TOTAL DE HORAS TRABAJADAS EN LA SEMANA 48-49

16 - DESEARIA TRABAJAR MAS HORAS? 50

SI ☐ 1 NO ☐ 2 ☐ 9

CONSULTE SI TIENE MAS DE UNA OCUPACION

EN SU OCUPACION PRINCIPAL.... (Preg. 17 a 23) 52

17 - Es Usted...

... Patron o empleador? ☐ 1

... Trabajador por su cuenta? ☐ 2

... Obrero o empleado? ☐ 3

... Trabajador sin salario? ☐ 4

18 - A QUE SE DEDICA O QUE PRODUCE EL ESTABLECIMIENTO DONDE TRABAJA? 53-55

19 - CUANTAS PERSONAS TRABAJAN EN ESE ESTABLECIMIENTO? 56

No sabe	☐	26 a 50	☐ 5
1	☐ 1	51 a 100	☐ 6
2 a 5	☐ 2	101 a 500	☐ 7
6 a 15	☐ 3	501 o más	☐ 8
16 a 25	☐ 4		

20 - CUAL ES EL NOMBRE DE SU OCUPACION?... 57-58

Y QUE TAREA REALIZA EN ELLA?

21 - CUANTO GANA EN ESA OCUPACION?... 59-62

durante un período de ....../..... días 63-64

22 - CUANTO TIEMPO HACE QUE ESTA EN ESA OCUPACION? 65

(Sólo para obreros y empleados de la pregunta 17) 66-67

23 - EN ESA OCUPACION GOZA USTED DE...

... Indemnización por despido? (12) ☐

... Vacaciones? (08) ☐

... Aguinaldo? (04) ☐

... Jubilación? (02) ☐

... Seguro de trabajo? (16) ☐

... Otros (especificar) (01) ☐

... Ninguno (especificar) (00) ☐

↓ (Pasar a preg. 29)

PARA TODOS LOS OCUPADOS

29 - BUSCA OTRA OCUPACION? 77

SI ☐ 1 NO ☐ 2

↓ (Pasar a preg. 47)

OBSERVACIONES

DESOCUPADOS

32 - CUANTO TIEMPO HACE QUE ESTA BUSCANDO TRABAJO? T. 6 17

33.- BUSCA TRABAJAR, PARA... 18

...Cubrir el presupuesto básico del hogar ☐ 1
...Complementar el presupuesto básico del hogar ☐ 2
...Aportar a otros gastos del hogar ☐ 3
...Solventar sus gastos personales ☐ 4

37 - HA TENIDO USTED ALGUNA OCUPACION ANTERIORMENTE? 24

SI ☐ 1 NO ☐ 2 (pasar a preg. 47)

38 - EN SU OCUPACION ANTERIOR, ERA USTED... 25

...Patrón o empleador? ☐ 1
...Trabajador por su cuenta? ☐ 2
...Obrero o empleado? ☐ 3
...Trabajador sin salario? ☐ 4

☐ 9

39 - A QUE SE DEDICABA O QUE PRODUCIA EL ESTABLECIMIENTO EN QUE USTED TRABAJABA? 26 - 28

40 - CUANTAS PERSONAS TRABAJABAN EN ESE ESTABLECIMIENTO? 29

No sabe	☐	26 a 50	☐ 5
1	☐ 1	51 a 100	☐ 6
2 a 5	☐ 2	101 a 500	☐ 7
6 a 15	☐ 3	501 o más	☐ 8
16 a 25	☐ 4		

☐ 9

41 - CUAL ERA EL NOMBRE DE SU OCUPACION?... 30 - 31

Y QUE TAREA REALIZABA EN ELLA?

42 - ¿Cuál fue la causa fundamental por la que se quedó sin ocupación?

- Por retiro voluntario del sector público ☐ 1
- Porque le pagaban poco ☐ 2
- Porque era una tarea por debajo de su capacitación ☐ 3
- Porque lo despidieron ☐ 4
- Por falta de trabajo (cta. propia) ☐ 5
- Por finalización de trabajo temporario ☐ 6
- Por jubilación ☐ 7
- Por otras causas laborales *(especificar)* ☐ 8
- Por otros motivos personales *(especificar)* ☐ 9

INGRESOS

PARA FINALIZAR CON LO REFERENTE AL TRABAJO

47 - PODRIA INDICARNOS SUS INGRESOS MENSUALES EN EFECTIVO? T. 3

SIN INGRESOS	28		
Como obrero o empleado	29	30	33
Como trabajador por cuenta propia	34	35	38
Utilidades y beneficios	39	40	43
Alquileres, rentas, intereses y dividendos	44	45	48
Jubilación o pensión	49	50	53
Otros ingresos	54	55	58
INGRESO TOTAL		59	62

Tiene ingresos en especie? SI ☐ NO ☐

EDUCACION

54 - SABE LEER Y ESCRIBIR? 71

SI ☐ 1 NO ☐ 2

55 - ASISTE O ASISTIO A LA ESCUELA? 72

Asiste ☐ 1 Asistió ☐ 2 Nunca asistió ☐ 3 (pasar a preg. 59)

56 - QUE ESTUDIO CURSA O CURSO? 73

(Indique sólo el nivel más alto alcanzado)

- 0 - Pre-escolar ☐ 0 (pasar a preg. 59)
- 1 - Primario ☐ 1
- 2 - Nacional ☐ 2
- 3 - Comercial ☐ 3
- 4 - Normal ☐ 4
- 5 - Técnica ☐ 5
- 6 - Otra enseñanza media ☐ 6
- 7 - Superior ☐ 7
- 8 - Universitario ☐ 8

(pasar a preg. 58)

☐ 9

57 - CUAL ES LA CARRERA O ESPECIALIDAD QUE CURSA O CURSO?

