



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Rosario Manuela Merlino

El espacio social como determinante de la mortalidad en los Partidos del Gran Buenos Aires en el año 2001

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de Salud

Director de Tesis

Hugo Alazraqui

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Merlino, Rosario Manuela. (2011). El espacio social como determinante de la mortalidad infantil en los partidos del Gran Buenos Aires en el año 2001 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/029617_Merlino.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANUS
Departamento de Salud Comunitaria

Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud.
6ª Cohorte (2003-2005)

Tesis de Maestría para obtener el Título de Magíster

Título

El Espacio Social como Determinante de la Mortalidad Infantil en los Partidos del Gran Buenos Aires en el Año 2001.

Autora

Rosario Merlino

Director

Marcio Alazraqui

Fecha de entrega

27 de diciembre de 2010



Universidad Nacional de Lanús

En la Universidad Nacional de Lanús, siendo las 18 horas del día 22 de septiembre de 2011, se presenta Rosario Manuela Merlino, alumna de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, ante el jurado designado por la Dra. Ana Jaramillo, rectora de la Universidad Nacional de Lanús, que entiende en la Defensa de la Tesis de Maestría de la candidata, denominada: "El Espacio Social como Determinante de la Mortalidad Infantil en los Partidos del Gran Buenos Aires en el Año 2001".

El jurado se encuentra integrado por los Profesores:

Mgr. Susana Somoza

Mgr. Oscar David Rivero

Lic. Carlos Guevel

De acuerdo a lo convenido por el jurado se evalúan a continuación los siguientes aspectos de la tesis presentada:

La tesis presentada por la candidata Rosario Manuela Merlino cumple satisfactoriamente con los requisitos fijados por los reglamentos correspondientes.

El tema elegido corresponde a las intenciones de la maestría por desarrollar los aspectos correspondientes a los problemas relevantes de la salud colectiva.

El trabajo demuestra interés y capacidad de la tesista por describir las relaciones entre la Mortalidad Infantil y los determinantes sociales en los partidos del Gran Buenos Aires-

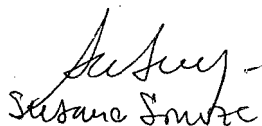
El trabajo desarrolla los diferenciales de los determinantes seleccionados en los partidos del Gran Buenos Aires, revelando las heterogeneidades presentes entre el primer y segundo cordón y al interior de los mismos, lo que permite inferir su relación con la construcción social del espacio.

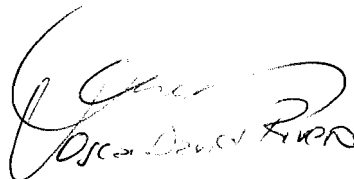
Hay un desarrollo adecuado del diseño ecológico, en el análisis de las variables y presentación de los resultados, acorde con los objetivos propuestos.


Dada la solidez de los resultados podría haberse profundizado el marco teórico en relación al problema propuesto.

La presentación de resultados se realiza de forma amplia y correcta. Sin embargo se solicita revisar el estilo literario para la versión final.

El trabajo aporta la necesidad de reflexionar sobre la definición de grupos poblacionales de referencia de los servicios de salud, teniendo en cuenta las problemáticas sociales.


Susana Somoza


Oscar David Rivero


Carlos Guevel

Firmas de los Jurados:



Universidad Nacional de Lanús

La presentación oral fue ordenada y prolija, revelando solvencia en el contenido de la tesis. Las respuestas a las preguntas formuladas completaron y profundizaron algunos puntos de la exposición y de la tesis.

Proponemos por unanimidad la calificación de muy bueno: 8 (ocho) puntos.

Sebastián
17/10/2014
Sebastián

Sebastián
Sebastián

Carlos
Carlos

Dedico esta tesis a mis padres Miguel y Josefina por su infinita generosidad y a mi hijo Miguel por su paciencia.

Agradezco al Dr. Roberto Silber por haberme enseñado a dudar.

Al Dr. Mario Testa por su generosidad intelectual.

Al Dr. Marcio Alazraqui por su ayuda incansable.

A Carlos Guevel por mostrarme el camino de la Estadística.

Al Dr. Hugo Spinelli por creer.

A la Sra. Giana y Oderliz por facilitarme los datos.

RESUMEN

Objetivo: Relacionar los determinantes del espacio social de origen sanitario, habitacional, de educación, demográficos y económicos del año 2001 con la mortalidad infantil (MI) del trienio 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires (PGBA).

Metodología: Estudio ecológico. La población incluye los nacidos vivos y fallecidos menores de 1 año en el trienio 2001-2003, en los PGBA. Las variables son: MI con sus componentes neonatal y posneonatal con sus causas básicas de muerte por un lado y los determinantes del espacio social por otro: Necesidades básicas insatisfechas (NBI), Agua corriente y Cloacas, Analfabetismo, Educación polimodal, Promedio de hijos por mujer y Población sin cobertura en salud. El análisis es descriptivo por partido y en dos grupos, los más cercanos a la Ciudad de Buenos Aires (CBA) como 1er cordón y los más alejados como 2do cordón. Se realizó el coeficiente de correlación y de determinación, prueba t y los intervalos de confianza.

Resultados: Fallecieron 7691 niños, la Tasa de MI fue 16,5%, su componente neonatal 10,3%, y posneonatal 6,3%. Los valores más favorables corresponden al 1er cordón. Las muertes neonatales fueron el 62%; las de origen perinatal el 67,7% y por malformaciones congénitas 25,4%. La mortalidad posneonatal (MPN) fue 38%; de origen infeccioso el 29,8%. Todos los determinantes del espacio fueron mejores en el 1er cordón en relación a los del 2do cordón. Las correlaciones más significativas correspondieron al analfabetismo, la educación polimodal y las NBI. Predominando en el 2do cordón y con la Tasa de MPN.

Conclusión: Hay una relación directa de la MI con los indicadores de pobreza de NBIh, analfabetismo y población sin cobertura en salud e inversa con la de educación polimodal. No se destacan las relaciones con Agua corriente, Cloacas y Promedio de hijos por mujer. Las relaciones más significativas se dan en relación al 2do cordón y con la MPN.

Palabras claves: Epidemiología /Estudios ecológicos/ Distribución espacial de la población/Mortalidad infantil/Condiciones sociales/

ABSTRACT

Objective: Relate determinants of social space with sanitary, housing, education, demographic and economic origin of 2001 year with the infant mortality (IM) of 2001-2003 trienniums in Gran Buenos Aires jurisdictions (GBAj).

Methods: Ecological study. Population contains the live birth and under one year old deceased in 2001-2003 trienniums in GBAj. The variables are: IM with neonatal and postneonatal components, with their basic causes of death for one hand and the social space determinants for the other hand: Unmet basic needs (UBN), Water and Sewers public service, Illiteracy, secondary school, Children per woman average and Population without health coverage. Descriptive analysis is per jurisdiction and in two groups, the closest to the Buenos Aires city or first strip and the farthest or second script. Correlation and determination coefficient, t test and confidence intervals were made.

Results: 7691 children died, valuation of IM was 16,5‰, it's neonatal component 10,3‰ and postneonatal 6,3‰. The most favourable values are from the first strip. Neonatal deaths were 62%; perinatal ones 67,7% and because congenital malformations 25,4%. Postneonatal mortality was 38%; those for infectious causes 29,8%. All the space determinants were better in the first strip related with the ones of the second strip. The most significant correlations were about illiteracy, secondary school and UBN. In the second strip and postneonatal mortality are the highest valuations.

Conclusion: Children mortality has got a direct relationship with poverty indicators of UMN, Illiteracy and Population without health coverage population. And reverse relationships with secondary school. Not include the relationships with Water, Sewers and Children per woman average. The most significant relationships are in the second strip of jurisdictions and with postneonatal mortality.

Key words: Epidemiology /Ecological Studies/Residence Characteristics/Infant Mortality/Social Condition/

ÍNDICE

	Páginas
Problema	6
Objetivos	14
Metodología	15
Resultados	19
Discusión	48
Bibliografía	68
Listado de Tablas	78
Listado de Gráficos	79
Anexos	80

PROBLEMA

La mortalidad infantil está directamente relacionada a las condiciones de vida, indicando la situación de salud y socioeconómica de una población (Victora y col. 1992; Spinelli y col. 2000). Dos tercios de las muertes infantiles son prevenibles con bajo costo. El medio ambiente actúa de forma decisiva en más de 3 millones de muerte de niños anualmente en el mundo. La relación de los niños y sus madres con el aire, el agua y el suelo son los factores que según el desarrollo socioeconómico determinan la vida y la muerte de la infancia en el mundo (WHO 2010). En Argentina los descensos de mortalidad infantil en los últimos decenios fueron a expensas de la mortalidad posneonatal considerada por causas exógenas, las diferencias regionales fueron determinadas por este componente de la mortalidad infantil (Celton y Ribotta 2004).

La tasa de mortalidad infantil es considerada como uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud (DEIS 2001). Se usa como un indicador con base poblacional desde lo global hasta lo local, pero depende de la escala que se use tiene verdadera representatividad y aun así la complejidad de la sociedad contemporánea no permite proyectar fácilmente sus resultados.

La situación de salud se incluye en las condiciones de vida las cuales dependen del espacio estudiado con su perspectiva biológica, socioeconómica, histórica, cultural y política. La mortalidad infantil como referente de la situación de salud a través de sus indicadores, como la tasa de mortalidad infantil, participa de los diferentes niveles de totalización y reproducción social (Castellanos 1997; Samaja 2004).

Las causas básicas de muerte en la infancia están determinadas tanto biológica como socialmente, manifestándose de diversas formas según las condiciones de vida. Las malformaciones congénitas son una de las causas de muerte neonatal con origen biológico más acentuado. Estas se evidencian más en los grupos privilegiados donde la mortalidad infantil es menor, formando parte del patrón típico de mortalidad infantil de los países llamados desarrollados. Las enfermedades infectocontagiosas son una de las principales causas de muerte posneonatal. Estas son parte principal de la mortalidad infantil en los

grupos con mayores deficiencias socioeconómicas, tendiendo a predominar en los países llamados menos desarrollados.

La desaceleración de la disminución de la mortalidad infantil en las últimas décadas del Siglo XX, tanto en Argentina como en el resto de Latinoamérica esta relacionada a la crisis socioeconómica (Romero y Landmann Szwarcwald 2000; Escudero y Massa 2006). Pero en este caso la mortalidad infantil no se limita al periodo posneonatal por ser este característico de la problemática socioeconómica, incluyen también las muertes neonatales. Estas también tienen su origen fundado en las desigualdades sociales, representadas principalmente por los obstáculos al acceso a los sistemas de salud ya desde la etapa prenatal (Sarasqueta 2006).

McKeown (1990) muestra en sus estudios que el descenso de la mortalidad, el crecimiento demográfico y el aumento de la esperanza de vida que se produjo en el occidente en el Siglo XX no se debió al desarrollo tecnológico y científico de la medicina sino a la mejoría de las condiciones materiales de existencia como son el saneamiento, la alimentación y la educación. Este autor demuestra sus hipótesis realizando series históricas de larga duración de tuberculosis y sugiere lo mismo para la poliomielitis y sarampión entre otras.

Las poblaciones como grupos en interacción determinados por un espacio pueden ser tomadas para el estudio de las desigualdades en salud, sin perder de vista su proceso de formación histórica. Esos espacios son parte de las condiciones de vida y así muestran la relación de la situación de salud y los procesos de reproducción social (Paim 1997).

En búsqueda de la operacionalización de las categorías de espacio en los estudios de condiciones de vida y salud Paim y col. (1995) reflexionan tomando en cuenta la posición ocupada por las personas en el espacio social según su normatividad con relación al medio, el capital económico acumulado, el capital cultural y el simbólico. Así desenvuelven tres alternativas metodológicas de estratificación según condiciones de vida para analizar la situación de salud de la población en el Municipio de Salvador, Estado de Bahia, Brasil: a) Estratificación por desagregación progresiva de variables definidas a partir de un marco teórico, capital cultural y capital económico (Bourdieu 1989); b) Estratificación por índice de sobrevida adaptado; c) Estratificación por escores de indicadores combinados de variables "proxy" de condiciones de vida por un índice. Las categorías centrales de la investigación son las condiciones de vida y el espacio, lo que representaría las relaciones entre sociedad y salud. La estratificación a) se refiere a la identificación de áreas

socioeconómicas semejantes. Las referidas por el autor son el uso de los datos económicos sociales del censo demográfico, con todas las restricciones que el uso de estas variables implica. Pero no así la tendencia a aproximaciones de lo real, siempre y cuando se realice un planteo teórico que contenga e interprete los hallazgos empíricos y la crítica a las técnicas utilizadas. En este caso el estudio de agregados para situaciones específicas (Schwartz 1994; Susser 1994). La estratificación b) se basó en el cálculo del Índice de las Condiciones de Sobrevida, realizado originalmente para niños de 0 a 6 años. Este se basó en la medición de las condiciones de vida adaptada a todas las edades. Y la estratificación c) también inspirada por el Índice de Condiciones de Sobrevida, se identificaron en las condiciones de vida carencias para las condiciones necesarias de subsistencia de individuos y colectividades como son: la falta de acceso al agua potable, el tipo de vivienda improvisada, el analfabetismo, los niños que no concurren a la escuela, los salarios mínimos.

Los determinantes sociales se expresan en sus unidades espacio-poblacionales incluyendo los procesos de salud-enfermedad-atención. Los problemas de estos procesos se definen según las leyes y principios que explican el proceso de reproducción social incluyendo sus capacidades tecnológicas (Castellanos 1992).

Las poblaciones están formadas por grupos humanos que tienen por su proceso histórico en común características culturales y socioeconómicas compartidas. El lugar donde se ubican es parte de esa construcción. Por esto el espacio donde habitan las poblaciones es social. El ser humano así se reproduce biológicamente y de esa forma reproduce sus relaciones ecológicas o ambientales, como las de formas de conciencia y conducta y las relaciones económicas mediante los procesos de trabajo. Todo este proceso Castellanos (1997) lo llama reproducción social.

Los determinantes del espacio social se deducen de los niveles de reproducción, en realidad lo que se reproducen son las personas, sus identidades como individuos y como integrantes de un grupo, incluidas sus condiciones de vida particulares, así el espacio es construido socialmente. Lo más dificultoso es ver la totalización, por eso para su estudio se separa en niveles que se puedan referir a lo mismo, o de individuos entre sí, o de grupos entre sí y más también. Pero además la complejidad del problema es hacia dentro de los niveles, cuando fragmentamos las partes que determinan el objeto de estudio. Por un lado facilita el acceso y la comprensión y por otro lo aleja de la realidad. En esta encrucijada nos encontramos.

Si tomamos como ejemplo la mortalidad infantil y el promedio de hijos por mujer analizados en el contexto de la sociedad contemporánea no podemos acotarlos a la reproducción biológica porque conocemos bien que el número de hijos por mujer aumenta a medida que disminuye los niveles de educación, y esta a su vez disminuye en relación al acumulo del capital económico (Consalter Geib y col. 2010). Entonces, ¿los niveles de educación a qué nivel de reproducción pertenecen?, tomando en cuenta que no estamos en las comunidades primitivas. Pese a lo imbricado de los determinantes del espacio social entre sí, tanto como es la vida societal actual (Samaja 2004), intentaremos separarlos y explicarlos con el motivo de nuestro estudio.

Los “modos de vida” dependen de las condiciones materiales y espirituales de existencia en todas las instancias y en todos los niveles. La vida material se desarrolla en base a los determinantes del espacio según sus características de reproducción social. Esta depende de la interconexión de la vida que va desde lo natural, la técnica, las relaciones humanas y el nivel organizativo (Campaña 1997).

Llevado al plano concreto las formas materiales de existencia en interacción autoconstruyen en forma permanente el espacio social. La complejidad de estos procesos se contraponen a la simplicidad de su objetivación para su estudio, por esto diremos que pese a que elijamos estudiarlos según sus definiciones creemos firmemente que son absolutamente dependientes de la construcción cotidiana del conjunto de ellos, al punto de pensar que su edificación depende aun en muchas ocasiones de insospechadas relaciones.

Los determinantes del espacio social que usamos son múltiples por la razón explicada, pensando que unos resultados pueden mejorar las dudas sobre otros resultados y mostrar mejor el complejo ovillo de los determinantes del espacio social y la salud. Los determinantes del espacio social y la salud muestran las raíces de los padecimientos de los seres humanos más elementales. Es por eso que su estudio y conocimiento crean oportunidades para que las políticas sociales y de salud específicas aminoren las desigualdades al respecto.

Hay múltiples formas de estudiar los determinantes del espacio social y salud. Están aquellos que los dividen en estructurales, intermediarios y proximales. Los estructurales son los relacionados a la renta y la educación, principales responsables de las inequidades

regionales y de más lenta resolución, como la relación de instrucción materna y mortalidad infantil. Los intermediarios son los que determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a los problemas de salud como son: las condiciones de vida, de trabajo, la disponibilidad de alimento, los comportamientos y el acceso al sistema de salud. Corresponden al nivel de hacinamiento, el tipo de vivienda, grados de paridad y posibilidades de promoción y protección de salud en embarazo y primera infancia. Los proximales tienen que ver con las causas inmediatas de muerte o biomédicos como prematuridad, enfermedades congénitas, alteraciones de la puntuación de Apgar (OMS CDSS 2005). También están los que hablan de calidad de vida en referencia también a las condiciones de vida vinculadas a dimensiones públicas referidas a aspectos macro de tipo ambiental y de accesibilidad, y las privadas o de aspecto micro referidas al nivel de ingresos, composición del grupo familiar o nivel de instrucción (Gómez Lende 2005a).

Para representar los determinantes del espacio social usamos los indicadores que miden las condiciones de vida desde el punto de vista sanitario, habitacional, laboral y educacional. Como indicador de pobreza en forma de índice usaremos las necesidades básicas insatisfechas (NBI), estas tienen importancia por ser históricamente más usadas en nuestro país y por el importante nivel de desagregación al que llega. Para este tipo de estudio con base territorial facilita la identificación de zonas de pobreza, y permite su fácil comparación con los índices de otros años, como el mapa de la pobreza realizado por el INDEC en 1984 (INDEC 1998; Feres y Mancero 2001). Además resume las características de los grupos poblacionales más carenciados de nuestro medio y las situaciones de existencia como son: Hacinamiento y vivienda, Condiciones sanitarias, Asistencia escolar y Capacidad de subsistencia. Una de las ventajas del NBI como indicador es que incluye a toda la población. El bienestar económico-social relativo de cada área se reconoce a través del porcentaje de personas con NBI, cuanto mayor sea el porcentaje de personas con NBI más altos serán los niveles de pobreza; lo mismo sucede con el NBI de Hogares en porcentaje del total de hogares, también suficientemente desagregado. En este estudio se eligió el porcentaje de hogares con NBI por ser el más sensible para detectar pobreza cuando hay niños en ellos (Gómez y Álvarez 1997). El Hogar es el espacio topográfico menor donde las condiciones de vida se manifiestan realmente y donde el menor de 1 año concreta todas sus necesidades materiales de existencia. Como con un solo componente desfavorable del NBI, este es considerado positivo, se describirán también algunos por separado como la vivienda deficitaria y el hacinamiento crítico.