58 - FINALIZO ESTE ESTUDIO? 74

SI ☐ 1 (pasar a preg. 59) NO ☐ 2 (pasar a preg. 59)

☐ 9

3 - Individual

MIGRACIONES

59 - ¿Dónde nació?

- En esta ciudad..... ☐ 1
- En otro lugar de esta provincia *(especificar)*..... ☐ 2
- En otra provincia *(especificar)*..... ☐ 3
- En otro país *(especificar)*..... ☐ 4

60 - ¿Ha vivido fuera de esta ciudad (área de relevamiento) más de seis meses?

SI ☐ 1 NO ☐ 2

SOLO PARA OCUPADOS
- De Gran Buenos Aires (pasar a preg. 63)
- De Posadas, Formosa, Resistencia, Corrientes Santa Fe, Paraná, Neuquén (pasar a preg. 64)
- Para el resto, fin entrevista

61 - ¿Dónde? (anotar el último lugar)

- En otro lugar de esta provincia *(especificar)*..... ☐ 2
- En otra provincia *(especificar)*..... ☐ 3
- En otro país *(especificar)*..... ☐ 4

62 - ¿Desde cuándo está viviendo en forma continua en esta ciudad?

Año Mes (para últimos cinco años)

19.... .....

No sabe año ☐ → OBSERVACIONES:.....

SOLO PARA OCUPADOS

- De Gran Buenos Aires (pasar a preg. 63)
- De Posadas, Formosa, Resistencia, Corrientes, Santa Fe, Paraná, Neuquén (pasar a preg. 64)
- Para el resto, fin entrevista

SOLO PARA OCUPADOS DE G.B.A.

63 - Trabaja Ud. en...

		OCUP. PPAL	OCUP. SEC.
- Capital Federal.....	☐ 1	☐ 1	☐ 2
- 19 Partidos de Conurbano....	☐ 2	☐ 1	☐ 2
- Otro lugar *(especificar)*.....	☐ 3	☐ 1	☐ 2

SOLO PARA OCUPADOS DE LAS SIGUIENTES CIUDADES:
Posadas, Formosa, Resistencia, Corrientes, Santa Fe, Paraná, Neuquén.

64 - ¿Trabaja fuera de esta ciudad?

SI ☐ 1 NO ☐ 2 (Fin entrevista)

65 - Ese trabajo es...

	SI	NO
a) Su ocupación principal	☐ 1	☐ 2
b) Su ocupación secundaria (y otras)	☐ 1	☐ 2

66 - ¿Dónde trabaja?

- En otro lugar de esta provincia *(especificar)*..... ☐ 2
- En otra provincia *(especificar)*..... ☐ 3
  provincia localidad
- En otro país *(especificar)*..... ☐ 4
  país localidad

(Fin entrevista)

Observaciones:

Visitas realizadas para completar este cuestionario individual

1° / / Hora.....
2°. / / Hora.....
3° / / Hora.....

INDEC
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE ECONOMIA
Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS
SECRETARIA DE PROGRAMACION ECONOMICA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

INDEC

II

ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES

Módulo para el monitoreo de metas sociales

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

IDENTIFICACION

Area				Nº en listado				Viv.	Hog	O.	Año	

Para el Hogar

Entrevista realizada SI ☐ 1

No ☐ 0

Respondente ☐☐

VIVIENDA

24 Tipo de la vivienda

- Casa ☐ 1
- Departamento ☐ 2
- Vivienda en lugar de trabajo ☐ 3
- Inquilinato ☐ 4
- Hotel o pensión ☐ 5
- Vivienda no destinada a fines habitacionales ☐ 6
- Vivienda en villa ☐ 7
- Otro (especificar) ☐ 8

.....

25 ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda? ☐☐

26 ¿Cuántas habitaciones son de uso exclusivo del hogar? ☐☐

27 ¿Dispone este hogar de luz eléctrica?

Si ☐ 1 No ☐ 2

28 ¿Dispone de agua...

- ...por cañería dentro de la vivienda? ☐ 1
- ...fuera de la vivienda pero dentro del terreno? ☐ 2
- ...fuera del terreno? ☐ 3

29 Obtiene el agua a través de...?

- ...red pública *(agua corriente)* ☐ 1
- ...perforación con bomba a motor ☐ 2
- ...perforación con bomba manual ☐ 3
- ...otras vías *(especificar)* ☐ 8

.....

30 La vivienda tiene inodoro con descarga de agua (botón, cadena, etc.)?

Si ☐ 1 No ☐ 2 (pasa a preg. 33)

31 Ese baño, ¿es...

- ...de uso exclusivo de los miembros del hogar? ☐ 1
- ...de uso compartido con otro hogar? ☐ 2

32 ¿El desagüe del inodoro o retrete es...