La vivienda deficitaria identifica una parte estructural de la vida cotidiana que tiene mayor importancia en la sobrevivencia de los niños menores de 1 año al igual que el hacinamiento crítico. Ambos indicadores tienen una relación directa con las enfermedades transmisibles como son la infección respiratoria aguda y la diarrea infantil (MSPBA PMI 2005). Para ampliar esta problemática al contexto y de orden más poblacional se usará el porcentaje de hogares con agua corriente y cloacas. El acceso al agua corriente y su separación de la eliminación de excretas es uno de los pilares para prevenir enfermedades de rápida diseminación en la población. La disponibilidad de agua también nos habla de los posibles hábitos, ya que cuando su accesibilidad y su utilización se ve más limitada repercute en las formas cómo se utiliza para los hábitos de la higiene general (OMS. Corvalan 2006). Si quisiéramos explicar estos indicadores diríamos que tienen más que ver con la reproducción del ambiente aunque no podemos deslindarlos de los otros niveles de reproducción.

Se contempla también la educación para observar la influencia de todos los niveles en la mortalidad infantil desde el analfabetismo, la primaria básica o EGB, el polimodal o educación secundaria y educación terciaria o universitaria. Estos indicadores como porcentajes poblacionales hablan de la reproducción de conciencia y conducta y a su vez económicos por un lado y de reproducción biológica y cultural por otro. Los estudios de mortalidad infantil la muestran siempre relacionada con la educación materna y de la poblacional en general (Zubaran Goldani y col. 2002). La pobreza, la educación y la salud son tres ejes íntimamente relacionados (Consiglio 2007).

El promedio de hijos por mujer es un indicador demográfico que está identificado como un indicador íntimamente relacionado a la mortalidad infantil, a la educación materna y al nivel socioeconómico. Esto es además en función de la complejidad que trae la crianza de varios niños a la vez, el destete precoz, y el déficit mayor de recursos; a su vez la mayor transmisión de enfermedades a las que favorece el hacinamiento por ir siempre en conjunto a las condiciones de la vivienda y la pobreza (Ayçaguer y Duran Macho 1990; Consalter Geib y col. 2008).

También se usará el porcentaje de población sin cobertura en salud, en su origen tiene que ver con la accesibilidad a los servicios de salud, pero además tiene que ver con estar incluido en el sistema social en general y al no tener el dato de la renta puede usarse como un indicador indirecto de condición socioeconómica (Centrangolo y Deboto 2002; Madies y col. 2000; Paganini 1998).

Con respecto al índice de desarrollo humano (IDH) como su denominación lo indica es más un indicador de desarrollo que de pobreza, apuntando a mostrar el nivel de bienestar de la población (Méndez 2004). El IDH también tiene una relación con la mortalidad materno-infantil a nivel mundial (Lee y col. 1997). Pese a usarse mundialmente, en este caso no nos permite comparar otros lugares con los PGBA ya que a nivel de partido cambian los componentes de formación del Índice.

El espacio que vamos a analizar son los Partidos del Gran Buenos Aires (PGBA) que rodean a mayor o menor distancia pero con continuidad a la Ciudad de Buenos Aires (CBA), este conjunto es denominado Gran Buenos Aires. Los partidos más cercanos a la CBA son llamados primer cordón (1er cordón), dentro de los que se encuentra: Avellaneda, General San Martín (Gral. S. Martín), Hurlingham, Ituzaingó, Lanús, Morón, San Isidro (S. Isidro), Tres de Febrero (T. Febrero) y Vicente López (V. López). Los partidos más alejados de la CBA son llamados del segundo cordón (2do cordón) y lo componen: Almirante Brown (Alte. Brown), Berazategui, Esteban Echeverría (E. Echeverría), Ezeiza, Florencio Varela (F. Varela), José C. Paz (J. C. Paz), Lomas de Zamora (L. de Zamora), Malvinas Argentinas (M. Argentinas), La Matanza, Merlo, Moreno, Quilmes, San Fernando (S. Fernando), San Miguel (S. Miguel) y Tigre.

Los 24 partidos pertenecen política y administrativamente a la Provincia de Buenos Aires (PBA), las últimas subdivisiones se realizaron en el año 1994 (INDEC 2005) (Anexo 2). La población de los 24 PGBA en el año 2001, luego de los ajustes del censo del mismo año, fue 8.890.427 (DIS MSPBA 2002; 2003; 2004) que corresponden a 62% de toda la población de la PBA y al 24 % de toda la población de la República Argentina (Anexo 5). Esto caracteriza a los PGBA como el segundo territorio con mayor densidad de habitantes por Km² luego de la CBA (INDEC 2001a) (la estructura poblacional se presenta en la Pirámide de población en el Anexo 1).

Desde el punto de vista geográfico su superficie es de 3.627 Km², 1,2% del total de la PBA. La densidad poblacional es de 2.394 habitantes por Km², a diferencia del resto de la PBA que tiene 45 habitantes por Km². La esperanza de vida al nacer es de 73 años, no difiere de la PBA. En los PGBA en el año 2001, 74% de los habitantes eran mayores de 14 años, de los cuales el 58% era económicamente activo y de estos el 63% estaba trabajando (EPH 2001). Esta descripción de los PGBA muestra algunas de las importantes condiciones de

este territorio que justifican la necesidad del estudio del espacio y la salud más profundamente.

Consideramos al espacio social como determinante de la mortalidad infantil y por esto nos preguntamos ¿Cómo están relacionados los determinantes del espacio social del año 2001 con la mortalidad infantil de los Partidos del Gran Buenos Aires (PGBA) en el trienio 2001-2003? Consideramos que los determinantes del espacio social de residencia en los PGBA están directamente relacionados a la mortalidad infantil.

El motivo de usar estos índices y variables en relación a la mortalidad infantil y sus componentes neonatal y posneonatal para identificar el espacio social tiene que ver, por un lado con la importancia que pueden tener sus resultados en un grupo poblacional tan característico y a la vez heterogéneo como son los PGBA, inmerso en el gran conglomerado del Gran Buenos Aires determinado en su conjunto histórica y culturalmente. Por otro lado la importancia de otro análisis de los datos censal y por último nuestra necesidad de entender mejor la amalgama de las condiciones de vida y la salud que se traducen en un ida y vuelta de los modos de vida y sus determinantes.

El número de variables elegidas quiere mostrar lo imbricado de las relaciones del espacio social con la salud. La mayor cantidad de relaciones obtenidas nos pueden mostrar los diferentes comportamientos de las variables tanto al verlas individualmente como en conjunto, también en forma paralela o contrapuesta. Esto quiere aproximarse a un conocimiento más integral del espacio social que manifieste mejor su grado de complejidad.

OBJETIVOS

Objetivo: Relacionar los determinantes del espacio social de origen sanitario, habitacional, de educación, demográfico y económico del año 2001 con la Mortalidad infantil del trienio 2001-2003, en los PGBA.

Objetivos específicos:

- 1) Describir la Mortalidad Infantil y sus componentes neonatal y posneonatal, con las causas básicas de muerte, en el trienio 2001-2003, en los PGBA.

- 2) Describir los determinantes del espacio social de origen sanitario, habitacional, de educación, demográfico y económico del año 2001, en los PGBA.

- 3) Relacionar los determinantes del espacio social del año 2001 con la Mortalidad infantil y sus causas del trienio 2001-2003, en los PGBA.

METODOLOGÍA

Diseño de Investigación: Es un estudio ecológico que relaciona los determinantes del espacio social de origen sanitario, habitacional, de educación, demográfico y económico del año 2001 con la mortalidad infantil y sus causas en el trienio 2001-2003 en los PGBA.

Población de estudio: La población estudiada son todos los niños menores de 1 año nacidos vivos en los PGBA del trienio 2001-2003. Se trata de un estudio de aglomerados con base territorial.

Criterios de Inclusión: Todos los niños menores de 1 año nacidos vivos y los fallecidos en el trienio 2001-2003 que su madre tenga residencia en los PGBA.

Criterios de exclusión: No hay criterios de exclusión de niños menores de 1 año porque incluye toda la población correspondiente a los menores de 1 año de los PGBA. La única excepción a esto son los niños menores de 1 año de madres residentes en los PGBA cuyos nacimientos o defunciones se registraron fuera de la Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires.

Fuentes de información y recolección de datos: La fuente usada para los datos del NBI de hogares, Vivienda deficitaria, Hacinamiento crítico, Agua corriente y Cloacas, Analfabetismo y Educación formal en todos los niveles, Promedio hijos por mujer y Porcentaje de la población sin cobertura en salud del año 2001 fueron extraídos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del años 2001 por provincia y partido (DEPBA 2002; INDEC 2001a). Las definiciones de estas mismas variables son del INDEC (INDEC 2001b) (Anexo 3). Los datos y la definición usada para los PGBA del Índice de desarrollo humano del año 2001 se tomó del Ministerio de Desarrollo Humano de la PBA, publicado por el Ministerio de Salud de la PBA (DIS MSPBA 2002a).

La mortalidad infantil de los años 2001 a 2003 se tomó de la base de datos online publicados por la Dirección de Información Sistematizada dependiente del Departamento de Planificación del Ministerio de Salud de la PBA (DIS MSPBA 2002; 2003; 2004). Las definiciones de los indicadores de mortalidad utilizados son de la Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS 2001) (Anexo 3).

Las causas de muerte son de la base de datos de la Dirección de Información Sistematizada dependiente del departamento de Planificación del Ministerio de Salud de la PBA (DIS MSPBA 2002; 2003; 2004). Para las causas básicas de muerte se usó la Tabulación N° 3 de mortalidad de infantes y niños de la Clasificación Internacional de Enfermedades.10ª revisión (CIE10 1995) (Anexo 3).

Variables: Pese a ser un estudio transversal y como tal las variables son obtenidas simultáneamente, este estudio tiene como presupuesto teórico a la mortalidad infantil como variable dependiente y a los determinantes del espacio social como variables independientes.

Variables dependientes: Mortalidad infantil y sus causas básicas con sus componentes de mortalidad neonatal y posneonatal del trienio 2001-2003. Se usarán los datos de mortalidad infantil (MI) (menores de 1 año de edad), mortalidad neonatal (MN) (menores de 28 días) y mortalidad posneonatal (MPN) (de 28 a 365 días).

Variables independientes: Características del espacio social de residencia por partido de los PGBA. Datos de origen secundario del Censo de población, hogares y viviendas del 2001: Necesidades básicas insatisfechas de hogares, Vivienda deficitaria, Hacinamiento crítico, Agua corriente y Cloacas, Analfabetismo y Educación formal básica, polimodal y terciaria/universitaria, Promedio de hijos por mujer y Población sin cobertura en salud. El Índice de desarrollo humano tomado del Ministerio de Desarrollo Humano de la PBA, publicado por el Ministerio de Salud de la PBA (DIS MSPBA 2002a).

Análisis de datos: El análisis que se realiza es de origen descriptivo. La mortalidad infantil en números absolutos y tasas de mortalidad infantil (TMI), neonatal (TMN) y posneonatal (TMPN). La MI se desagregó en MN y MPN. Se realizaron porcentajes de la MN y MPN correspondiente a la MI de cada partido (Anexo 3). Se presentaron los valores promedios, mínimos, máximos y rangos de los totales de los PGBA y del 1er y 2do cordón por separado.

Las causas de MI se desagregaron en MN y MPN según los grupos de enfermedades de causas básicas de defunción como: Enfermedades infecciosas y parasitarias, Tumores, Enfermedades del sistema circulatorio, Afecciones originadas en el periodo perinatal, Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, Signos, síntomas y afecciones clínicas y de laboratorio no bien clasificadas, Demás enfermedades bien definidas (Anexo7) y Causas externas (CIE 10 1995). Estos datos se presentan en números absolutos y porcentajes por partido, con subtotales del primero y segundo cordón, y totales.

Los determinantes del espacio social se analizaron descriptivamente en: NBI en porcentaje de hogares, las Viviendas deficitarias en porcentaje de total de viviendas, el Hacinamiento crítico en porcentaje de hogares, los hogares con Agua corriente y Cloacas en porcentaje, las tasas netas de Analfabetos, Escolaridad básica, polimodal y terciaria/universitaria, el Promedio de hijos por mujer, el Porcentaje de población sin cobertura en salud, y el Índice de desarrollo humano. En este último índice pese a que su medida va de 0 a 1 se expresó sin decimales como fueron hallados en la referencia (Anexo 3). Todos los datos se presentaran por partido, subtotales por primero y segundo cordón y totales de los 24 partidos. Se realizaron promedios simples, mínimos, máximos y rangos de las variables. Todos los gráficos de barras, correspondientes a los partidos están ordenados desde el dato más desfavorable de la variable al más favorable y por cordón. Cuando hay más de una variable se especifica en cada gráfico cuál fue elegida para el orden. En las tablas los partidos están ordenados por cordón y alfabéticamente en cada cordón.

Correlación de Espacio y Salud en los PGBA. La forma en que se representa la interacción entre espacio y salud es a través de la correlación de sus indicadores. Los que usamos finalmente para manifestar las condiciones de vida fueron seleccionados por su representatividad según el análisis descriptivo del NBI de Hogares en porcentaje, Viviendas deficitarias en porcentaje, Hacinamiento crítico, Agua corriente y Cloacas, Analfabetismo y todos los niveles de educación formal, Promedio de hijos por mujer, Población sin cobertura en salud e Índice de Desarrollo Humano. De estos se eligieron para correlación al NBI de hogares como indicador de pobreza. No usamos a la vivienda deficitaria y el hacinamiento crítico por cierto paralelismo con el NBI de hogares. Correlacionamos el agua corriente y cloacas por su sentido más público y general de las condiciones sanitarias. Con respecto a la educación en función del alto nivel de la escolaridad primaria general y el paralelismo del nivel de la escolaridad polimodal con terciario/universitario en todos

los partidos elegimos las variables analfabetismo y el nivel polimodal. De los últimos tres indicadores elegimos los siguientes : la Población sin cobertura en salud por representar no solo el nivel de cobertura sino también como indicador indirecto de condición socioeconómica de cada partido; el promedio de hijos por mujer en función de la jerarquía que tiene en la bibliografía en relación a la mortalidad infantil y su importancia demográfica; y no incluimos el IDH ya que este a nivel de los partidos fue realizado incluyendo la Tasa de Mortalidad Infantil sumado a los indicadores de educación, socioeconómicos , sanitarios y de salud, por lo cual queda invalidado para su correlación con la Tasa de Mortalidad Infantil incluida en el mismo índice. El indicador usado para mostrar la situación de salud es la mortalidad infantil, desagregada en mortalidad neonatal y posneonatal.

La relación de ambos grupos de indicadores se realiza por medio del coeficiente de correlación de cada indicador de los determinantes del espacio social con cada uno de mortalidad infantil y se muestra diferenciado por cordón. Se realizó la prueba t con un nivel de significación del 5% ($\alpha = 0,05$) y la transformación Z por prueba de Fisher y Fisher invertida del coeficiente de correlación para el intervalo de confianza realizado con Excel. Los gráficos de correlación se realizaron con el programa "R" (R Development Core Team 2010). Además se presenta el coeficiente de determinación y la regresión lineal.

Resguardos éticos: La confidencialidad de los datos está protegida por la Ley de Secreto Estadístico N° 17622 Decreto N° 3110/70. No se toman datos individuales por lo cual no es factible la identificación de las personas. Los datos están publicados oficialmente.

RESULTADOS

Descripción de la Mortalidad Infantil: En el trienio 2001-2003 fallecieron 7691 niños menores de 1 año correspondiente a la TMI de 16,5%. Las menores TMI se encuentran en el primer cordón cuyo valor mínimo es de 10%, está representado por los partidos de V. López y S. Isidro. Las TMI máximas están en el 2do cordón, cercanas al 20% en los partidos de Ezeiza, José C. Paz, Merlo y San Fernando. Los rangos intra-cordón son similares, entre 6 y 7. La media de la TMI del 2do cordón de 17,4% supera en 3 puntos la del 1er cordón de 14,1% (Tabla N° 1, Gráfico N° 1).

Tabla N°1. Mortalidad Infantil de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003.

PGBA	Nacidos Vivos	Defunciones en < 1 año	TMI %
1er Cordón			
Avellaneda	17294	274	15,8
Gral. San Martín	17727	306	17,3
Hurlingham	8022	108	13,5
Ituzaingó	7003	89	12,7
Lanús	20250	318	15,7
Morón	13028	198	15,2
San Isidro	14764	157	10,6
Tres de Febrero	15168	184	12,1
Vicente López	10622	115	10,8
Subtotales	123878	1749	14,1
2do. Cordón			
Alte. Brown	28633	482	16,8
Berazategui	16281	283	17,4
Esteban Echeverría	15577	277	17,8
Ezeiza	8062	177	22,0
Florencio Varela	23371	395	16,9
José C. Paz	15019	289	19,2
Lomas de Zamora	30876	510	16,5
Malvinas Argentinas	16587	301	18,1
La Matanza	67195	1101	16,4
Merlo	26782	523	19,5
Moreno	22232	412	18,5

Quilmes	29330	464	15,8
San Fernando	7715	152	19,7
San Miguel	14747	258	17,5
Tigre	18483	318	17,2
subtotales	340890	5942	17,4
Totales	464768	7691	16,5

Fuente: elaboración propia a partir de DIS MSPBA (2002; 2003; 2004).

Descripción de la Mortalidad Neonatal en los PGBA: En el 2001-2003 fallecieron 4767 menores de 28 días, correspondientes a la TMN de 10,3 ‰. Se repite el patrón de las TMI, las mínimas TMN están en el 1er cordón cerca del 7‰ en V. López y S. Isidro y las más altas están en el 2do cordón en S. Fernando, Ezeiza, Merlo y S. Miguel, entre 11‰ y 14‰. Los rangos intra-cordón son bajos y el inter-cordón más bajo aun, un poco más de 1, lo que manifiesta mayor homogeneidad en ambos casos.

La MN es el 62% de la MI. Los partidos con porcentaje más alto son S. Fernando, S. Isidro y Morón. El porcentaje medio del 1er cordón es mayor que el del 2do (Tabla N° 2, Gráfico 1)

Tabla N°2. Mortalidad Neonatal de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003.