- ...a red pública? (cloaca) ☐ 1
- ...a cámara séptica y pozo ciego? ☐ 2
- ...sólo a pozo ciego? ☐ 3

pasa a pregunta 33

33 ¿Cuál es el material predominante en los pisos?
(de la parte de la vivienda ocupada por el hogar)

- Mosaico, madera, cerámica, alfombra o plástico ☐ 1
- Cemento o ladrillo fijo ☐ 2
- Tierra o ladrillo suelto ☐ 3
- Otros materiales *(especificar)* ☐ 8

.....
.....
.....

34 ¿Cuál es el material predominante en las paredes?
(de la parte de la vivienda ocupada por el hogar)

- Mampostería ☐ 1
- Madera ☐ 2
- Fibrocemento o metal ☐ 3
- Adobe ☐ 4
- Deshechos, cartón o chorizo ☐ 5
- Otros materiales *(especificar)* ☐ 8

.....
.....
.....
.....
.....

35 ¿Cómo se elimina la basura?

- Por recolección
  - diaria ☐ 1
  - regular con otra frecuencia ☐ 2
  - de vez en cuando ☐ 3
- Se la entierra ☐ 4
- Se la quema ☐ 5
- Se la tira fuera del terreno ☐ 6
- Otras formas *(especificar)* ☐ 8

.....

36 ¿Es...

- ...propietario de la vivienda y el terreno? ☐ 1
- ...propietario de la vivienda solamente? ☐ 2
- ...inquilino o arrendatario? ☐ 3
- ...ocupante con relación de dependencia? ☐ 4
- ...ocupante por préstamo, cesión o permiso? ☐ 5
- ...ocupante de hecho de la vivienda? ☐ 6
- ...otro? *(especificar)* ☐ 8

.....
.....

Pase a cuestionarios individuales (EPH - Módulo)

Observaciones: .....

REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE ECONOMIA
Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS
SECRETARIA DE PROGRAMACION ECONOMICA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

INDEC

IV

ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES

Módulo para el monitoreo de metas sociales

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

IDENTIFICACION

Area				Nº en listado					Vivi	Hog	O	Año

Mujeres de 15 a 49 años

Componente ☐☐

Entrevista realizada SI ☐ 1

No ☐ 0 — Ausencia ☐ 1 / Rechazo ☐ 2 / Otro ☐ 3

AUTORRESPONDENTE

AFILIACION

1 ¿Está afiliada a algún sistema de atención de la salud como obra social, mutual o prepago?

SI ☐ 1 — No ☐ 2 pasa a preg. 4

2 ¿A cuántos?

Sólo a uno ☐ 1
A más de uno ☐ 2

3 ¿Es...
(En caso de más de una, registre la que más utilice)

...una obra social *(afiliación obligatoria)* ☐ 1
...una mutual o prepago *(afiliación voluntaria)* ☐ 2
...otro sistema *(especificar)* ☐ 8

.....

.....

ATENCION GINECOLOGICA

4 Durante el último año, ¿consultó con algún médico ginecólogo?

SI ☐ 1 — No ☐ 2 pasa a preg. 6

5 ¿A qué distancia de su domicilio estaba o está el lugar donde hizo la consulta?

A menos de 10 cuadras ☐ 1
Entre 10 y 20 cuadras ☐ 2
A más de 20 cuadras ☐ 3
} pasa a preg. 7

6 ¿A qué distancia de su domicilio estaba o está el lugar donde podría haber consultado?

A menos de 10 cuadras ☐ 1
Entre 10 y 20 cuadras ☐ 2
A más de 20 cuadras ☐ 3

FECUNDIDAD

7 ¿Está embarazada?

SI ☐ 1 — No ☐ 2

8 ¿Estuvo embarazada anteriormente aunque lo haya perdido?

SI ☐ 1 — No ☐ 2 pasa a preg. 43

9 ¿Cuántos embarazos tuvo anteriormente?
(incluidos los embarazos perdidos)

☐☐☐

10 De esos embarazos ¿cuántos hijos nacidos con vida tuvo? *(incluya a los fallecidos después de nacer con vida)*

☐☐ hijos — Ninguno ☐ 88 pasa a preg. 14

11 ¿Cuántos de esos hijos...
(Considere el total declarado en la preg. 10)

1 ...viven actualmente en este hogar? ☐☐
2 ...viven en otro hogar? ☐☐
3 ...han fallecido? ☐☐

14 ¿Perdió algún embarazo?

SI ☐ 1 — No ☐ 2

Cuántos ☐☐

pasa a preg. 15

15 ¿Tuvo algún hijo nacido con vida desde el 1º de enero de 1991 a la semana de referencia?

Si ☐ 1 ⇩ ¿Cuántos? ☐☐ — No ☐ 2 pasa a pregunta 43

HISTORIA DE EMBARAZOS

Datos del niño

	Último hijo	Penúltimo hijo	Antepenúltimo hijo
16 Nombre	.....	.....	.....
17 Fecha en la que nació	☐☐ Día ☐☐ Mes ☐☐ Año	☐☐ Día ☐☐ Mes ☐☐ Año	☐☐ Día ☐☐ Mes ☐☐ Año
18 ¿Está viviendo en este hogar?	Sí ☐ 1 pasa a preg. 20 No ☐ 2 pasa a preg. 21 Falleció ☐ 3 pasa a preg. 19	Sí ☐ 1 pasa a preg. 20 No ☐ 2 pasa a preg. 21 Falleció ☐ 3 pasa a preg. 19	Sí ☐ 1 pasa a preg. 20 No ☐ 2 pasa a preg. 21 Falleció ☐ 3 pasa a preg. 19
19 ¿En qué fecha falleció?	☐☐ Día ☐☐ Mes ☐☐ Año pasa a pregunta 21	☐☐ Día ☐☐ Mes ☐☐ Año pasa a pregunta 21	☐☐ Día ☐☐ Mes ☐☐ Año pasa a pregunta 21
20 Número de componente	☐☐	☐☐	☐☐

El Embarazo: Atención Médica

21 ¿Cuántos controles médicos realizó durante el embarazo?	Ninguno ☐ 1 pasa a preg. 26 menos de 5 controles ☐ 2 5 ó más controles ☐ 3	Ninguno ☐ 1 pasa a preg. 26 menos de 5 controles ☐ 2 5 ó más controles ☐ 3	Ninguno ☐ 1 pasa a preg. 26 menos de 5 controles ☐ 2 5 ó más controles ☐ 3
22 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando hizo el primer control?	3 meses o menos ☐ 1 4 a 6 meses ☐ 2 7 meses o más ☐ 3	3 meses o menos ☐ 1 4 a 6 meses ☐ 2 7 meses o más ☐ 3	3 meses o menos ☐ 1 4 a 6 meses ☐ 2 7 meses o más ☐ 3
23 ¿Dónde realizó el primer control?	Hospital Público ☐ 1 Unidad Sanitaria o "Salita" ☐ 2 Establecimiento privado ☐ 3 Consultorio particular ☐ 4	Hospital Público ☐ 1 Unidad Sanitaria o "Salita" ☐ 2 Establecimiento privado ☐ 3 Consultorio particular ☐ 4	Hospital Público ☐ 1 Unidad Sanitaria o "Salita" ☐ 2 Establecimiento privado ☐ 3 Consultorio particular ☐ 4
24 ¿Pagó Ud. la consulta? *(o algún otro componente del hogar)*	Sí, en forma total ☐ 1 pasa a preg. 26 Sí, en forma parcial ☐ 2 No pagó ☐ 3	Sí, en forma total ☐ 1 pasa a preg. 26 Sí, en forma parcial ☐ 2 No pagó ☐ 3	Sí, en forma total ☐ 1 pasa a preg. 26 Sí, en forma parcial ☐ 2 No pagó ☐ 3
25 ¿Quién se hizo cargo del pago, total o parcialmente?	*(Alternativas no excluyentes)* Obra Social ☐ 1 Mutual o prepago ☐ 2 Hospital Público o "Salita" ☐ 3 Otro ☐ 8	*(Alternativas no excluyentes)* Obra Social ☐ 1 Mutual o prepago ☐ 2 Hospital Público o "Salita" ☐ 3 Otro ☐ 8	*(Alternativas no excluyentes)* Obra Social ☐ 1 Mutual o prepago ☐ 2 Hospital Público o "Salita" ☐ 3 Otro ☐ 8
26 Durante el embarazo ¿le aplicaron la vacuna contra el tétano?	Sí ☐ 1 No ☐ 2 No recuerda ☐ 0 pasa a pregunta 27	Sí ☐ 1 No ☐ 2 No recuerda ☐ 9 pasa a pregunta 27	Sí ☐ 1 No ☐ 2 No recuerda ☐ 9 pasa a pregunta 27

El Embarazo: Otra Asistencia

	Nombre:	Nombre:	Nombre: .....
27 ¿Recibió leche en polvo durante el embarazo?	Si ☐ 1 No ☐ 2	Si ☐ 1 No ☐ 2	Si ☐ 1 No ☐ 2
28 ¿Percibió Ud. o su esposo la asignación prenatal?	Si ☐ 1 No ☐ 2 N/S ☐ 9	Si ☐ 1 No ☐ 2 N/S ☐ 9	Si ☐ 1 No ☐ 2 N/S ☐ 9

El parto

29 ¿Fue...	...por cesárea? ☐ 1 ...con fórceps? ☐ 2 ...normal ☐ 3	...por cesárea? ☐ 1 ...con fórceps? ☐ 2 ...normal ☐ 3	...por cesárea? ☐ 1 ...con fórceps? ☐ 2 ...normal ☐ 3
30 ¿Quién la asistió en el momento del nacimiento?	Un médico ☐ 1 Una partera ☐ 2 Una enfermera ☐ 3 Una comadrona o matrona ☐ 4 Otra persona ☐ 8	Un médico ☐ 1 Una partera ☐ 2 Una enfermera ☐ 3 Una comadrona o matrona ☐ 4 Otra persona ☐ 8	Un médico ☐ 1 Una partera ☐ 2 Una enfermera ☐ 3 Una comadrona o matrona ☐ 4 Otra persona ☐ 8
31 ¿Dónde la atendieron?	Hospital Público ☐ 1 Unidad Sanitaria o "Salita" ☐ 2 Establecimiento privado ☐ 3 Su casa u otra casa ☐ 4 Otro lugar *(especificar)* ☐ 8	Hospital Público ☐ 1 Unidad Sanitaria o "Salita" ☐ 2 Establecimiento privado ☐ 3 Su casa u otra casa ☐ 4 Otro lugar *(especificar)* ☐ 8	Hospital Público ☐ 1 Unidad Sanitaria o "Salita" ☐ 2 Establecimiento privado ☐ 3 Su casa u otra casa ☐ 4 Otro lugar *(especificar)* ☐ 8 .....
32 ¿Pagó Ud. el parto? *(o algún otro componente del hogar)*	Sí, en forma total ☐ 1 pasa a preg. 34 Sí, en forma parcial ☐ 2 No pagó ☐ 3	Sí, en forma total ☐ 1 pasa a preg. 34 Sí, en forma parcial ☐ 2 No pagó ☐ 3	Sí, en forma total ☐ 1 pasa a preg. 34 Sí, en forma parcial ☐ 2 No pagó ☐ 3
33 ¿Quién se hizo cargo del pago, total o parcialmente?	*(Alternativas no excluyentes)* Obra Social ☐ 1 Mutual o prepago ☐ 2 Hospital Público o "Salita" ☐ 3 Otro ☐ 8	*(Alternativas no excluyentes)* Obra Social ☐ 1 Mutual o prepago ☐ 2 Hospital Público o "Salita" ☐ 3 Otro ☐ 8	*(Alternativas no excluyentes)* Obra Social ☐ 1 Mutual o prepago ☐ 2 Hospital Público o "Salita" ☐ 3 Otro ☐ 8
34 ¿Cuántos días permaneció internada?	1 ☐☐ días ☐ 2 no estuvo internada pasa a pregunta 35	1 ☐☐ días ☐ 2 no estuvo internada pasa a pregunta 35	1 ☐☐ días ☐ 2 no estuvo internada pasa a pregunta 35