PGBA	Nacidos Viv.n	Def.en<1 año n	Def.<28días n	Def.<28días%	TMN‰
1er Cordón					
Avellaneda	17294	274	159	58,0	9,2
Gral. San Martín	17727	306	199	65,0	11,2
Hurlingham	8022	108	70	64,8	8,7
Ituzaingó	7003	89	56	62,9	8,0
Lanús	20250	318	178	56,0	8,8
Morón	13028	198	141	71,2	10,8
San Isidro	14764	157	114	72,6	7,7
Tres de Febrero	15168	184	127	69,0	8,4
Vicente López	10622	115	80	69,6	7,5
Subtotales	123878	1749	1124	64,3	9,1
2do. Cordón					
Alte. Brown	28633	482	279	57,9	9,7
Berazategui	16281	283	187	66,1	11,5
E.Echeverría	15577	277	172	62,1	11,0
Ezeiza	8062	177	117	66,1	14,5
Florencio Varela	23371	395	203	51,4	8,7
José C. Paz	15019	289	170	58,8	11,3
Lomas de Zamora	30876	510	298	58,4	9,7
M.Argentinas	16587	301	178	59,1	10,7
La Matanza	67195	1101	672	61,0	10,0
Merlo	26782	523	328	62,7	12,2
Moreno	22232	412	252	61,2	11,3
Quilmes	29330	464	286	61,6	9,8

San Fernando	7695	152	114	75,0	14,8
San Miguel	14747	258	172	66,7	11,7
Tigre	18483	318	215	67,6	11,6
Subtotales	340870	5942	3643	61,3	10,7
Totales	464748	7691	4767	62,0	10,3

Fuente: elaboración propia a partir de DIS MSPBA (2002;2003;2004).Nota:n:número,Viv:vivos, Def.:defunciones

Descripción de la Mortalidad Post-Neonatal en los PGBA: En el 2001-2003 fallecieron 2924 niños de 28 a 365 días, correspondiente a una TMPN de 6,3%. Se vuelve a repetir las menores tasas en el 1er cordón, cerca del 3%, cuyos mejores representantes son V. López y S. Isidro. Y las mayores TMPN están en el 2do cordón, en F. Varela, José C. Paz, M. Argentinas y Ezeiza entre el 7 y 8%. Todos los rangos son bajos, entre 1 y 4.

La MPN es el 38% de la MI, el máximo es de 48,6% en F. Varela y mínimo 25% en S. Fernando. Los rangos de los porcentajes intra-cordón son amplios entre 17 y 23, como así entre cordones (Tabla N° 3, Gráfico N° 1).

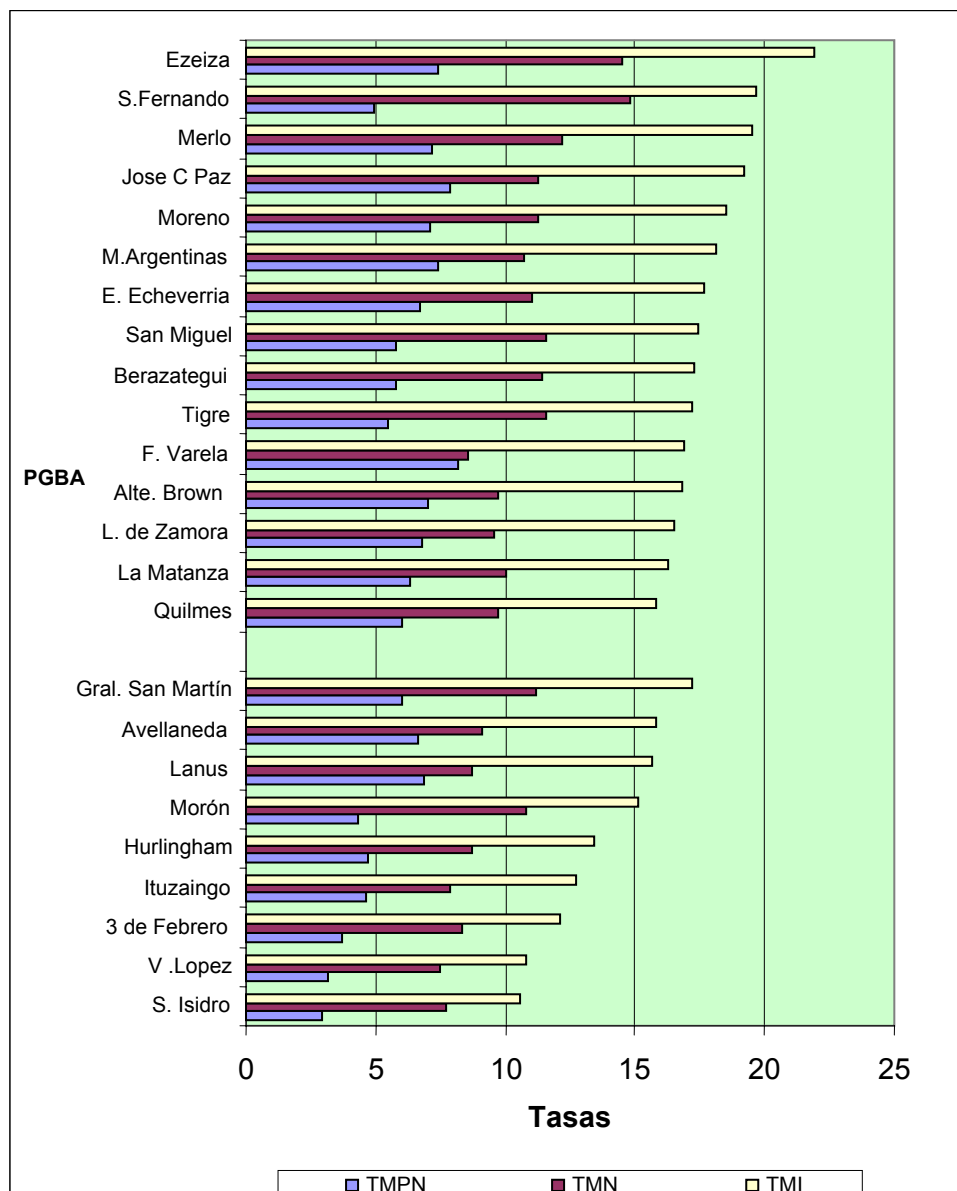
Tabla N°3. Mortalidad Post- Neonatal de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003.

PGBA	Nacidos Vivos n	Def.en<1a n	Def.28dy+ n	Def. PN %	TMPN‰
1er Cordón					
Avellaneda	17294	274	115	42,0	6,6
Gral. San Martín	17727	306	107	35,0	6,0
Hurlingham	8022	108	38	35,2	4,7
Ituzaingó	7003	89	33	37,1	4,7
Lanús	20250	318	140	44,0	6,9
Morón	13028	198	57	28,8	4,4
San Isidro	14764	157	43	27,4	2,9
Tres de Febrero	15168	184	57	31,0	3,8
Vicente López	10622	115	35	30,4	3,3
Subtotales	123878	1749	625	35,7	5,0
2do. Cordón					
Alte. Brown	28633	482	203	42,1	7,1
Berazategui	16281	283	96	33,9	5,9
Esteban Echeverría	15577	277	105	37,9	6,7
Ezeiza	8062	177	60	33,9	7,4
Florencio Varela	23371	395	192	48,6	8,2
José C. Paz	15019	289	119	41,2	7,9
Lomas de Zamora	30876	510	212	41,6	6,9
Malvinas Argentinas	16587	301	123	40,9	7,4
La Matanza	67195	1101	429	39,0	6,4
Merlo	26782	523	195	37,3	7,3
Moreno	22232	412	160	38,8	7,2
Quilmas	29330	464	178	38,4	6,1
San Fernando	7695	152	38	25,0	4,9
San Miguel	14747	258	86	33,3	5,8

Tigre	18483	318	103	32,4	5,6
Subtotales	340870	5942	2299	38,7	6,7
Totales	464748	7691	2924	38,0	6,3

Fuente: elaboración propia a partir de DIS MSPBA (2002; 2003; 2004). Nota: n: número.

Gráfico N°1. Tasa de Mortalidad Infantil, Neonatal y Pos-Neonatal de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003.



Fuente: Elaboración propia a partir de DIS MSPBA (2002; 2003; 2004).

Nota: ordenado de mayor a menor por TMI y por cordón.

La mortalidad infantil en los PGBA en el trienio 2001-2003 está compuesta mayoritariamente por neonatos. La mayor parte de las tasas son más altas en el 2do cordón, tanto las muertes neonatales como las posneonatales. Existen mayores diferencias intra-cordón en los porcentajes de MPN (Gráfico N° 1, Anexo N° 4).

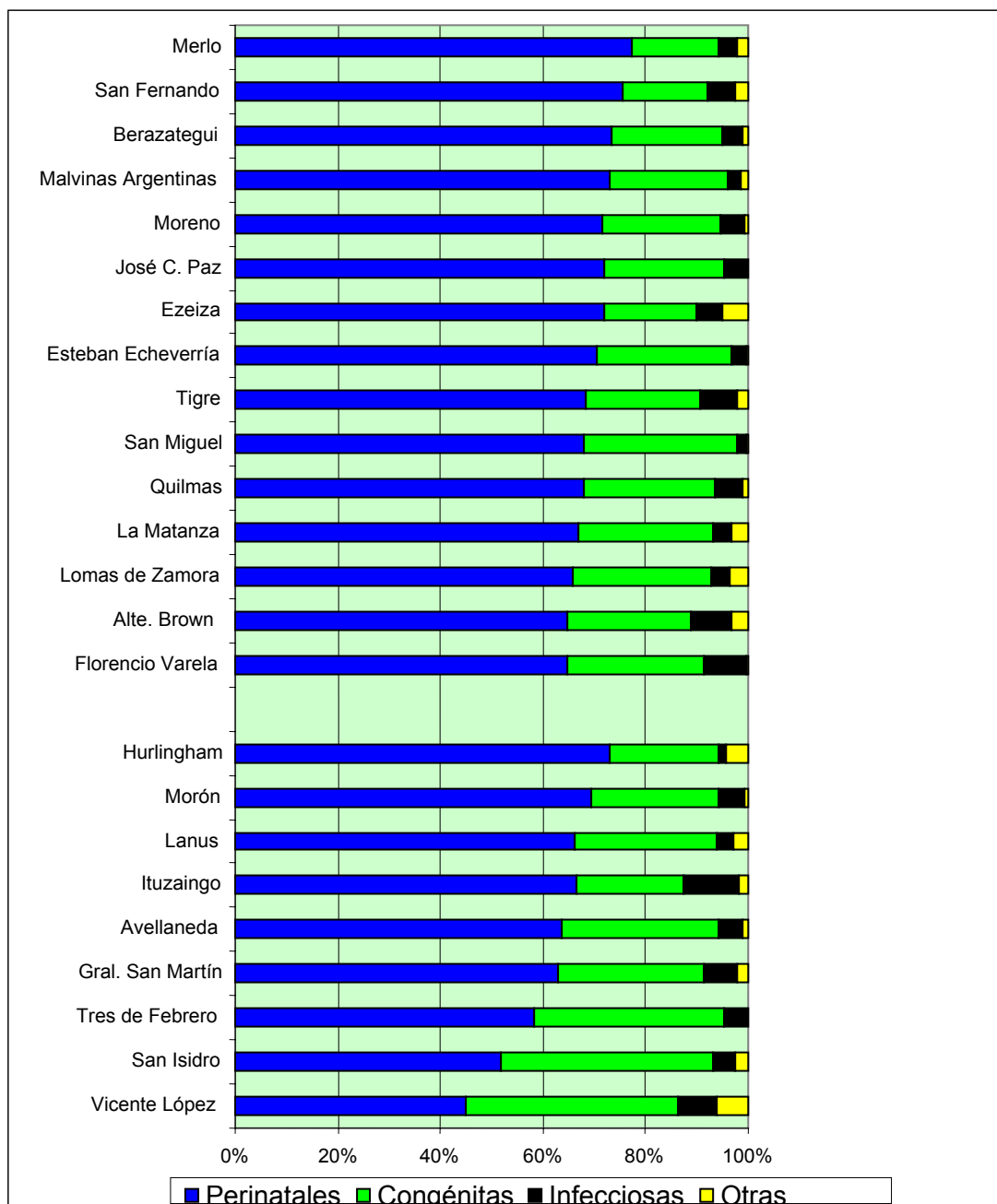
Descripción de las Causas de Muerte Neonatal en los PGBA, 2001-2003: Del total de 7691 muertes, las neonatales fueron 4767 el 62%. De estas el 67,7% por enfermedades perinatales, los mínimos son del 1er cordón con de 45% en V. López y los máximos en el 2do cordón con Merlo con 77,1%. Los rangos son menores en el 2do cordón con medias más altas. El 25,4% de defunciones fueron por Malformaciones Congénitas, el mínimo en S. Fernando con 16,7% y el máximo en V. López con 41,3%. Los rangos son menores en el 2do cordón pero el promedio es mayor en el 1er cordón. Las causas de muerte por enfermedades perinatales predominan en el 2do cordón y por Malformaciones Congénitas en el 1er cordón. Las causas infecciosas son el 5 %, las medias son parejas entre cordones, pero se destaca una mayor diferencia en el 1er cordón. Otras causas reúnen el 2,1%, dentro de las que se encuentran: Tumores, Circulatorias, Causas externas, Signos, síntomas y afecciones clínicas y de laboratorio no bien definidas y Demás causas bien definidas (Tabla N° 4, Gráfico N° 2).

Tabla N°4. Causas de Muerte Neonatal de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003.

PGBA	Totales	PN. n	PN%	MC.n	MC%	Inf.n	Inf.%	Ot.n	Ot%
1er Cordón									
Avellaneda	159	101	63,5	49	30,8	7	4,4	2	1,3
Gral.S.Martín	199	125	62,8	57	28,6	13	6,5	4	2,0
Hurlingham	70	51	72,9	15	21,4	1	1,4	3	4,3
Ituzaingó	56	37	66,1	12	21,4	6	10,7	1	1,8
Lanús	178	118	66,3	49	27,5	6	3,4	5	2,8
Morón	141	98	69,5	35	24,8	7	5,0	1	0,7
San Isidro	114	59	51,8	47	41,2	5	4,4	3	2,6
T.de Febrero	127	73	57,5	46	36,2	6	4,7	2	1,6
V.López	80	36	45,0	33	41,3	6	7,5	5	6,3
Subtotales	1124	698	62,1	343	30,5	57	5,1	26	2,3
2do.Cordón									
Alte. Brown	279	180	64,5	67	24,0	23	8,2	9	3,2
Berazategui	187	137	73,3	40	21,4	8	4,3	2	1,1
E.Echeverría	172	121	70,3	45	26,2	5	2,9	1	0,6
Ezeiza	117	84	71,8	21	17,9	6	5,1	6	5,1
F. Varela	203	131	64,5	54	26,6	17	8,4	1	0,5
José C. Paz	170	122	71,8	40	23,5	8	4,7	0	0
L.de Zamora	298	196	65,8	80	26,8	11	3,7	11	3,7
M.Argentinas	178	130	73,0	41	23,0	4	2,2	3	1,7
La Matanza	672	448	66,7	177	26,3	26	3,9	21	3,1
Merlo	328	253	77,1	56	17,1	12	3,7	7	2,1
Moreno	252	182	72,2	56	22,2	12	4,8	2	0,8
Quilmas	286	194	67,8	73	25,5	16	5,6	3	1,0
S.Fernando	114	86	75,4	19	16,7	6	5,3	3	2,6
San Miguel	172	117	68,0	51	29,7	3	1,7	1	1,6
Tigre	215	147	68,4	48	22,3	15	7,0	5	2,3
Subtotales	3643	2528	69,4	868	23,8	172	4,7	75	2,1
Totales	4767	3226	67,7	1211	25,4	229	5	101	2,1

Fuente: elaboración propia a partir de DIS MSPBA (2002; 2003; 2004). Nota: 1-los porcentajes se suman en filas. Nota:2- PN: perinatales, MC: Malformaciones congénitas, Inf.: Infecciosas, Ot.:otras, n: número.

Gráfico N°2. Porcentajes de Causas básicas de Muerte Neonatales de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003.



Fuente: Elaboración propia a partir de DIS MSPBA (2002; 2003; 2004).
 Nota: Ordenado de mayor a menor porcentaje de causa de muerte perinatal y por cordón.

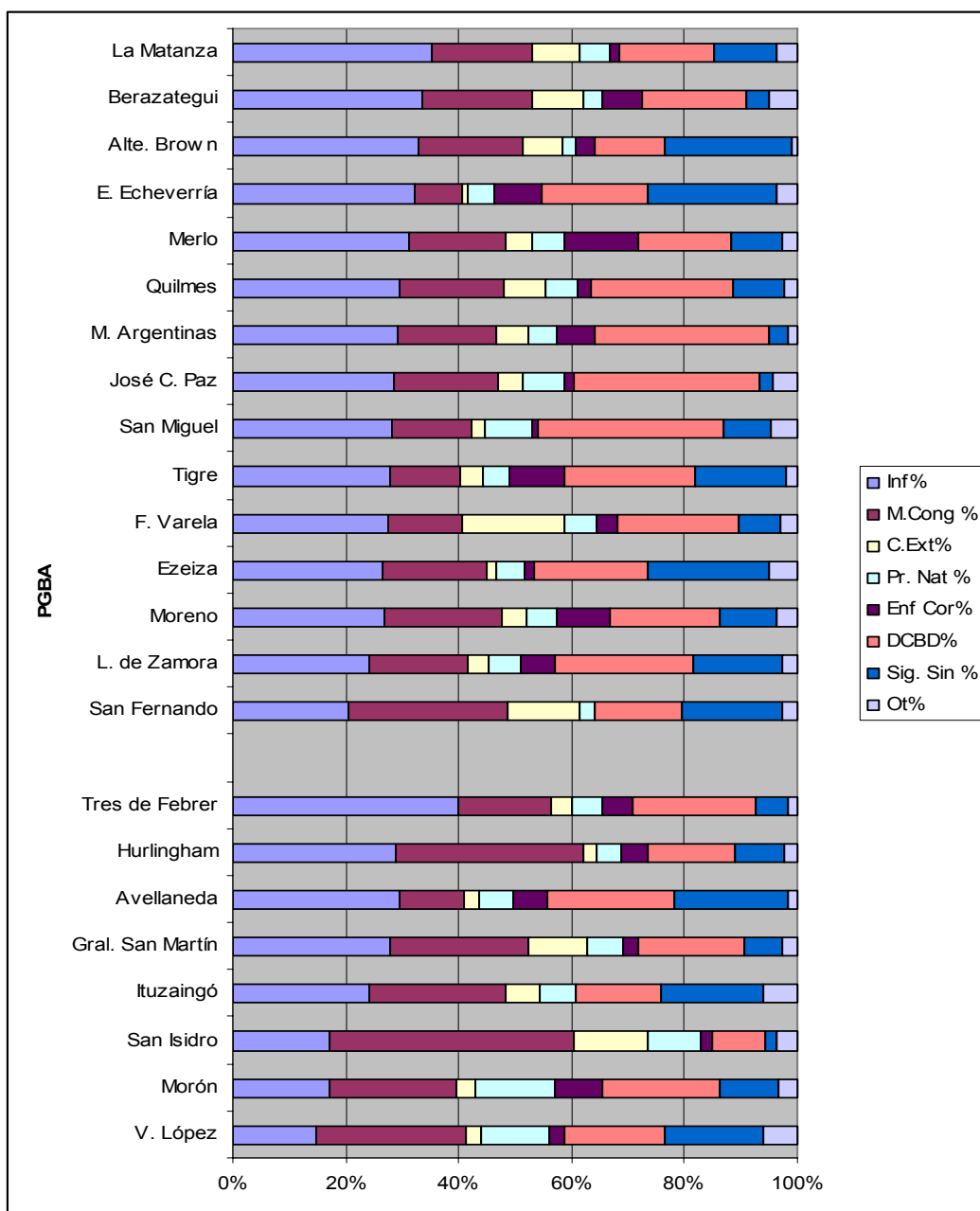
Descripción de las causas de Muerte Posneonatales en los PGBA. 2001: Del total de 7691 muertes, 2924 el 38,1% son Posneonatales. De estas el 29,8% son de origen Infeccioso, las diferencias entre cordones son bajas pero el rango es mucho mas amplio en el 1er cordón con el mínimo 14,7% en V. López y máximo 40% en T. de Febrero. El 18,4% son Malformaciones congénitas, predominando en el 1er cordón, con amplio rangos intra-cordones. El 6,4% son Causas externas. El 7 % Afecciones de origen perinatal. El 4,8% Enfermedades de corazón. El 20,6% son Demás causas bien definidas no clasificadas en otra parte dentro de las cuales hay una fuerte predominancia de enfermedades de las vías respiratorias (Anexo 7). El 11,4% son Signos, síntomas y afecciones clínicas y de laboratorio no bien definidas y el 3,1% denominado como Otros no clasificadas en otra parte que incluyen: Enf. del sistema digestivo, Enf. hematológicas, Enf. endocrinológicas, Enf. del sistema urinario, Enf. cerebrovasculares, Enf. de vías Resp. y Tumores (Tabla N° 5, Gráfico N° 3).