Observaciones 1: Indique si alguno de los hijos declarados en el bloque es:

- mellizo ☐ 1 especificar cuales.....
- trillizo ☐ 2 especificar cuales.....
- otros ☐ 3 especificar cuales.....

Observaciones 2:.....
.....
.....
.....
.....

El niño

	Nombre:	Nombre:	Nombre: .....
35 ¿Cuántos días permaneció el niño en el establecimiento donde nació?	☐ 1 ☐☐☐ días ☐ 2 no estuvo internado	☐ 1 ☐☐☐ días ☐ 2 no estuvo internado	☐ 1 ☐☐☐ días ☐ 2 no estuvo internado
36 ¿Cuál fue el peso lugio del niño al nacer?	☐, ☐☐☐ kilos gramos	☐, ☐☐☐ kilos gramos	☐, ☐☐☐ kilos gramos
37 ¿Le da pecho?	Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 40 Falleció ☐ 3	Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 40 Falleció ☐ 3	Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 40 Falleció ☐ 3
38 ¿Agregó otros alimentos? *(líquidos o sólidos)*	Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 43	Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 43	Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 43
39 ¿A partir de qué mes agregó otros alimentos? *(líquidos o sólidos)*	☐ 1 del ☐☐ mes ☐ 2 menos de un mes pasa a preg. 43	☐ 1 del ☐☐ mes ☐ 2 menos de un mes pasa a preg. 43	☐ 1 del ☐☐ mes ☐ 2 menos de un mes pasa a preg. 43
40 ¿Le dio pecho?	Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 45	Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 45	Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 45
41 ¿Cuántos meses le dió?	☐ 1 ☐☐ meses ☐ 2 menos de un mes	☐ 1 ☐☐ meses ☐ 2 menos de un mes	☐ 1 ☐☐ meses ☐ 2 menos de un mes
42 ¿A partir de qué mes agregó o reemplazó por otros alimentos? *(líquidos o sólidos)*	☐ 1 del ☐☐ mes ☐ 2 menos de un mes	☐ 1 del ☐☐ mes ☐ 2 menos de un mes	☐ 1 del ☐☐ mes ☐ 2 menos de un mes

METODOS ANTICONCEPTIVOS

43 ¿Se cuida para no quedar embarazada?

Si ☐ 1 pasa a preg. 45 — No ☐ 2 — No tiene relac. sexuales ☐ 3

pasa a preg. 44

44 ¿Se ha cuidado alguna vez?

Si ☐ 1 pasa a preg. 45 — No ☐ 2 — Nunca tuvo relac. sexuales ☐ 3

finaliza la entrevista

45 ¿Cómo se cuida o se cuidó?
(Alternativas no excluyentes)

	Si	No
1 Ritmo o control del período menstrual	☐ 1	☐ 2
2 Pastillas o píldoras anticonceptivas	☐ 1	☐ 2
3 Preservativo o condón	☐ 1	☐ 2
4 Espiral o dispositivo intrauterino (DIU)	☐ 1	☐ 2
5 Diafragma	☐ 1	☐ 2
8 Otro método (especificar)	☐ 1	☐ 2

.....

pasa a pregunta 46

46 ¿Quién se lo indicó o recomendó?
(Alternativas no excluyentes)

	Si	No
1 Nadie	☐ 1	☐ 2
2 Médico, enfermera, obstetra o partera de un Hospital Público o "Salito"	☐ 1	☐ 2
3 Médico, enfermera, obstetra o partera de otro lugar	☐ 1	☐ 2
4 Farmacéutico	☐ 1	☐ 2
8 Otro *(especificar)*	☐ 1	☐ 2

.....

Finaliza la entrevista

REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS
SECRETARIA DE PROGRAMACION ECONOMICA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

INDEC

V

ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES

Módulo para el monitoreo de metas sociales

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

IDENTIFICACION

Area				Nº en listado				Viv.	Hog.	O.	Año

Menores de 6 años

Nombre del menor .....

Componente [ ][ ] Respondente [ ][ ]

Entrevista realizada Si ☐ 1 No ☐ 0

ATENCION DEL NIÑO

1 ¿Concurre a alguna guardería, o jardín? *(o a la escuela primaria)*

Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 5

2 ¿Cuantos días asiste, habitualmente, por semana?

Todos los días hábiles ☐ 1
Algunos días fijos por semana ☐ 2
Algunos días no fijos por semana ☐ 3

3 ¿El lugar donde concurre...

...es del estado, Nacional, Provincial o Municipal? ☐ 1
...pertenece a una institución privada? ☐ 2
...es otro tipo de institución? ☐ 8
(especificar)
.....

4 En el jardín o guardería *(o en la escuela)* al que concurre, ¿recibe algún tipo de alimentación?

Si ☐ 1 No ☐ 2

5 La madre del niño...

...vive en este hogar? ☐ 1
...vive en otro hogar? ☐ 2
...falleció? ☐ 3

6 ¿Con quién está la mayor parte del día? *(fuera del tiempo transcurrido en la guardería, jardín o escuela)* (excluyentes)

Solo ☐ 1
Con el padre o la madre ☐ 2
Con los abuelos ☐ 3
Con los hermanos ☐ 4
Con otros familiares ☐ 5
Con vecinos ☐ 6
Con una empleada ☐ 7
Con otros *(especificar)* ☐ 8
.....

AFILIACION

7 ¿Está afiliado a algún sistema de atención de la salud como obra social, mutual o prepago?

Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 10

8 ¿A cuántos?

Sólo a uno ☐ 1
A más de uno ☐ 2

9 ¿Es...
(En caso de más de una registre la que más utiliza)

...una obra social *(afiliación obligatoria)* ☐ 1
...una mutual o prepago *(afiliación voluntaria)* ☐ 2
...otro sistema *(especificar)* ☐ 8
.....
.....

pasa a pregunta 10

ASISTENCIA ALIMENTARIA

10 ¿Recibe leche en polvo?

Sí ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 12

11 ¿Quién se la brinda?

- Un Hospital Público ☐ 1
- Una Unidad Sanitaria o "Salita" ☐ 2
- Una Obra Social ☐ 3
- Un Sindicato ☐ 4
- Otro (especificar) ☐ 8

.....

ACCIDENTES

12 ¿Tuvo golpes, caídas, choques, etc. que hayan requerido atención médica?

Sí ☐ 1 No ☐ 2

13 ¿Tuvo quemaduras con fuego u otra sustancia (como vapor, amoníaco, etc.) que hayan requerido atención médica?

Sí ☐ 1 No ☐ 2

14 ¿Tuvo alguna intoxicación con productos de limpieza, medicamentos u otro producto químico que haya requerido atención médica?

Sí ☐ 1 No ☐ 2

ENFERMEDADES

15 Este niño ¿ha tenido sarampión?

Sí ☐ 1 No ☐ 2

16 ¿Tuvo los convulsa?

Sí ☐ 1 No ☐ 2

17 ¿Tuvo diarrea durante los últimos 15 días?

Sí ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 22

18 ¿Cuántos días la duró?

|_|_|_| días

19 ¿Consultaron con alguien?

Sí ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 21

20 ¿Con quién consultaron?

- Enfermera ☐ 1
- Agente sanitario ☐ 2
- Médico ☐ 3
- Otra persona *(especificar)* ☐ 8

.....

21 Para mejorarlo... *(antes de la consulta)*
(Alternativas no excluyentes)

	Sí	No.
1 ...¿le dieron más agua de lo habitual?	☐ 1	☐ 2
2 ...¿le dieron antibióticos?	☐ 1	☐ 2
3 ...¿le dieron antidiarreicos?	☐ 1	☐ 2
4 ...¿le dieron sales de rehidratación oral?	☐ 1	☐ 2
5 ...¿le dieron agua de arroz?	☐ 1	☐ 2
8 ...¿le dieron o hicieron otra cosa? *(especificar)*	☐ 1	☐ 2
(sólo si lo está amamantando) 6 ... ¿le siguió dando pecho?	☐ 1	☐ 2

22 ¿Tuvo tos o catarro durante los últimos 15 días?

Sí ☐ 1 No ☐ 2 niños de hasta 12 meses a preg. 37 niños de más de 12 meses a preg. 26

23 ¿Estuvo con fatiga, agitado, o respiraba con dificultad?

Sí ☐ 1 No ☐ 2

24 ¿Consultaron con alguien?

Sí ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 26

25 ¿Con quién consultaron?

- Enfermera ☐ 1
- Agente sanitario ☐ 2
- Médico ☐ 3
- Otra persona *(especificar)* ☐ 8

.....

26 Para mejorarlo... *(antes de la consulta)*
(Alternativas no excluyentes)

	Sí	No
1 ...¿le hicieron baños con vapor de agua?	☐ 1	☐ 2
2 ...¿le hicieron nebulizaciones?	☐ 1	☐ 2
3 ...¿le dieron jarabe para la tos?	☐ 1	☐ 2
4 ...¿le dieron antibióticos?	☐ 1	☐ 2
5 ...¿le dieron algún té?	☐ 1	☐ 2
8 ...¿le dieron o hicieron otra cosa *(especificar)*	☐ 1	☐ 2

.....

niños de hasta 12 meses a preg. 37
niños de más de 12 meses a preg. 26

ATENCION DE LA SALUD

Para niños de hasta 12 meses

27 Durante el primer año de vida ¿lo llevaron alguna vez al médico para pesarlo, medirlo o revisarlo?

Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 34

28 ¿Donde lo llevaron?