Tabla N° 5 (Final). Causas de Muerte Post-Neonatales De los Partidos del Gran Buenos Aires. Año 2001-2003.

PGBA	Tot.	Inf.	Inf. %	M.Cg.	M.Cg. %	C.Ext.	C.Ext. %	Pr.Na	Pr.Na %	E.Cor.	E.Cor. %	DCBD	DCBD %	Sig.S.	Sig.S. %	Ot.	Ot. %
1er Cordón																	
Avelaneda	115	34	29,6	13	11,3	3	2,6	7	6,1	7	6,1	26	22,6	23	20	2	1,7
G. S. Martín	107	30	28	26	24,3	11	10,3	7	6,5	3	2,8	20	18,7	7	6,5	3	2,8
Hurlingham	45	13	28,9	15	33,3	1	2,2	2	4,4	2	4,4	7	15,6	4	8,9	1	2,2
Ituzaingo	33	8	24,2	8	24,2	2	6,1	2	6,1			5	15,2	6	18,2	2	6,1
Lanus	135	54	40	29	21,5	2	1,5	4	3,0	2	1,5	28	20,7	9	6,7	7	5,2
Morón	58	10	17,2	13	22,4	2	3,4	8	13,8	5	8,6	12	20,7	6	10,3	2	3,4
S. Isidro	53	9	17,0	23	43,4	7	13,2	5	9,4	1	1,9	5	9,4	1	1,9	2	3,8
T. de Febrero	55	22	40	9	16,4	2	3,6	3	5,5	3	5,5	12	21,8	3	5,5	1	1,8
V. López	34	5	14,7	9	26,5	1	2,9	4	11,8	1	2,9	6	17,6	6	17,6	2	5,9
Subtotales	635	185	29,1	145	22,8	31	4,9	42	6,6	24	3,8	121	19,1	65	10,2	22	3,5
Zdo. Cordón																	
Alte. Brown	204	67	32,8	38	18,6	14	6,9	5	2,5	7	3,4	25	12,3	46	22,5	2	1,0
Berazategui	98	33	33,7	19	19,4	9	9,2	3	3,1	7	7,1	18	18,4	4	4,1	5	5,1
E. Echeverría	106	34	32,1	9	8,5	1	0,9	5	4,7	9	8,5	20	18,9	24	22,6	4	3,8
Ezeiza	60	16	26,7	11	18,3	1	1,7	3	5	1	1,7	12	20	13	21,7	3	5
F. Varela	192	53	27,6	25	13,0	35	18,2	11	5,7	7	3,6	41	21,4	14	7,3	6	3,1
J. C. Paz	119	34	28,6	22	18,5	5	4,2	9	7,6	2	1,7	39	32,8	3	2,5	5	4,2
L. de Zamora	212	51	24,1	37	17,5	8	3,8	12	5,7	13	6,1	52	24,5	33	15,6	6	2,8
M. Argentinas	120	35	29,2	21	17,5	7	5,8	6	5	8	6,7	37	30,8	4	3,3	2	1,7
La Matanza	417	147	35,3	74	17,7	35	8,4	22	5,3	7	1,7	70	16,8	47	11,3	15	3,6
Merlo	196	61	31,1	34	17,3	9	4,6	11	5,6	26	13,3	32	16,3	18	9,2	5	2,6
Moreno	160	43	26,9	33	20,6	7	4,4	9	5,6	15	9,4	31	19,4	16	10	6	3,8
Quilmes	177	52	29,4	33	18,6	13	7,3	10	5,6	4	2,3	45	25,4	16	9,0	4	2,3
S. Fernando	39	8	20,5	11	28,2	5	12,8	1	2,6			6	15,4	7	17,9	1	2,6
S. Miguel	85	24	28,2	12	14,1	2	2,4	7	8,2	1	1,2	28	32,9	7	8,2	4	4,7
Tigre	104	29	27,9	13	12,5	4	3,8	5	4,8	10	9,6	24	23,1	17	16,3	2	1,9
Subtotales	2289	687	30,0	392	17,1	155	6,8	119	5,2	117	5,1	480	21,0	269	11,8	70	3,1
Totales	2924	872	29,8	537	18,4	186	6,4	161	7,0	141	4,8	601	20,6	334	11,4	92	3,1

Fuente: elaboración propia a partir de datos de (DIS. MSPBA 2002; 2003; 2004); Nota: los porcentajes se suman en filas. Inf: Infecciones, M.Cg: Malformaciones congénitas C. Ext: Causas externas, Pr.Na.: Afecciones perinatales, E.Cor.: Enfermedades del corazón, DCBD: Demás Causas Bien Definidas, Sig.S: Signos, síntomas y afecciones clínicas y de laboratorio mal definidas, Ot: Otros.

Gráfico N°3 .Porcentaje de Causas Básicas de Muerte Posneonatal de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003.



Fuente: Elaboración propia a partir de DIS. MSPBA (2002; 2003; 2004).
 Nota: 1- Ordenado de mayor a menor porcentaje de causa de muerte de origen infeccioso y por cordón. 2- Inf.: Enf. Infecciosas. M. Cg: Malformaciones congénitas. C. Ext.: Causas externas. Pr. Na.: Afecciones de origen perinatal. E. Cor.: Enfermedades del corazón. DCBD: Demás causas bien definidas. Sig. S.: Signos, síntomas y afecciones clínicas y de laboratorio mal definidas. Ot.: Otros.

Descripción del NBI de hogares, viviendas deficitarias, hacinamiento crítico, agua corriente y cloacas de los PGBA en el año 2001: El NBI de Hogares de los 24 PGBA es 14,5%, la vivienda deficitaria es 23% y el hacinamiento crítico de 4,6%. Los mínimos generales de las tres variables corresponden a V. López y los máximos a F. Varela. Además coinciden los máximos del 1er cordón en Hurlingham y los mínimos del 2do cordón en S. Fernando. El 2do cordón duplica al 1er cordón en NBI de hogares, casi triplica el Hacinamiento crítico y es más que el triple en vivienda deficitaria. Esto hace que en esta última variable los rangos sean mucho más importantes que en las otras dos variables, sin dejar en estas de ser muy amplios.

Con respecto al agua corriente la media general es 60,7% y las cloacas 33,5%. El 1er cordón supera en 27 puntos al 2do en el agua y duplica en cloacas. En el 1er cordón el 55% de los partidos está arriba del 90% y en el 2do el 26%. En cloacas el 55% de los partidos del 1er cordón supera el 50% y el 22% del 2do cordón. En resumen los rangos son muy amplios tanto intra-cordón como entre cordones. Los datos más favorables siempre están en V. López, San Isidro, y Tres de Febrero; y los peores en Ituzaingó, José C. Paz, M. Argentinas y Ezeiza. Con Agua y Cloacas los rangos son los más amplios con predominio en el 1er cordón. En el 2do cordón los rangos son menores pero también todos los valores son más bajos (Tabla N° 6, Gráfico N° 4 y 5).

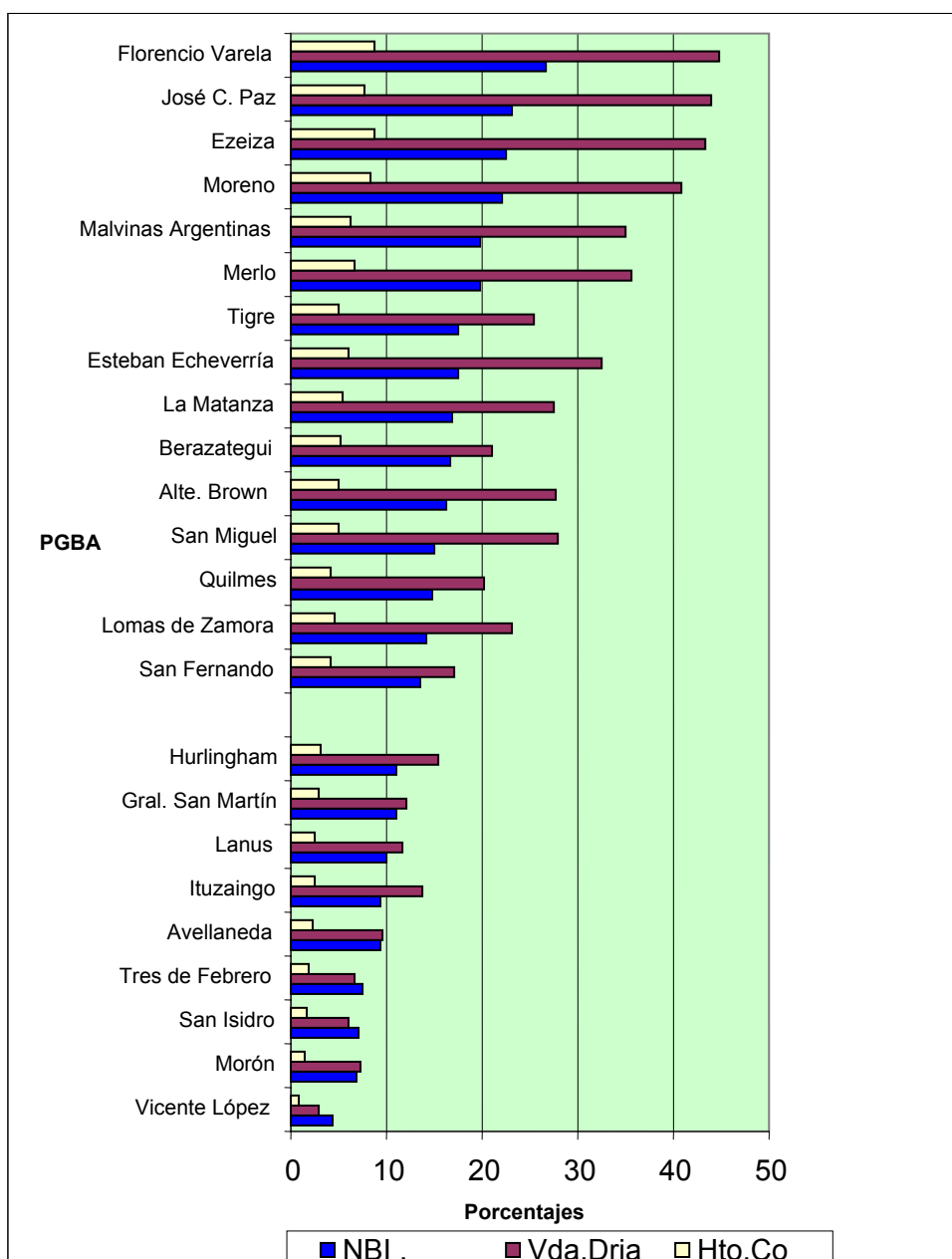
Tabla N°6. Porcentaje de hogares con NBI de hogares, Vivienda deficitaria, Hacinamiento crítico, Agua corriente y Cloacas en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.

PGBA	NBI %	Vda.Dria. %	Hto.Co%	Agua %	Cloaca%
1er Cordón					
Avellaneda	9,3	9,6	2,2	98,8	58,5
Gral. San Martín	11,0	12,1	3,0	95,0	49,2
Hurlingham	11,1	15,5	3,1	32,7	4,4
Ituzaingó	9,3	13,8	2,6	8,2	0,7
Lanús	9,9	11,7	2,6	98,8	28,6
Morón	6,8	7,2	1,5	76,4	50,2
San Isidro	7,0	6,1	1,7	97,9	67,4
Tres de Febrero	7,6	6,6	1,8	88,4	79,3
Vicente López	4,3	3,0	0,8	99,8	95,9
Subtotales	8,4	9,5	2,1	77,3	48,2
2do. Cordón					
Alte. Brown	16,3	27,8	5,0	47,0	16,9
Berazategui	16,6	21,1	5,3	94,1	52,0
Esteban Echeverría	17,5	32,5	6,1	36,7	13,5
Ezeiza	22,5	43,4	8,7	10,6	11,2
Florencio Varela	26,7	44,8	8,8	53,1	22,6
José C. Paz	23,1	44,0	7,7	7,2	1,1
Lomas de Zamora	14,2	23,2	4,5	93,8	26,8
Malvinas Argentinas	19,8	35,1	6,3	3,3	1,2
La Matanza	16,8	27,4	5,5	57,0	46,8
Merlo	19,8	35,7	6,7	43,3	18,9
Moreno	22,0	40,8	8,3	38,6	17,3
Quilmes	14,7	20,3	4,1	97,3	54,8
San Fernando	13,5	17,1	4,1	95,5	46,5
San Miguel	15,1	28,0	5,1	26,6	30,4
Tigre	17,6	25,5	5,0	57,7	9,5
Subtotales	18,4	31,1	6,0	50,7	24,6
Totales	14,5	23,0	4,6	60,7	33,5

Fuente: elaboración propia a partir de DEPBA (2002), INDEC (2001a).

Nota: Vda. Dria: vivienda deficitaria, Hto.Co : hacinamiento crítico,

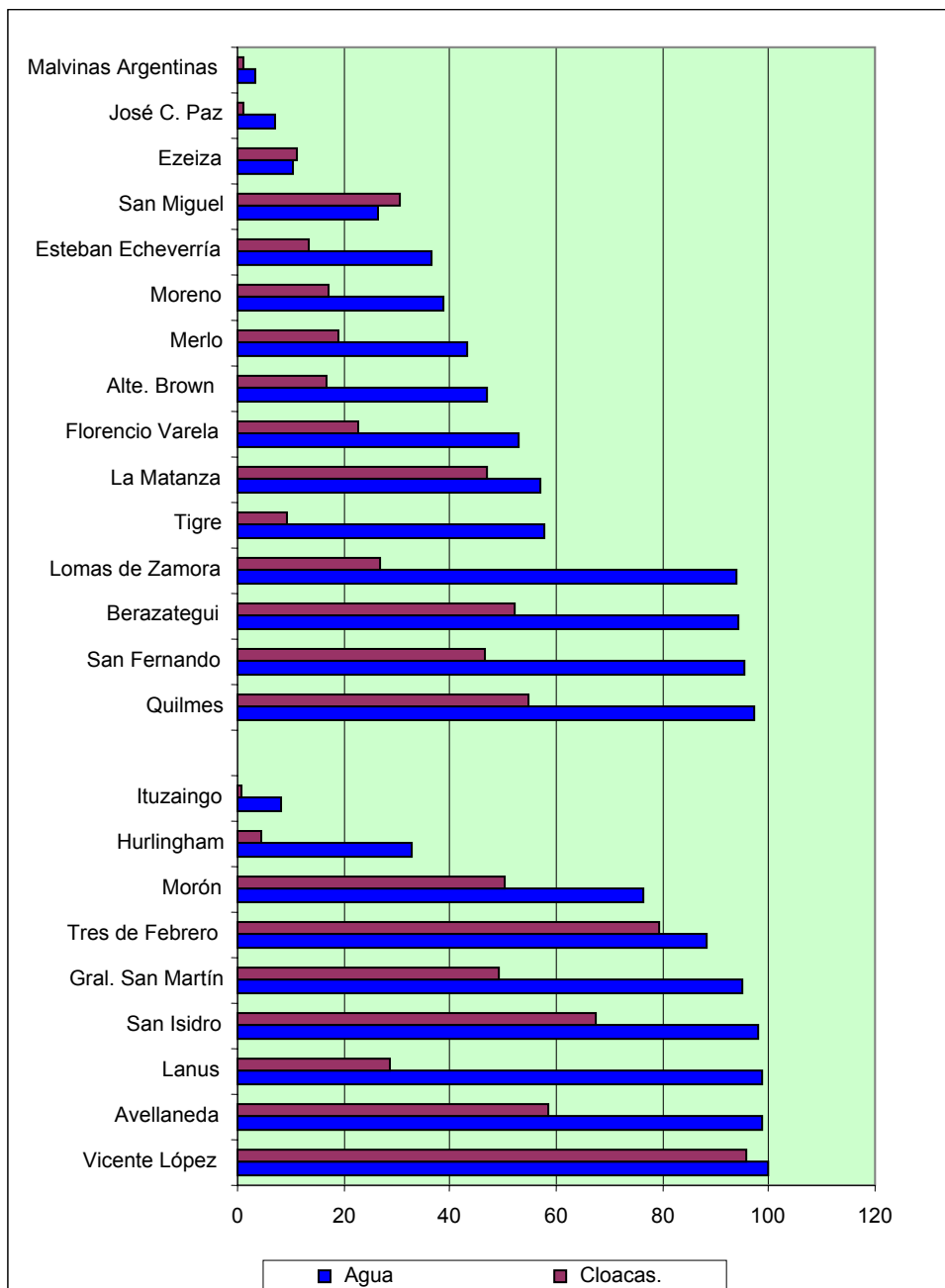
Gráfico N°4. Porcentaje de NBI de hogares, Vivienda Deficitaria y Hacinamiento crítico en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.



Fuente: Elaboración propia a partir de DEPBA (2002), INDEC (2001a).

Nota: 1-Ordenado de mayor a menor porcentaje de NBI de Hogares y por cordón. 2- Vda.Dria: vivienda deficitaria, Hto.Co.: hacinamiento crítico.

Gráfico N°5. Porcentaje de Viviendas con Agua corriente y Cloacas en Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.



Fuente: Elaboración propia a partir de DEPBA (2002), INDEC (2001a).

Nota: Ordenado de menor a mayor por porcentaje de viviendas con agua corriente y por cordón.

Descripción de la Educación en los PGBA en 2001: La tasa de analfabetismo de los PGBA es de 1,5%, el mínimo en V. López con 0,5% y el máximo en F. Varela 2,6%. El rango entre los promedios de los cordones es de 1 e intra-cordón también es bajo.