- Hospital Público ☐ 1
- Unidad Sanitaria o "Salita" ☐ 2
- Establecimiento privado ☐ 3
- Consultorio particular ☐ 4

pasa a pregunta 33

Para niños de más de 12 meses *(1 año cumplido)*

29 Durante el primer año de vida, ¿lo llevaron alguna vez al médico para pesarlo, medirlo o revisarlo?

Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 31

30 ¿Dónde lo llevaron?

- Hospital público ☐ 1
- Unidad Sanitaria o "Salita" ☐ 2
- Establecimiento privado ☐ 3
- Consultorio particular ☐ 4

31 En los últimos 12 meses ¿lo llevaron al médico sin que estuviera enfermo?

Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 34

32 ¿Dónde lo llevaron?

- Hospital público ☐ 1
- Unidad Sanitaria o "Salita" ☐ 2
- Establecimiento privado ☐ 3
- Consultorio particular ☐ 4

pasa a pregunta 33

Distancia al Centro de Atención

33 ¿A qué distancia de su domicilio estaba o está ese Centro de Atención?

- A menos de 10 cuadras ☐ 1
- Entre 10 y 20 cuadras ☐ 2
- A más de 20 cuadras ☐ 3

pasa a pregunta 35

34 ¿A que distancia de su domicilio está ubicado el Centro de Atención donde podría llevar al niño?

- A menos de 10 cuadras ☐ 1
- Entre 10 y 20 cuadras ☐ 2
- A más de 20 cuadras ☐ 3

pasa a pregunta 35

Ultima Consulta Médica

35 ¿Dónde hizo la última consulta médica sin que el niño estuviera enfermo?

- Hospital Público ☐ 1
- Unidad Sanitaria o "Salita" ☐ 2
- Establecimiento privado ☐ 3
- Consultorio particular ☐ 4

36 ¿Pagó Ud la consulta?
(o algún otro componente del hogar)

- Sí, totalmente ☐ 1 pasa a preg. 38
- Sí, en forma parcial ☐ 2 } pasa a preg. 37
- No pagó ☐ 3 }

37 ¿Quién se hizo cargo del pago, total o parcialmente?
(Alternativas no excluyentes)

- Obra Social ☐ 1
- Mutual o prepago ☐ 2
- Hospital Público o "Salita" ☐ 3
- Otro ☐ 8

pasa a preg. 38

Vacunación

VACUNACION

38 ¿Tiene certificado de vacunas?

Tiene y lo exhibe ☐ 1 Tiene pero no lo exhibe ☐ 2

No tiene ☐ 3

39 ¿Qué vacunas le han sido aplicadas?

(marcar con una cruz cada una de las dosis aplicadas)

		Dosis					
		Ninguna	1	2	3	4	5
1	Sabin (polio)						
2	Triple (D.P.T.)						
3	Sarampión					→	
4	B.C.G.						

Fecha última dosis

Otras vacunas: .....

.....

Al finalizar la aplicación de este cuestionario, debe comunicar al hogar la visita que efectuará personal especializado, con el objeto de medir el peso y la estatura a los niños menores de 6 años.

Observaciones: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recordatorio para el Encuestador: Dosis de vacunas según edad

Hasta 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	18 meses	5 a 6 años
B.C.G. (1ª dosis)	SABIN (1ª dosis) TRIPLE (1ª dosis)	SABIN (2ª dosis) TRIPLE (2ª dosis)	SABIN (3ª dosis) TRIPLE (3ª dosis)	SABIN (4ª dosis) TRIPLE (4ª dosis)	B.C.G. (2ª dosis) SABIN (5ª dosis) TRIPLE (5ª dosis)

Antisarampión

9 meses (1ª dosis)
15 meses (refuerzo)

ó

1 año (dosis única)

más campaña masiva de vacunación

REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS
SECRETARIA DE PROGRAMACION ECONOMICA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

INDEC

VI

ESCUESTA PERMANENTE DE HOGARES
Módulo para el monitoreo de metas sociales

Desde 6 a 14 años

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

IDENTIFICACION

Area				Nº en listado					Viv	Hog	D.	AAo

Nombre del menor .....

Componente ☐☐ Respondente ☐☐

Entrevista realizada Si ☐ 1
No ☐ 0

EDUCACION Y ASISTENCIA ALIMENTARIA ESCOLAR

Para los que...	Comienza secuencia en:
Asisten a la escuela	Pregunta 1
No asisten pero asistieron	Pregunta 7
Nunca asistieron	Pregunta 8

Para los que asisten a la escuela

1 El establecimiento al que asiste es...

...privado ☐ 1
...público ☐ 2

2 La duración de la jornada escolar de este niño es...

...reducida? ☐ 1
...simple? ☐ 2
...doble o completa? ☐ 3

3 ¿Cuál es el grado o año que cursa?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Preescolar (8)	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º

4 En la escuela, ¿le brindan gratuitamente algún tipo de alimentación?

Si ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 8

5 Le brindan...
(alternativas no excluyentes)

	Si	No
1 ...desayuno	☐ 1	☐ 2
2 ...copa de leche	☐ 1	☐ 2
3 ...almuerzo	☐ 1	☐ 2
4 ...refrigerio	☐ 1	☐ 2
5 ...merienda común	☐ 1	☐ 2
6 ...merienda reforzada o vianda	☐ 1	☐ 2
8 ...otra alimentación	☐ 1	☐ 2

(especificar).....

6 ¿Consume estos alimentos...

...siempre? ☐ 1
...algunas veces? ☐ 2
...nunca? ☐ 3
} pasa a preg. 8

Observaciones: .....
.....
.....
.....

Para los que asistieron a la escuela

7 ¿Cuál fue el último grado o año aprobado?

Preescolar ☐ 1 ☐ 1 completo ☐ 2 incompleto

Primario ☐ 2 } 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐
Secundario ☐ 3 } 4º ☐ 5º ☐ 6º ☐ 7º ☐

pasa a preg.8

USO DEL TIEMPO

Para todas las personas entre 6 y 14 años

8 ¿Hace alguna tarea o le ayuda a alguien entregando mercadería, vendiendo por la calle, cuidando autos, limpiando algún negocio, lavando coches, etc.? (en el último mes)

Sí ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 10

9 ¿Recibe algún dinero por hacerlo?

Sí ☐ 1 No ☐ 2

10 La mayor parte de su tiempo... (alternativas no excluyentes)

	Sí	No
1 ...ayuda en el cuidado del hogar?	☐ 1	☐ 2
2 ...asiste a la escuela?	☐ 1	☐ 2
3 ...estudia o asiste a otros cursos de estudio?	☐ 1	☐ 2
4 ...mira televisión?	☐ 1	☐ 2
5 ...ayuda en tareas laborales a algún familiar?	☐ 1	☐ 2
6 ...juega?	☐ 1	☐ 2
7 ...trabaja?	☐ 1	☐ 2
8 ...practica deportes?	☐ 1	☐ 2
9 ...realiza otras actividades?	☐ 1	☐ 2

(especificar).....

.....

AFILIACION

11 ¿Está afiliado a algún sistema de atención de la salud como obra social, mutual o prepago?

Sí ☐ 1 No ☐ 2 pasa a preg. 14

12 ¿A cuántos?

Sólo a uno ☐ 1

A más de uno ☐ 2

13 ¿Es...

(En caso de más de una, registre la que más utiliza)

...una Obra Social (afiliación obligatoria) ☐ 1

...una Mutual o prepago (afiliación voluntaria) ☐ 2

...otro sistema *(especificar)* ☐ 6

.....

.....

14 La madre del niño...

...vive en este hogar? ☐ 1

...vive en otro hogar? ☐ 2

...falleció? ☐ 3

Si en la pregunta 8 declara alguna actividad económica que ha sido desarrollada durante la semana de referencia, verifique que haya sido correctamente registrada en el cuestionario individual de la EPH.

Observaciones:.....

REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE ECONOMIA
Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS
SECRETARIA DE PROGRAMACION ECONOMICA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

INDEC

VII

ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES

Módulo para el monitoreo de metas sociales

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

Peso y estatura en niños hasta 6 años

IDENTIFICACION

Area				Nº en listado				Viv	Hog	C	Año	

Nombre del menor.....

Componente ☐☐ Respondente ☐☐

Entrevista realizada Si ☐ 1
No ☐ 0

1 ¿Cuál fue el peso justo del niño al nacer?

1 ☐ kilos ☐☐☐ gramos 9 ☐ No sabe

2 ¿A qué edad comenzó a caminar solo?

1 ☐ años ☐☐ meses

☐ 2 no camina aún

☐ 9 no sabe desde cuando camina

Mayores de 2 años → Pasa a pregunta 4
Menores de 2 años → Fin de Entrevista

PESO

Recuerde que el niño no debe estar calzado y debe tener la menor cantidad de ropa posible

3 *Registre el peso exacto del niño en el momento de la medición*

1 ☐ Kilos ☐☐☐ gramos

2 ☐ no fue posible pesarlo

3.1 Marque con una cruz toda la ropa que el niño tenga en el momento que está siendo pesado

	Si	No
1 ...Ninguna	☐ 1	☐ 2
2 ...Pañales de tela	☐ 1	☐ 2
3 ...Chiripá de tela	☐ 1	☐ 2
4 ...Pañales descartables	☐ 1	☐ 2
5 ...Camiseta	☐ 1	☐ 2
6 ...Bombacha o calzoncillo	☐ 1	☐ 2
7 ...Pantalón o calza	☐ 1	☐ 2
8 ...Pullover	☐ 1	☐ 2
9 ...Camisa	☐ 1	☐ 2
10 ...Medias	☐ 1	☐ 2
11 ...Bombacha de goma	☐ 1	☐ 2
12 ...Osito o enterito	☐ 1	☐ 2
13 ...Otra ropa *(especificar)*	☐ 1	☐ 2

.....

.....

ESTATURA

(Para los niños de 2 a 5 años)

Recuerde que el niño no debe estar calzado

4 Registre la estatura exacta del niño en el momento de la medición

1 ☐☐☐ , ☐ centímetros

☐ 2 no fue posible medirlo

5 Fecha de la medición

☐☐ Día ☐☐ Mes ☐☐ Año

6 Hora.....

7 Nombre de los integrantes del equipo de peso:

..... Encuestador

.....