La tasa neta de EGB, polimodal, terciario/universitario son: 94,1%; 55% y 16,6% respectivamente. El valor mínimo está en F. Varela y el máximo en V. López. Las diferencias más importantes se dan a nivel de la educación polimodal y

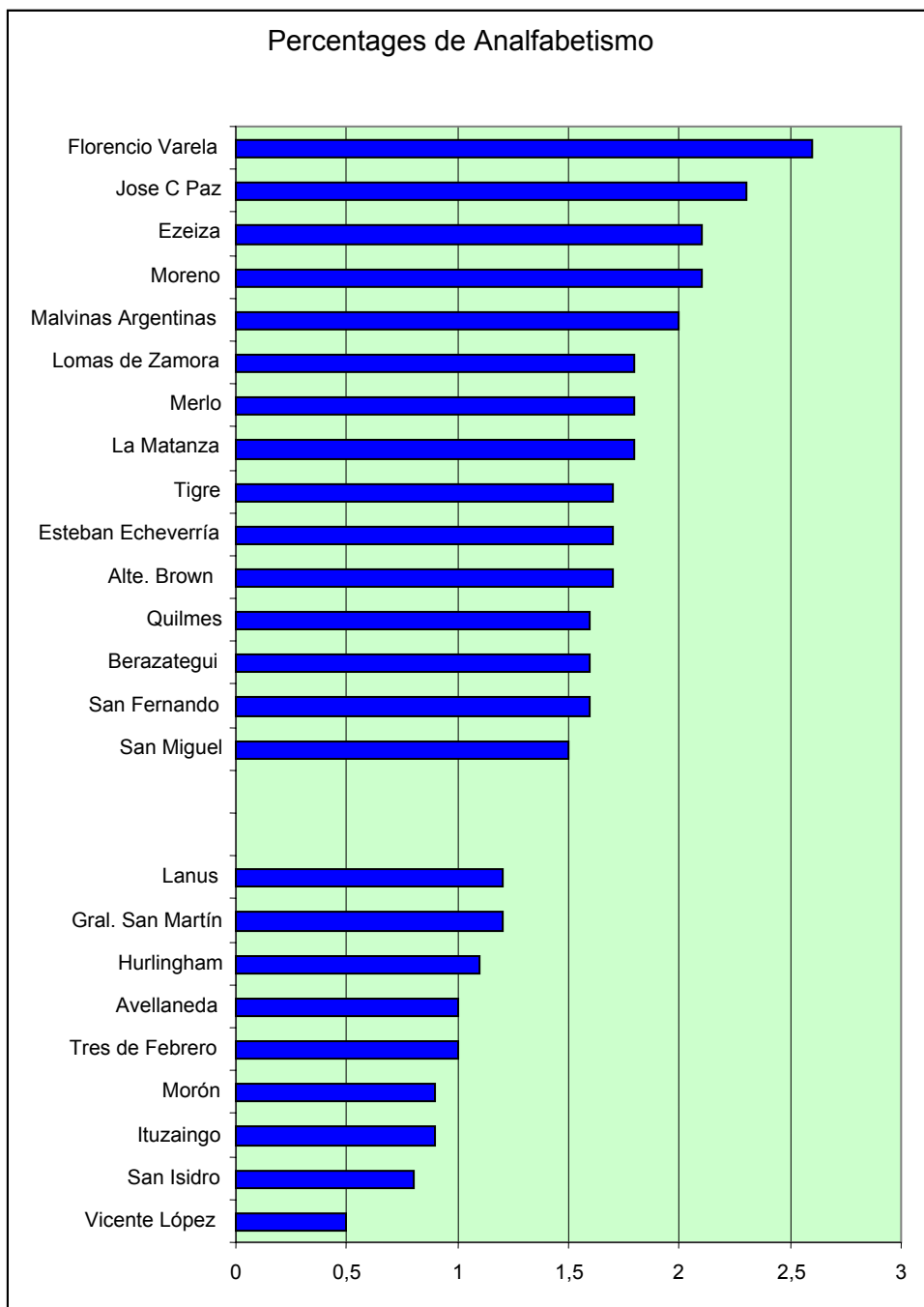
terciaria/universitaria cuyos máximos rangos superan al 20 en los partidos ya nombrados. Los rangos de las medias de los cordones son mínimas en EGB y de 10 en polimodal y terciario/universitario (Tabla N° 7, Gráfico N° 6 y 7).

Tabla N° 7. Niveles de Educación en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.

PGBA	Analfabetismo%	EGB %	Polimodal %	Terc./Univ.%
1er Cordón				
Avellaneda	1,0	94,3	57,8	21,3
Gral. San Martín	1,2	94	55,9	19,3
Hurlingham	1,1	94,5	56,8	17,3
Ituzaingo	0,9	94,7	60,7	20,2
Lanus	1,2	94,5	57,6	19,7
Morón	0,9	94,9	64,9	27,4
San Isidro	0,8	94,5	67,6	31,9
Tres de Febrero	1,0	94,4	60,9	21,4
Vicente López	0,5	95,1	71,4	35,3
Subtotales	0,9	94,5	61,5	23,8
2do. Cordón				
Alte. Brown	1,7	94,1	53,7	13,6
Berazategui	1,6	94,5	57,0	13,7
E.Echeverría	1,7	93,9	49,0	12,3
Ezeiza	2,1	93,4	46,7	8,0
Florencio Varela	2,6	93,3	46,3	7,4
José C. Paz	2,3	93,5	48,5	9,4
Lomas de Zamora	1,8	93,7	53,6	17,3
M.Argentinas	2,0	94,0	51,9	9,9
La Matanza	1,8	93,7	51,7	12,9
Merlo	1,8	93,6	47,9	10,4
Moreno	2,1	93,4	50,1	9,9
Quilmas	1,6	93,9	53,4	17,2
San Fernando	1,6	94,2	53,4	14,5
San Miguel	1,5	94,1	53,7	16,7
Tigre	1,7	93,8	49,1	11,8
Subtotales	1,9	93,8	51,1	12,3
Totales	1,5	94,1	55,0	16,6

Fuente: elaboración propia a partir de DEPBA (2002), INDEC (2001a).Nota: Terc./Univ.; terciario/universitario

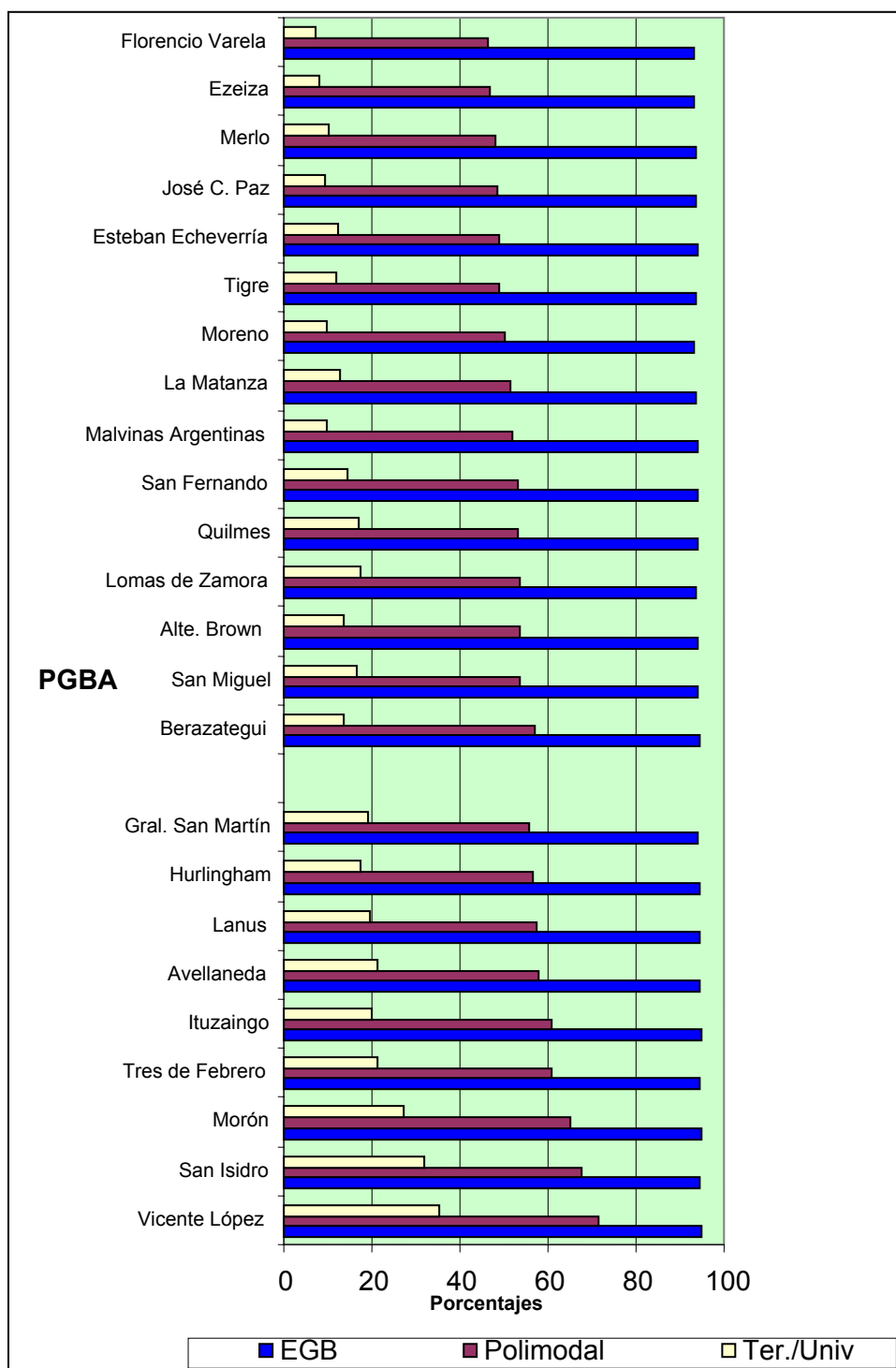
Gráfico N°6. Porcentaje de Analfabetismo en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.



Fuente: elaboración propia a partir de (DEPBA 2002), INDEC (2001a).

Nota: Ordenado de mayor a menor porcentaje de analfabetismo y por cordón.

Gráfico N°7. Porcentajes poblacionales de nivel de educación: Educación General Básica, Polimodal y Terciario/Universitario. En los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.



Fuente: elaboración propia a partir del DEPBA (2002), INDEC (2001a).

Nota: 1-Ordenado de menor a mayor porcentaje de polimodal y por cordón 2-Ter./Univ.: terciario/universitario. 3-Los porcentajes de Ter./Univ. están incluidos en polimodal y estos en EGB.

Descripción de los Indicadores de Promedio de Hijos por Mujer, Población sin Cobertura de Salud e Índice de Desarrollo Humano: El promedio de hijos por mujer es de 1,9. El

mínimo en V. López con 1,5 y el máximo en J. C. Paz y F. Varela 2,3. Los rangos son mínimos pero el 2do cordón sigue superando al 1ero.

La población sin cobertura en salud es de 50,9%. El mínimo en V. López 27,2% y el máximo en Moreno 65,5%. El rango entre los promedios de los cordones es mayor que 15, lo que en este indicador sugiere importantes diferencias. También las diferencias intra-cordones son importantes, superando el rango de 15, más aún en el 1er cordón.

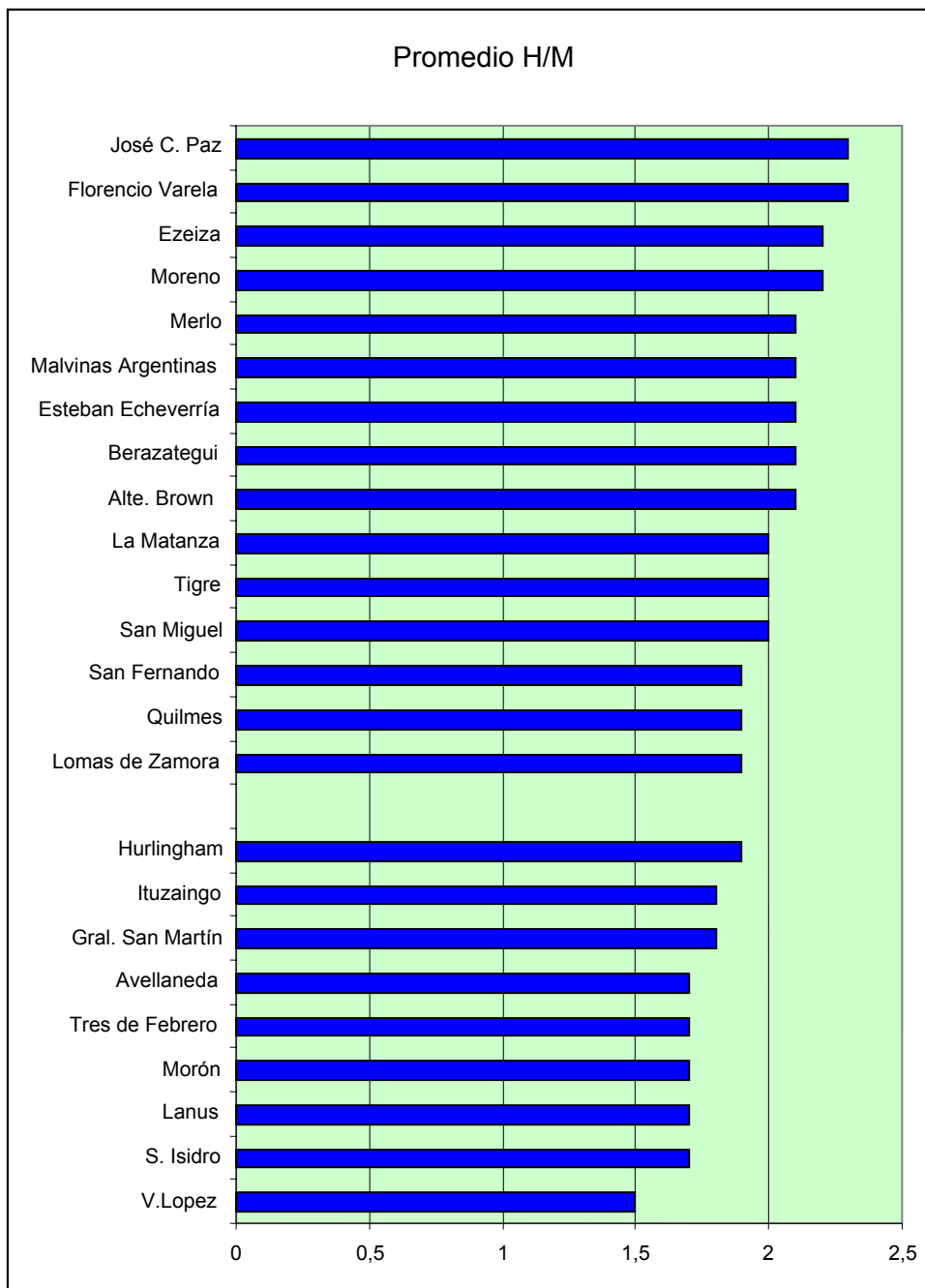
El IDH es de 841, el mínimo en F. Varela con 756 y el máximo 907 en V. López. Las diferencias son importantes entre cordones e intra-cordón. (Tabla N°8, Gráficos N° 8,9 ,10)

Tabla N°8. Promedio Hijos por Mujer, Porcentaje población sin cobertura en salud e Índice de desarrollo humano en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.

PGBA	Promedio hijos / mujer	Pobl.sin cob. de sal. %	IDH
1er Cordón			
Avellaneda	1,7	42,3	877
Gral. San Martín	1,8	48,3	867
Hurlingham	1,9	48,3	868
Ituzaingó	1,8	46,5	875
Lanús	1,7	45,6	868
Morón	1,7	38,5	886
San Isidro	1,7	32	898
Tres de Febrero	1,7	44,4	884
Vicente López	1,5	27,2	907
Subtotales	1,7	41,5	881
2do. Cordón			
Alte. Brown	2,1	53,7	835
Berazategui	2,1	55,5	841
E, Echeverría	2,1	55	826
Ezeiza	2,2	59,3	788
F. Varela	2,3	65,3	756
J. C. Paz	2,3	63,2	773
L. de Zamora	1,9	51,3	843
M. Argentinas	2,1	58,4	812
La Matanza	2	58,4	826
Merlo	2,1	61	802
Moreno	2,2	65,5	784
Quilmes	1,9	49,1	847
San Fernando	1,9	47,7	857
San Miguel	2	51,3	835
Tigre	2	54,8	835
Subtotales	2,1	56,6	817
Totales	1,9	50,9	841

Fuente: Elaboración propia a partir de DEPBA (2002), INDEC (2001a), DIS MSPBA (2002a).

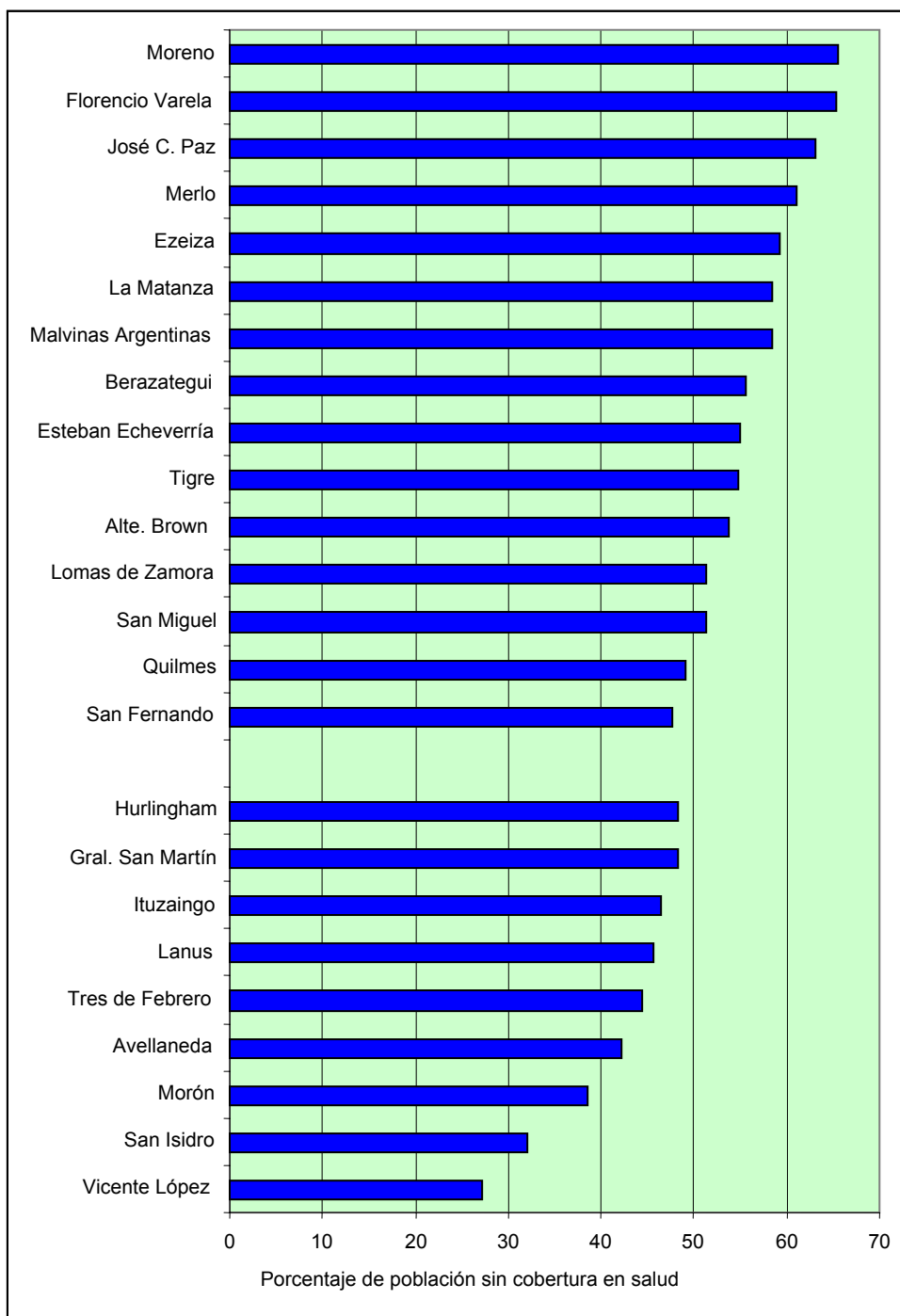
Gráfico N°8. Promedio Hijos/Mujer en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.



Fuente: elaboración propia a partir de DEPBA (2002), INDEC (2001a).

Nota: 1-Ordenado de mayor a menor promedio de hijos por mujer y por cordón. 2-H/M: promedio de hijos por mujer

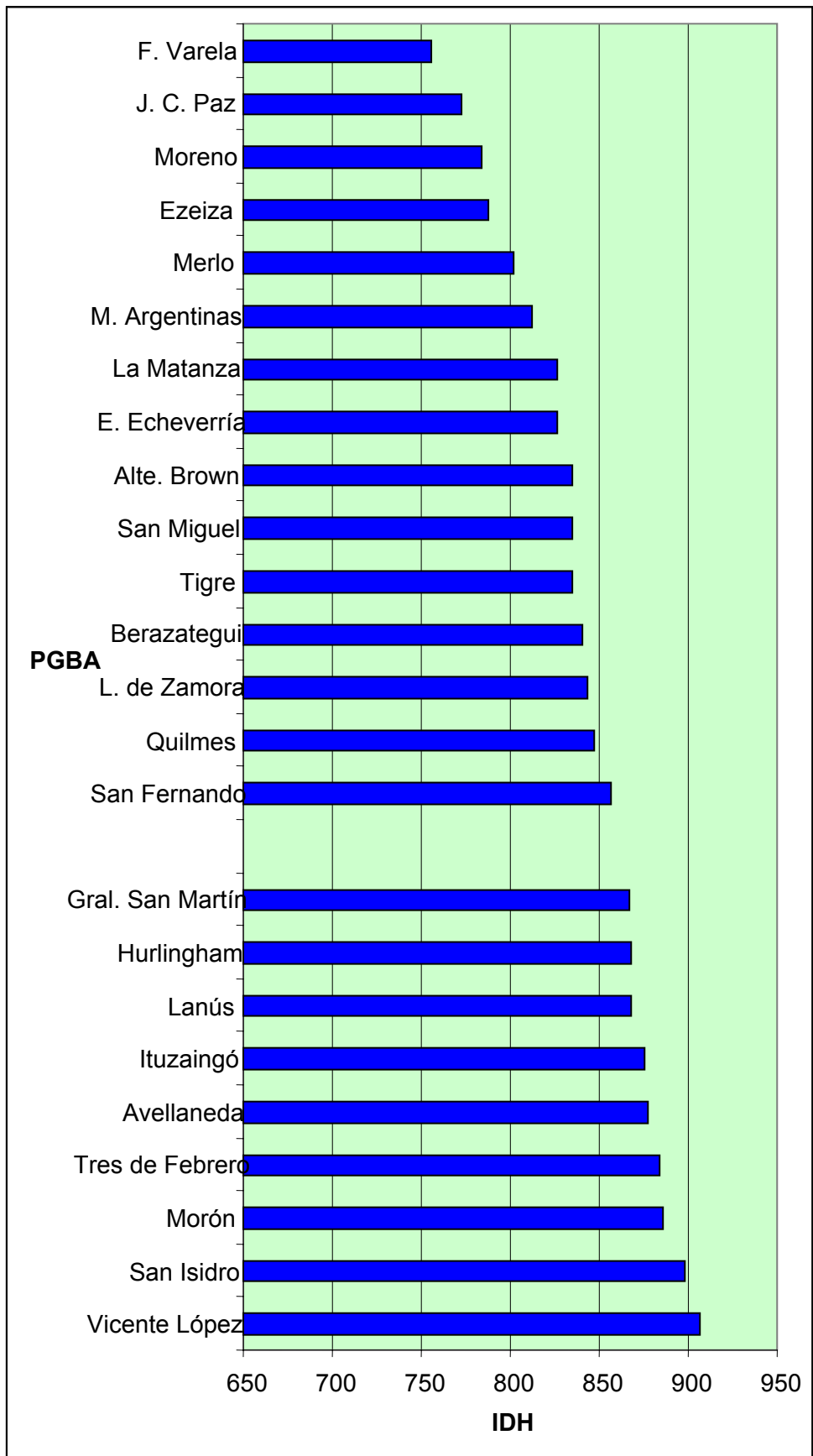
Gráfico N°9. Porcentaje de Población Sin Cobertura de Salud en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.



Fuente: elaboración propia a partir de DEPBA (2002), INDEC (2001a).

Nota: Ordenado de mayor a menor porcentaje de población sin cobertura en salud y por cordón.

Grafico N°10. Índice de Desarrollo Humano en los PGBA. Año 2001.



Fuente: elaboración propia a partir de DEPBA (2002),

Correlación y Determinación entre porcentaje de NBI de hogares, agua corriente y cloacas con las Tasas de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal: Los coeficientes de correlación más destacados fueron en forma directa o positiva el NBI de hogares cuyos valores son altos a nivel de los totales de TMI, pero son mayores en las TMPN, y más en el 2do cordón que en el 1ero.

Los coeficientes de correlación del agua corriente y cloacas son inversos o negativos, y con valores bajos en general. Solo se distinguen las correlaciones de las viviendas con cloacas en los totales pero a expensas de la TMPN y el 2do cordón.

Los coeficientes de determinación considerables están en el NBI de hogares en los totales y en la TMPN destacándose también en el 2do cordón; con el agua corriente y las cloacas no se destaca ninguno (Tabla Nº 9, Gráficos Nº 11, 12 a y b).

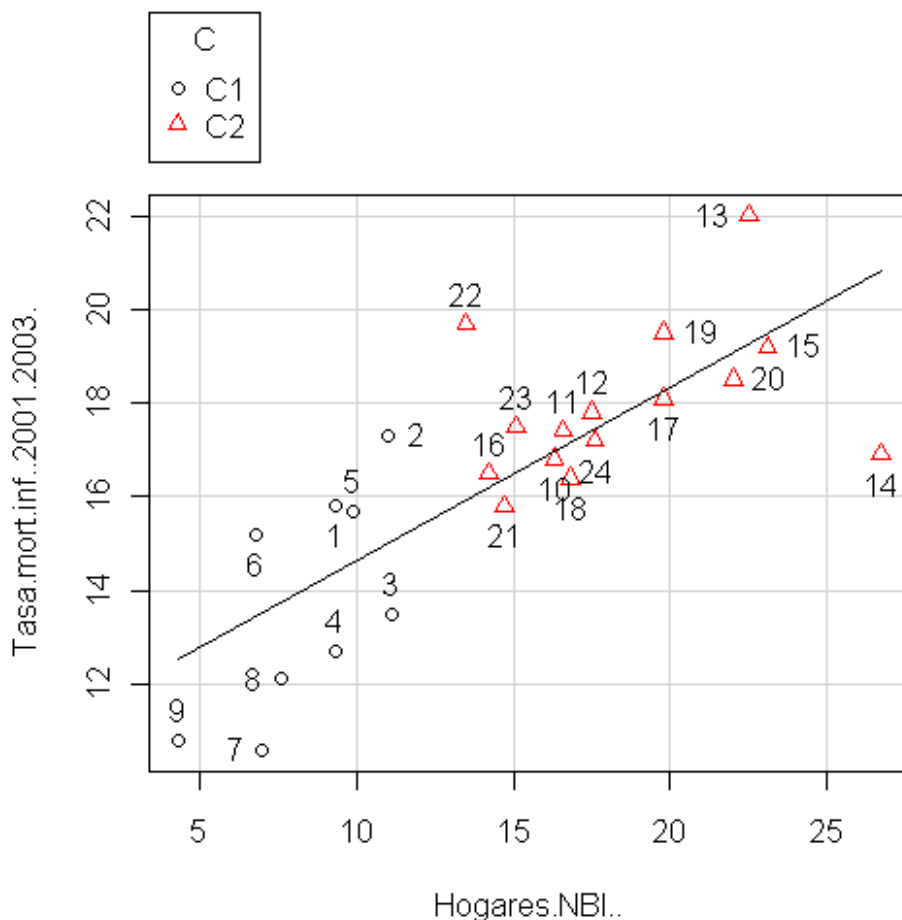
Tabla Nº9. Coeficiente de Correlación (CC) y Coeficiente de Determinación (CD) de NBI de hogares, Agua Corriente y Cloacas 2001 con TMI, TMN, TMPN en los años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires. Totales y por cordón.

Mort./Det.esp.social	NBI%	NBI %	Agua%	Agua%	Cloacas%	Cloacas%
Totales	CC	CD	CC	CD	CC	CD
TMI	0,78	0,60	-0,40	0,16	-0,54	0,29
TMN	0,50	0,25	-0,25	0,06	-0,31	0,10
TMPN	0,84	0,70	-0,43	0,18	-0,62	0,39
1er cordón						
TMI	0,66	0,43	0,13	0,02	-0,33	0,11
TMN	0,41	0,17	0,15	0,02	-0,13	0,02
TMPN	0,70	0,49	0,09	0,01	-0,42	0,17
2do cordón						
TMI	0,37	0,14	-0,48	0,23	-0,39	0,15
TMN	-0,10	0,01	-0,12	0,01	-0,03	0,001
TMPN	0,81	0,66	-0,59	0,34	-0,62	0,38

Fuente: elaboración propia a partir del INDEC (2001a), DIS MSPBA (2002; 2003; 2004)

Nota: CC o "r": coeficiente de correlación, CD "r²": Coeficiente de determinación.

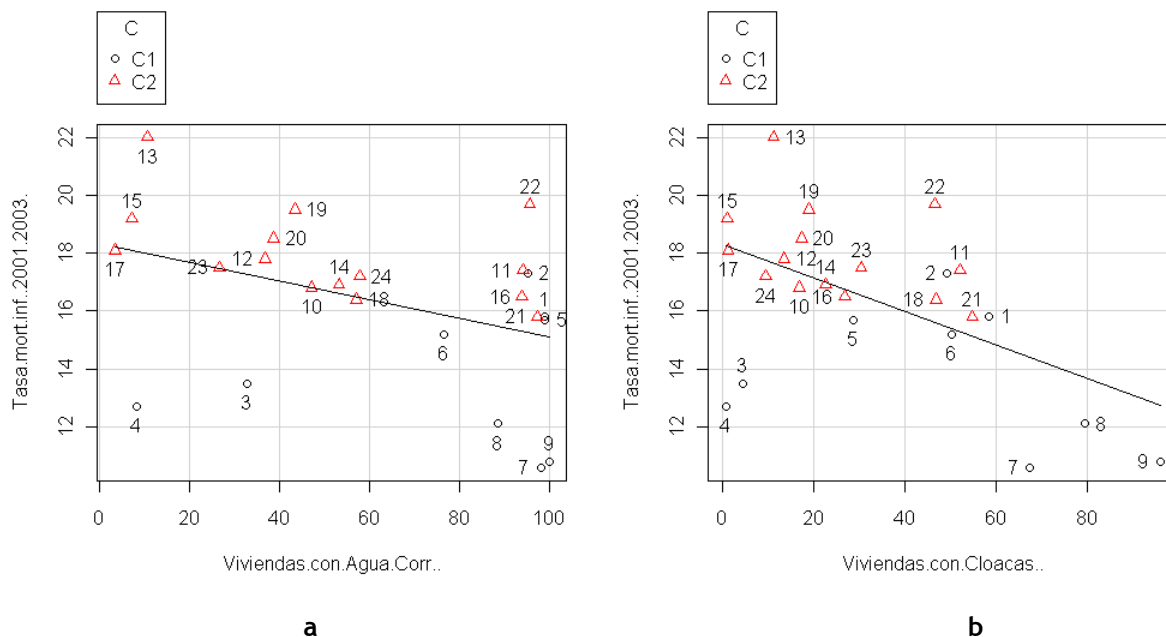
Grafico N°11. Correlación de porcentaje de NBI Hogares del año 2001, con TMI 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia a partir del INDEC (2001 a), DIS MSPBA (2002; 2003; 2004)

Nota: 1er. Cordón (C1): 1-Avellaneda, 2-Gral. San Martín, 3-Hurlingham, 4-Ituzaingó, 5- Lanús, 6-Morón, 7-San Isidro, 8-Tres de Febrero, 9- Vicente López. 2do. Cordón (C2): 10- Alte. Brown, 11- Berazategui, 12- Esteban Echeverría, 13-Ezeiza, 14-Florencio Varela, 15-José C Paz, 16-Lomas de Zamora, 17-Malvinas Argentinas, 18-La Matanza, 19-Merlo, 20-Moreno, 21- Quilmes, 22-San Fernando, 23-San Miguel, 24-Tigre.

Gráfico N°12. Correlación de Viviendas con Agua corriente (a) y cloacas (b) del año 2001 con TMI años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires.



Fuente: Elaboración propia a partir del INDEC (2001 a), DIS MSPBA (2002; 2003; 2004)

Nota: 1er. Cordón (C1): 1-Avellaneda, 2-Gral. San Martín, 3-Hurlingham, 4-Ituzaingó, 5- Lanús, 6-Morón, 7-San Isidro, 8-Tres de Febrero, 9- Vicente López. 2do. Cordón (C2): 10- Alte. Brown, 11- Berazategui, 12- Esteban Echeverría, 13-Ezeiza, 14- Florencio Varela, 15-José C Paz, 16-Lomas de Zamora, 17-Malvinas Argentinas, 18-La Matanza, 19-Merlo, 20-Moreno, 21- Quilmes, 22-San Fernando, 23-San Miguel, 24-Tigre.

Correlación y determinación de niveles de educación y tasa de mortalidad infantil en los PGBA. El coeficiente de correlación de la TMI con Analfabetismo es directo o positivo. Se destacan los valores de los totales, y tanto en el 1er cordón como en el 2do cordón con las TMPN, sobresaliendo el 2do cordón.

Con el polimodal el coeficiente de correlación es inverso o negativo con la TMI. Se destacan los valores totales con predominancia en el 1er cordón y la TMPN.

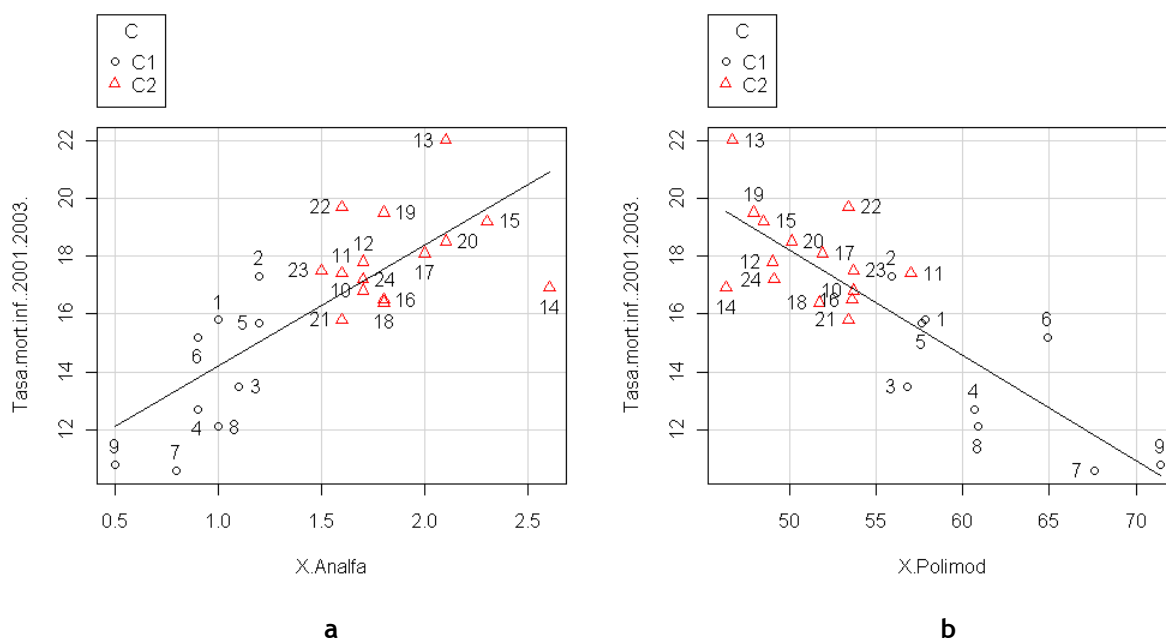
Los coeficientes de determinación se destacan en el analfabetismo relacionado a la TMPN, destacándose el 2do cordón. En el polimodal se recalca en los totales y a expensas del 1er cordón y la TMPN (Tabla N° 10, Gráficos N° 13 a y b).

Tabla N°10. Coeficiente de Correlación (CC) y Coeficiente de Determinación (CD) de Analfabetismo y educación Polimodal del año 2001 con las TMI/TMN/TMPN de los años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires.

Mort./Educ.	Analf. % CC	Analf. % CD	Polimodal % CC	Polimodal % CD
TMI	0,78	0,61	-0,84	0,71
TMN	0,50	0,25	-0,59	0,35
TMPN	0,85	0,72	-0,85	0,72
1er cordón				
TMI	0,75	0,57	-0,74	0,55
TMN	0,56	0,31	-0,47	0,22
TMPN	0,74	0,55	-0,79	0,63
2do cordón				
TMI	0,25	0,06	-0,46	0,21
TMN	-0,22	0,04	-0,10	0,009
TMPN	0,83	0,69	-0,61	0,37

Fuente: Elaboración propia a partir del INDEC (2001 a), DIS MSPBA (2002; 2003; 2004)

Gráfico N°13. Correlación de Analfabetismo (a) y polimodal (b) del año 2001 con TMI de los años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires.



Fuente: elaboración propia a partir de INDEC (2001a), DIS MSPBA (2002; 2003; 2004)

Nota: 1er.Cordón (C1): 1-Avellaneda, 2-Gral. San Martín, 3-Hurlingham, 4-Ituzaingó, 5- Lanús, 6-Morón, 7-San Isidro, 8-Tres de Febrero, 9- Vicente López. 2do. Cordón (C2): 10- Alte. Brown, 11- Berazategui, 12- Esteban Echeverría, 13-Ezeiza, 14-Florencio Varela, 15-José C Paz, 16-Lomas de Zamora, 17-Malvinas Argentinas, 18-La Matanza, 19-Merlo, 20-Moreno, 21- Quilmes, 22-San Fernando, 23-San Miguel, 24-Tigre.

Correlación entre Promedio hijos por mujer y Población sin cobertura en salud con las TMI/TMN/TMPN. De los PGBA. El coeficiente de correlación con el Promedio de hijos por mujer es directo o positivo, se destacan los totales y a expensas de la TMPN, sobresaliendo esta en el 2do cordón.

El coeficiente de correlación con el porcentaje de población sin cobertura en salud es directo o positivo. Se acentúa los totales con mayor repercusión en la TMPN, en ambos cordones con predominio del 2do.

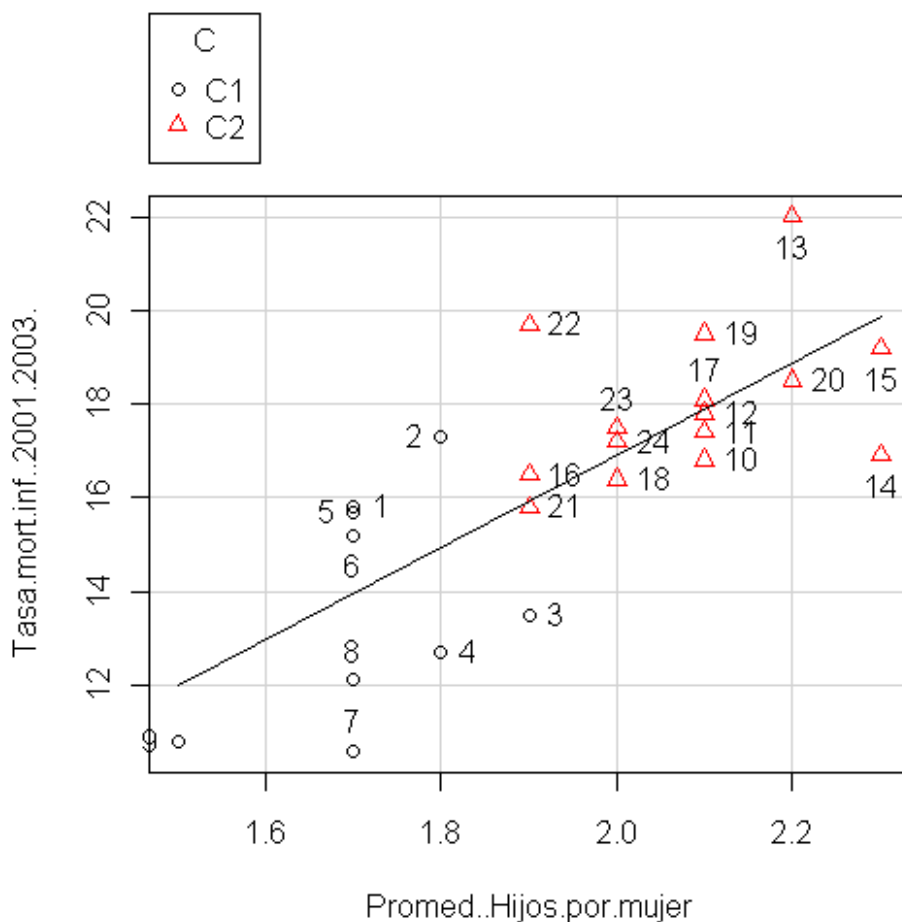
Los coeficientes de determinación más altos se ven en las dos variables usadas con mayor repercusión en las TMPN y el 2do cordón. (Tabla N°11, Gráficos N° 14, 15,16).

Tabla N°11 Coeficientes de Correlación (CC) y Coeficiente de Determinación (CD) del Promedio Hijos por mujer y Porcentaje Pobl. Sin Cobertura en Salud del año 2001 con TMI/TMN/TMPN de los años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires.

Mort./C.V.	PH/M CC	PH/M CD	PSCS% CC	PSCS% CD
TMI	0,75	0,56	0,77	0,59
TMN	0,51	0,26	0,49	0,24
TMPN	0,78	0,60	0,84	0,71
1er cordón				
TMI	0,38	0,14	0,63	0,40
TMN	0,33	0,11	0,44	0,19
TMPN	0,31	0,10	0,65	0,42
2do cordón				
TMI	0,38	0,15	0,28	0,08
TMN	0,08	0,006	-0,17	0,02
TMPN	0,79	0,62	0,79	0,62

Fuente: Elaboración propia a partir del INDEC (2001 a), DIS MSPBA (2002; 2003; 2004)
 Nota: PH/M: promedio de hijos por mujer; PSCS: población sin cobertura en salud.

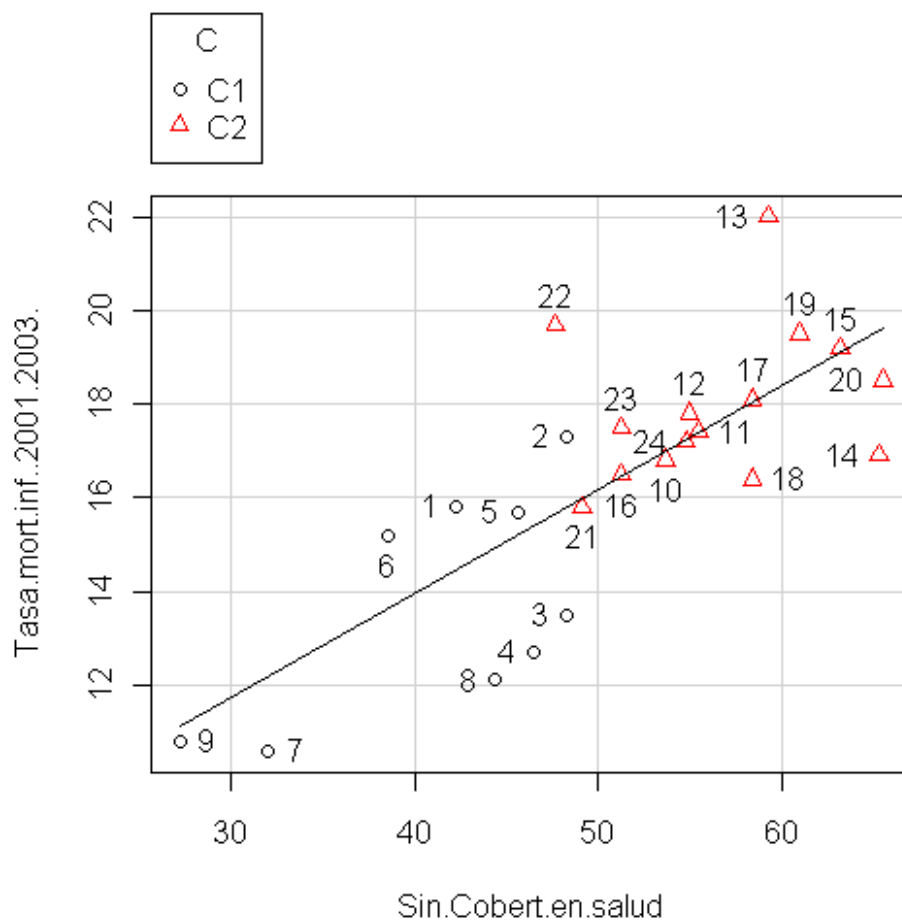
Gráfico N°14. Correlación del Promedio de hijos por mujer del año 2001 con TMI de los años 2001-2003 de los Partidos del Gran Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia a partir del INDEC (2001 a), DIS MSPBA (2002; 2003; 2004)

Nota:1er. Cordón (C1): 1-Avellaneda, 2-Gral. San Martín, 3-Hurlingham, 4-Ituzaingó, 5- Lanús, 6-Morón, 7-San Isidro, 8-Tres de Febrero, 9- Vicente López. 2do. Cordón (C2): 10- Alte. Brown, 11- Berazategui, 12- Esteban Echeverría, 13-Ezeiza, 14-Florencio Varela, 15-José C Paz, 16-Lomas de Zamora, 17-Malvinas Argentinas, 18-La Matanza, 19-Merlo, 20-Moreno, 21- Quilmes, 22-San Fernando, 23-San Miguel, 24-Tigre.

Gráfico N°15. Correlación del Porcentaje de la Población sin cobertura en salud del año 2001 con TMI de los años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires.



Fuente de gráfico N° 17: Elaboración propia a partir del INDEC (2001), DIS MSPBA (2002; 2003; 2004)

Nota: 1er. Cordón (C1): 1-Avellaneda, 2-Gral. San Martín, 3-Hurlingham, 4-Ituzaingó, 5- Lanús, 6-Morón, 7-San Isidro, 8-Tres de Febrero, 9- Vicente López. 2do. Cordón (C2): 10- Alte. Brown, 11- Berazategui, 12- Esteban Echeverría, 13- Ezeiza, 14-Florencio Varela, 15-José C Paz, 16-Lomas de Zamora, 17-Malvinas Argentinas, 18-La Matanza, 19-Merlo, 20-Moreno, 21- Quilmes, 22-San Fernando, 23-San Miguel, 24-Tigre.

Descripción de la significación de la correlación con prueba t e Intervalo de Confianza (IC). Determinación y Regresión de determinantes del espacio social con TMI/TMN/ TMPN. Todas las correlaciones rechazan la hipótesis de no correlación menos el agua en la TMI y el agua y las cloacas en la TMN. Las correlaciones más alejadas de cero son las de la TMPN. Los IC de las TMPN son los más estrechos en el siguiente orden: analfabetismo y

polimodal, NBI de hogares y población sin cobertura en salud. Los intervalos de confianza más amplios se dan en el siguiente orden: el de Promedio de hijos por mujer, las viviendas con cloacas y el agua corriente. Podemos resumir que las correlaciones más significativas de los determinantes del espacio social con la mortalidad infantil dependen en primer lugar de los niveles de educación, en segundo lugar de las condiciones estructurales y socioeconómicas del hogar y en tercer lugar de la situación demográfica. Por último el agua corriente y las cloacas son los determinantes del espacio social con menor relación con la mortalidad infantil en este estudio. También en forma general los determinantes estudiados tienen mayor peso en la mortalidad posneonatal que en la neonatal en este trabajo (Tabla N° 12).

Tabla N°12. Correlación y su significación con prueba t con α 0,05 e Intervalo de confianza (IC). Determinación y Regresión de los Determinantes del espacio social del año 2001 con las TMI, TMN y TMPN en los PGBA, 2001-2003.

TMI	Correlación TMI	Prueba T α 0,05 >2,074 p \neq 0	Intervalo de Conf 95%	Determinación TMI	Regresión lineal
NBI % Hogares	0,78	5,843	(0,55 ; 0,90)	0,60	Y= 0,369X + 10,947
Agua corriente	-0,40	2,048	(-0,69 ; -0,00)	0,16	Y= -0,032 X + 18,338
Cloacas	-0,54	3,011	(-0,77 ; -0,17)	0,29	Y= -0,057 X + 18,315
Analfabetismo	0,78	5,843	(0,55 ; 0,90)	0,61	Y= 4,183X + 10,012
Polimodal	-0,84	7,255	(-0,93 ; -0,66)	0,71	Y=-0,363X + 36,336
Promedio Hijos/M	0,75	5,320	(0,50 ; 0,89)	0,56	Y= 9,822 X - 2,737
Sin Cobertura	0,77	5,660	(0,53 ; 0,90)	0,59	Y= 0,221 X + 5,0605
TMN					
NBI % Hogares	0,50	2,707	(0,12; 0,75)	0,25	Y= 0,162X+7,981
Agua corriente	-0,25	1,210	(-0,59; 0,17)	0,06	Y= -0,013x+11,207
Cloacas	-0,31	1,529	(-0,6 ; 0,11)	0,10	Y= -0,002x+11,127
Analfabetismo	0,50	2,707	(0,12; 0,75)	0,25	Y=-1,822x+7,594
Polimodal	-0,59	3,428	(-0,80; -0,25)	0,35	Y=-0,172x+19,074
Promedio Hijos/M	0,51	2,780	(0,13; 0,76)	0,26	Y= 4,517x+1,576
Sin Cobertura	0,49	2,638	(0,11; 0,75)	0,24	Y= 0,095x+5,495
TMPN					
NBI % Hogares	0,84	7,255	(0,66;0,93)	0,70	Y = 0,205x+2,981
Agua corriente	-0,43	2,232	(-0,71; -0,03)	0,18	Y = -0,017x+7,090
Cloacas	-0,62	3,707	(-0,82;-0,29)	0,39	Y= -0,034x+7,158
Analfabetismo	0,85	7,563	(0,68 ; 0,93)	0,72	Y= 2,358x+2,417
Polimodal	-0,85	7,563	(-0,93;-0,68)	0,72	Y=-0,188x+16,377
Promedio Hijos/M	0,78	5,843	(0,55;0,90)	0,60	Y = 5,252x-4,216
Sin Cobertura	0,84	7,255	(0,66;0,93)	0,71	Y= 0,125x-0,403

Fuente: elaboración propia a partir del INDEC (2001 a), DIS MSPBA (2002; 2003; 2004)

Descripciones de Correlaciones significativas con $t \alpha 0,05$ e Intervalos de confianza en 1er y 2do cordón

En el 1er cordón las correlaciones significativas son en relación a la TMI para analfabetismo, polimodal. También para la TMPN en orden de mayor a menor, el polimodal, el analfabetismo y por último el NBI de hogares (Tabla N° 13).

En el 2do cordón todas las correlaciones significativas son con la TMPN en todos los indicadores, incluso con en el Agua corriente y Cloacas (Tabla N° 14).

Tabla N°13. Correlaciones significativas con $t \alpha 0,05$ e Intervalos de confianza del 1er Cordón.

TMI	Correlación	T $\alpha 0,05$	Intervalo de C.
Analfabetismo	0,75	2,995	(0,17 ; 0,94)
Polimodal	-0,74	2,901	(- 0,94 ; - 0,14)
TMPN			
NBI	0,70	2,588	(0,08 ; 0,93)
Analfabetismo	0,74	2,995	(0,14; 0,94)
Polimodal	-0,79	3,401	(- 0,95; - 0,26)

Fuente: elaboración propia a partir de INDEC (2001 a).DIS MSPBA (2002; 2003; 2004)

Tabla N°14. Correlaciones significativas con $t \alpha$ de 0,05 e Intervalo de Confianza del 2do Cordón.

TMPN	Correlación	T $\alpha 0,05$	Intervalo de C.
NBI	0,81	4,976	(0,50; 0,93)
Agua corriente	-0,59	2,631	(- 0,84;-0,11)
Cloacas	-0,62	2,846	(- 0,85; - 0,15)
Analfabetismo	0,83	5,354	(0,56; 0,94)
Polimodal	-0,61	2,772	(- 0,85; - 0,14)
Promedio Hijos/Mujer	0,79	4,639	(0,46; 0,92)
Sin Cobertura en Salud	0,79	4,639	(- 0,92 ; -0,46)

Fuente: elaboración propia a partir de INDEC (2001 a), DIS MSPBA (2002; 2003; 2004)

DISCUSIÓN

Los Partidos del Gran Buenos Aires conforman el territorio que rodea en forma contigua a la CBA. Desde este límite y en forma centrifuga en dirección al norte, sur y oeste se expande mostrando un paisaje que va de la urbanización más desarrollada a la más precaria, llegando a los límites rurales. En ese espacio, sumado a un tiempo signado históricamente por un prolongado deterioro socioeconómico, se muestra en este trabajo la relación de los determinantes sociales del espacio y la mortalidad infantil como indicador resumen de la situación de salud. A esta la entendemos según Samaja (2004) como parte integrante de las condiciones de vida. La separación en variables que usamos no deja de lado el reconocimiento de su complejidad, sino intenta con su análisis colaborar a completarlo.

La evolución de la mortalidad infantil tanto en Argentina como en Latinoamérica, en las últimas dos décadas previas a este estudio, sufrió una desaceleración del descenso en relación al que venía teniendo previamente (Romero y Landmann Szwarcwald 2000). Este hecho está relacionado directamente con la crisis socioeconómica y el aumento de la pobreza. Esto culmina con el ascenso de la MI en el trienio 2001-2003 el cual tuvo un incremento en la TMI de 2,4 en la Provincia de Buenos Aires (MSPBA 2002; 2003; 2004).

La discusión de este trabajo se realizará primero sobre las generalidades y particularidades de los resultados hallados de la mortalidad infantil en los PGBA. Incluye las causas de muerte en relación con la tasa de mortalidad infantil y sus componentes neonatal y posneonatal. En segundo lugar se analizan los determinantes del espacio social con las particularidades según partidos y su agrupamiento en cordones. Aquí se describen otras formas en que se fragmentan los PGBA para su estudio junto a las implicancias en la gestión y políticas de salud. También se realizan consideraciones sobre el espacio en general y sobre el espacio social estudiado. La tercera parte trata las correlaciones halladas entre los determinantes del espacio social y las tasas de mortalidad infantil de los PGBA, complementando los resultados con referencias al respecto. Por último se comentan las limitaciones y los aspectos más relevantes del estudio.

1- La mortalidad infantil en los Partidos del Gran Buenos Aires.

La MI en los PGBA sigue un recorrido de menor a mayor de forma centrifuga desde el límite con la CBA hacia el interior de la provincia de Buenos Aires. En los partidos más cercanos a la CBA, correspondientes a su vez al 1er cordón, son menores las tasas de MI; entre ellos

se destaca Vicente López y San Isidro y así progresivamente hasta las zonas más periféricas del 2do cordón con la mortalidad más alta en Ezeiza, Merlo y San Fernando. En ambos cordones hay heterogeneidad con importantes diferencias entre los mínimos y máximos. En el 1er cordón hay 2 grupos, los ya nombrados junto a Hurlingham, Tres de Febrero e Ituzaingó y aquellos con las mayores tasas del 1er cordón y más cercanos a las menores tasas del 2do cordón como son Gral. San Martín, Avellaneda, Lanús y Morón. En el 2do cordón también están aquellos más cercanos a las tasas del 1er cordón como son Quilmes, La Matanza, Lomas de Zamora y los más alejados ya nombrados junto a Moreno, José C. Paz y Malvinas Argentinas (Tabla N° 1). Esta descripción de las similitudes entre partidos de diferentes cordones aclara por sí sola que los límites político-administrativos de orden territorial son superados por los espacios sociales que se construyen en la realidad; aunque esos límites nos permite estudiarlos con referencias más precisas. Las distancias de la CBA por sí solas no explican las diferencias de mortalidad infantil entre partidos, es muy posible que tenga que ver con la distribución económica desde el centro a la periferia, en este caso de la CBA a los partidos más periféricos de los PGBA (Escudero y Massa 2006).

La distribución urbanística citada responde a un modelo repetitivo en las grandes ciudades latinoamericanas donde el centro es el más desarrollado y las periferias las menos desarrolladas. Este hecho no es homogéneo. Con esto queremos decir que en esa expansión del centro a la periferia hay un gran mosaicismo donde se repiten los centros y las periferias. En el caso de los PGBA sucede desde las cabezas administrativas y políticas de cada partido a su periferia. Pero lo que pasa en la realidad es que el alejamiento desde la CBA produce una relación directa con la falta de desarrollo. También desde la década de los años 90, no podemos dejar de resaltar, el crecimiento de los barrios exclusivos en la periferia, estos no conforman un estándar pero están en permanente expansión. Este hecho es bien relatado por el estudio urbanístico de ciudades brasileras en contraposición de las europeas, en estas últimas se generan localidades con mejores condiciones de vida en la periferia que en el centro de las grandes ciudades (López Najjar y Marques 2003).

En todos los partidos predominan las TMN siendo mayores en el 2do cordón aunque los porcentajes de mortalidad neonatal son mayores en el 1er cordón. Las diferencias de la MN intracordón en el 2do cordón son mayores que en el 1er cordón tanto de tasas como de porcentajes. Los porcentajes máximos de MN están en Morón, San Isidro y San Fernando que superan el 70% y los mínimos en Florencio Varela, Lanús, Alte. Brown, Avellaneda, Lomas de Zamora, José C. Paz y Malvinas Argentinas, por debajo de 60% (Tabla N° 2).

La mortalidad neonatal predomina en forma generalizada en todo el mundo, por la vulnerabilidad de los recién nacidos relacionados a enfermedades perinatales como son aquellas relacionadas con el parto, la asfixia y la prematurez (WHO 2010).

La mortalidad posneonatal, es menor en el 1er cordón. No hay muchas diferencias intra-cordón de las tasas y sus rangos son semejantes. La tasa más alta es en F. Varela y la más baja en San Isidro. Los porcentajes de mortalidad posneonatal más altos se ven en Florencio Varela, José C Paz, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Alte. Brown y Lanús, cercanos al 40% de la mortalidad infantil. En términos generales se pueden asociar las causas de muertes posneonatales con enfermedades dependientes de los determinantes del espacio social como son las infecciones, entre ellas las respiratorias y gastrointestinales (Tabla N° 3, Grafico N° 1, Anexo 3).

En general las tasas de mortalidad infantil se relacionan íntimamente con el desarrollo económico. En los últimos 20 años con el inicio de la crisis económica de los años 80 se desaceleró el descenso de la TMI. Pero también influyen los deterioros económicos más próximos o coyunturales (Romero y Landmann Szwarcwald 2000), manifestados en el aumento de la TMI del trienio 2001-2003 relacionada a la crisis económica del año 2001.

Tafani y col (2005) hablan de la curva en “L” donde la repercusión del crecimiento económico en la mortalidad infantil se da en los niveles más elementales de riqueza y luego tiende a estancarse, relativizando en esta etapa la causa puramente económica.

En los últimos 30 años en la Región de las Américas y aun más en Latinoamérica, se produjo un cambio en el nivel de crecimiento de la población por la disminución de la mortalidad infantil y la fertilidad. Los demógrafos llaman a este cambio “transición demográfica”. Los países de América fueron subclasificados según estos indicadores en 4 grupos. La Argentina se encuentra en el grupo 4 llamado de transición avanzada que se caracteriza por una tasa de natalidad moderada o baja, mortalidad moderada o baja y crecimiento natural bajo (1%). Los países de los mismos grupos no se condicen con las condiciones sanitarias de sus poblaciones. El descenso más importante de la mortalidad infantil se debió a la gran disminución de las enfermedades transmisibles sobre todo en menores de 1 año (Castillo-Salgado 2000).

Ayçaguer y col. (1990) en su estudio de mortalidad infantil y condiciones higiénico-sociales en países latinoamericanos muestran las correlaciones más altas de la tasa de mortalidad infantil con la tasa de natalidad y el analfabetismo femenino.

Según lo que muestra el mapa de los PGBA (INDEC 2005), los partidos con menos mortalidad infantil, según nuestro estudio, son aquellos considerados con mayor urbanización, con menos superficie, más densidad de población y menor natalidad, todas estas son características del 1er cordón. Los partidos con mayor mortalidad infantil son aquellos que en parte de su territorio hay zonas aún consideradas menos urbanizadas, también son los de mayor superficie, además con menor densidad de población y mayor natalidad, como son los del 2do cordón (Anexo 6).

Las correlaciones entre natalidad y mortalidad infantil en los años 80 era más significativa, el cambio demográfico citado no cambió tanto esa correlación, también aquí debemos tener en cuenta heterogeneidades locales no investigadas (Romero y Landmann Szwarcwald 2000; Escudero y Massa 2006) (Anexo N° 5).

La desaceleración de la mortalidad infantil en Argentina manifestada más notoriamente en el trienio que estudiamos, no es paralela a toda Latinoamérica. Escudero y Massa (2006) muestran en su trabajo los 11 países de la región que siguieron bajando su mortalidad infantil pese a otras proyecciones y con cifras revelan claramente todas las muertes que se hubieran evitado si tuviéramos las TMI de esos países. También muestran las diferencias de desaceleración entre la CBA y los PGBA además de su comparación con otros conglomerados extranjeros.

Es a la urbanización en Latinoamérica en los últimos 30 años que se le atribuye una relación directa con la disminución de la mortalidad infantil, pese al deterioro económico de la región en esos años. Esto se debió a la posibilidad del acceso a cubrir necesidades sanitarias y de atención primaria de la salud que en la vida rural y en aislamiento o en pequeños centros poblados no era posible (ECLAC 1999). Claro que estos argumentos de análisis global necesitan análisis más locales para entender mejor su evolución. Como señala Tafani y col. (2005) “... el desarrollo socioeconómico y educativo, es decir, el combate a la pobreza y al analfabetismo son claves para bajar la mortalidad”.

La TMI no es más que un indicador resumen de MI, pero existen múltiples variaciones en las causas de por qué la MI es mayor o menor. Como cita Bronfman (2001) “la mortalidad

como objeto de estudio requiere de una interdisciplinariedad orgánica “; y el mismo autor la trata como una entidad heterogénea.

1.1-Causas básicas de muerte infantil en los Partidos del Gran Buenos Aires

Con respecto a las causas de muerte del periodo neonatal, los dos principales grupos son las causas de origen perinatal y las malformaciones congénitas. Las enfermedades de origen perinatal son las de mayor porcentaje notándose una mayor proporción en el 2do cordón. Le siguen las malformaciones congénitas con mayor proporción en el 1er cordón. Vicente López perteneciente al 1er cordón, tiene la menor proporción de enfermedades perinatales y una de las mayores de malformaciones congénitas, selección que se produce en todo espacio social con baja mortalidad infantil, a su vez asociado a los determinantes del espacio social de esta localidad, que según nuestro estudio es una de las mejores. Cumple con el patrón típico de enfermedades predominantes en países desarrollados. En el otro extremo está Merlo con el porcentaje más alto de enfermedades perinatales como causa de muerte y uno de los menores de malformaciones congénitas, este partido se puede tomar como ejemplo de predominio de repercusión de determinantes del espacio social desfavorable relacionado directamente a las mayores TMI (Tabla N° 4 y Gráfico N° 2). La causas de muerte neonatal en general y las originadas en enfermedades perinatales en particular están influenciadas intensamente por el seguimiento clínico del embarazo y las condiciones generales en las que llega la embarazada al parto (WHO 2010).

Se puede notar que en Vicente López y San Isidro los porcentajes de mortalidad neonatal están dentro de los más altos, y hay mayor reparto entre las causas por enfermedades perinatales y congénitas, tomando en cuenta que tienen TMI entre las más bajas podemos pensar que se ha logrado disminuir las enfermedades productoras de mortalidad relacionadas con los determinantes del espacio. Lo contrario sucede en aquellos partidos con TMI más altas y dentro de las causas de mortalidad neonatal, son mayores por enfermedades perinatales que congénitas, como son Merlo, San Fernando y Ezeiza.

Sarasqueta (2006) aclara en su trabajo, que en países como el nuestro donde la TMI es menor al 20%, la reducción de la mortalidad neonatal depende mucho menos de las medidas preventivas durante el embarazo que de la atención en unidades de terapia intensiva neonatal. También este autor se refiere a la importancia de la discusión de los diagnósticos de las causas básicas de muerte.

Con respecto a la mortalidad post-neonatal predominan las causas infecciosas en general como es esperable a esta edad por ser más influida por los determinantes del espacio social (MSPBA PMI 2005). El porcentaje más alto se encuentra en Tres de Febrero y Lanús perteneciente al 1er cordón aunque también los más bajos en Vicente López y San Isidro. En el 2do cordón es mucho más parejo, superando la mayoría la media del 1er cordón. Como causas más específicas siguen las Malformaciones congénitas predominando en el 1er cordón, las Causas externas, las de origen perinatal y las enfermedades del corazón. Como conjunto de enfermedades están las denominadas Demás causas bien definidas que en su mayoría son de origen en el sistema respiratorio y que no están descritas en otra parte, le sigue los Signos, síntomas y afecciones clínicas y de laboratorio no bien definidas y por último el grupo más minoritario incluidos en Otros que incluye Tumores, Carencias y anemias nutricionales, Afecciones crónicas de vías respiratorias, enfermedades del aparato urinario (Tabla N° 5, Grafico N° 3). Un comentario que corresponde realizar sobre las afecciones de origen perinatal y las malformaciones congénitas, es que su sobrevivencia luego del mes de edad muchas veces es producto de la tecnología médica, con posterior mortalidad. Las malformaciones congénitas de importancia clínica son difíciles de sostener tanto en internaciones prolongadas como enfermedades crónicas y sus complicaciones, como así mismo de sobrellevar en espacios sociales adversos. Para interpretar mejor las causas de mortalidad posneonatal son necesarios estudios específicos con otras metodologías y profundizar en como se trabaja en los sistemas de información a este respecto.

El análisis de la mortalidad infantil lo desagregamos en mortalidad neonatal y posneonatal porque los estudios de mortalidad infantil señalan muy bien que la evolución de la MI y sus causas desencadenantes son diferentes según la edad. Las causas de muerte neonatales tienen mayor componente biológico como las malformaciones congénitas aunque no las podemos separar completamente de causas ambientales como los tóxicos, los pesticidas, entre otros. Las causas de muerte por enfermedades de origen perinatal también tienen muchas de ellas origen biológico, pero no dejan de estar relacionadas a los determinantes del espacio social, como las enfermedades no detectadas en la evolución del embarazo por su atención deficitaria (Lomuto 1998).

Los niños mayores de 28 días tienen causas de muerte en su origen más relacionadas a determinantes del espacio social por estar más en contacto con ellos y ser más vulnerables a enfermedades infecto-contagiosas. No podemos dejar de destacar que cada vez más muchas causas de muerte por malformaciones congénitas de los recién nacidos son

también la causa de muerte luego de los 28 días y aun también luego del año por los avances tecno-médicos que prolongan la vida de aquellos que antes morían precozmente. Vemos que los partidos con mayor mortalidad posneonatal de origen congénito son San Isidro, Vicente López y San Fernando, este último tiene uno de los porcentajes más bajos de mortalidad por malformaciones congénitas en el periodo neonatal. Este es un caso específico para estudiar en profundidad ya que pertenece a los partidos con mayor mortalidad infantil y además baja mortalidad posneonatal (Ruiz Ramos y Nieto García 2003).

2-Los determinantes del espacio social en los Partidos del Gran Buenos Aires

En los determinantes sociales del espacio es clara la diferencia que se encuentra a favor del primer cordón con porcentajes mucho más favorables. Las diferencias más importantes intra-cordón son en el segundo cordón en orden de mayor a menor: el agua corriente, la vivienda deficitaria, las cloacas y el NBI de hogares. En el 1er cordón en orden de diferencias están: el agua, las cloacas, el NBI de hogares y la vivienda deficitaria. Entre cordones las diferencias más importantes se dan con las cloacas, el agua corriente y la vivienda deficitaria. Los partidos que más se repiten con peores determinantes del espacio social son Florencio Varela en el 2do cordón y Gral. San Martín, Hurlingham e Ituzaingó del 1er cordón, estos últimos dos partidos hasta 1994 fueron parte de Morón, son los de última formación dentro de los PGBA. Aquellos con mejores niveles son Vicente López en el 1er cordón y San Fernando en el 2do cordón (Tabla N° 6, Gráfico N° 4 y 5).

Con respecto al analfabetismo se repiten los menores porcentajes del 1er cordón en Vicente López y los mayores del 2do cordón en Florencio Varela (Tabla N° 7, Gráfico N° 6). La educación primaria tiene un nivel similar alto en todos los PGBA. Morina y col. (2008) no resalta los niveles de educación primaria altos como dato alentador ya que infiere que la función de asistencia alimentaria que cumplieron las escuelas desde el comienzo de la crisis económica produciría un detrimento en su función educadora. En los demás niveles de educación se repite el mismo patrón de mejores niveles en el 1er cordón siguiendo en los extremos Vicente López y Florencio Varela (Tabla 7, Gráfico 7).

Pese a que la formación estatal es libre y gratuita y predomina en todos los partidos, dentro de las condiciones de vida recordamos la conciencia de sí mismos como uno de los factores de reproducción que cambian el espacio social. El nivel de ingresos debe acompañarse de la decisión de considerar importante la continuidad de la educación.

Queremos citar que pese a los ajustes presupuestarios de la época, estratégicamente o no, se inauguraron universidades en los PGBA con mayores posibilidades de acceso geográfico, esto se tradujo en mayor población universitaria en la región y en la época (Morina y col. 2008).

En relación al Promedio de hijos por mujer, los valores más desfavorables son en el 2do cordón destacándose José C. Paz y Florencio Varela, y pese a que nuestra condición demográfica general nos muestra parámetros no del todo relevantes, hay una diferencia entre cordones de menor magnitud que con el resto de las variables, más bajos en el 1er cordón (Tabla N° 8 y Gráfico N° 8, Anexo N° 6).

Los porcentajes de población sin cobertura en salud muestran rangos muy importantes en el 1er cordón (Tabla N° 8, Gráfico N° 9 y 10). Este indicador muestra no solo la falta de acceso a la salud, también en forma indirecta las diferencias intra-cordón del nivel de desocupación o trabajo informal al tener relación estas dos problemáticas con estar fuera del sistema de cobertura en salud. El segundo cordón se destaca por los altos niveles en general. Indirectamente esta variable se traduce en la peor de las consecuencias que generó las sucesivas “equivocaciones” de los planes económicos, desde la convertibilidad en adelante como fue la desocupación prolongada y por lo tanto la pérdida de cobertura de salud y la sobrecarga del sistema público de atención.

El IDH realizado a nivel de partido muestra una síntesis de los indicadores usados sumado a la participación de la TMI. Se manifiestan altos rangos mayores en el 2do cordón pese a sus números bajos en general (Tabla N° 8 y Gráfico N° 10). Este índice, al incluir los niveles de educación, muestra perfiles estructurales de los espacios sociales, bases donde se sostienen las posibilidades de contención de las regiones en momentos de crisis. Un IDH bajo manifiesta mayor vulnerabilidad en todos los sentidos y la caída de sus indicadores produciría un mayor deterioro que aquellas regiones con un IDH más alto aunque sometidas a las mismas adversidades.

2.1- Otros agrupamientos de los Partidos del Gran Buenos Aires.

Además de esta separación de cordones que hacemos en función de distancia y evolución socioeconómica, el INDEC desarrolló ya desde 1994 otro agrupamiento de partidos para realizar encuestas inter-censales llamada Encuesta Permanente de Hogares (EPH), basada en características socioeconómicas comunes, llamados “conurbanos bonaerenses”. Estos

agrupamientos se basan en la correlación de variables como son la cobertura en salud, ingresos per-cápita, educación del jefe de familia y vivienda con baño exclusivo, buscando representar los ejes principales de origen sanitario, educacional y socioeconómico. En base a estas construcciones podemos paralelizar algunos de nuestros resultados. El 1er conurbano está formado por Vicente López y San Isidro coincidiendo con los partidos que en este trabajo tiene menor mortalidad infantil y mejores indicadores del espacio social. El 2do conurbano está formado por el resto de los partidos del 1er cordón menos Lanús y sumando la parte de la Matanza lindante con la CBA, aquí justamente se concreta en parte ese grupo de partidos del 1er cordón con variables mejores que el 2do cordón pero que no alcanzan a los partidos del 1er conurbano. Podemos clasificarlos como en la curva descendente, favorables aún. El tercer conurbano formado por Almirante Brown, Berazategui, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes formaría una parte del grupo favorecido del 2do cordón, tanto en las tasas de mortalidad infantil como en los determinantes del espacio social. Y por último el 4to conurbano, formado por algunos de los partidos más periféricos, menos urbanizados, como son Florencio Varela, Esteban Echeverría, Merlo, Moreno, Malvinas Argentinas, José C Paz, San Miguel, San Fernando, Tigre y Ezeiza francamente más desfavorecidos en cuanto a los indicadores de salud y condiciones de vida (INDEC 2005). Es notorio que para trazar similitudes los extremos son los más evidentes y no así los intermedios, pero creemos que podemos asimilar algunos de nuestros hallazgos a los realizados por la correlaciones de los conurbanos del INDEC. Pese al corto tiempo de evolución entre la creación de los conurbanos para la EPH y este trabajo, podemos decir que las condiciones originarias persisten y las diferencias y desigualdades sociales perduran con su implicancia histórico-social en los cuerpos de los pueblos. Las acciones en función de los resultados están por verse aún ya que vienen repitiéndose año a año las mismas diferencias.

Otro de los agrupamientos con fines sanitarios realizados en los partidos de toda la provincia de Buenos Aires es la regionalización. Esta se produjo a partir de la Ley 7016/65 con el motivo de...*“coordinar y ordenando las instituciones sanitarias en un conjunto orgánico y articulado, con el fin de lograr el abastecimiento integral planificado y suficiente de los servicios sanitarios en cada región”*... (El Senado y Cámara de Diputados de la PBA. Ley 7016/65). Esta ley estableció además que el Poder Ejecutivo, fijaría los límites de las mismas, según factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, medios de comunicaciones y transportes, equipamiento y características sanitarias y que estarían sujetas a posibles modificaciones. Las Regiones Sanitarias de la PBA están agrupadas por localizaciones geográficas comunes, también tiene una central administrativa que depende

del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs. As. En el caso de los PGBA hay determinadas 4 Regiones Sanitarias, dos completas la N° VI y la XII y dos incompletas la N° VII y la V ya que se forman con otros partidos que no son parte de los PGBA. Si tomamos como referencia los puntos cardinales, la región V es la que se encuentra más al norte e incluye partidos de muy variados indicadores del espacio social dentro de lo que hemos analizado como son, los dos más favorecidos de Vicente López y San Isidro y otros muy desfavorecidos como son Malvinas Argentinas, José C. Paz, Tigre, San Miguel, San Fernando, según los resultados de este trabajo. En este caso La Ley Regionalización Sanitaria depende de variadas interpretaciones, pese a que el objetivo de este trabajo no es evaluar los recursos sanitarios de los partidos ni de las regiones, son parte del espacio social y sus problemáticas son mucho más localizadas que las Regiones Sanitarias. Las mismas circunstancias creemos sucede en la Región VII ya que esta formada con aquellos partidos del 1er cordón menos favorecidos como son Tres de Febrero, Hurlingham, Ituzaingó, Morón pero también con Merlo y Moreno. Aunque aquí las diferencias no son tan importantes como en la Región V no dejan de ser llamativas para ser parte de una misma administración de salud. Las otras dos regiones son más homogéneas, una es la XII que al ser un solo partido y una sola región concentra lo administrativo regional con lo local. Y por último la Región VI que agrupa los partidos del sur de la CBA con determinantes del espacio social más semejantes según los resultados de este trabajo, aunque están también las diferencias como el grupo más favorecido formado por Avellaneda, Lanús, Quilmes, Berazategui, Alte. Brown y Lomas de Zamora y en otro extremo Ezeiza, Esteban Echeverría, y Florencio Varela de los más desfavorecidos en los indicadores estudiados. Pese a las diferencias que existen de origen económico, social y político el tiempo transcurrido de 45 años desde la promulgación de la ley de regionalización no cambió las desigualdades establecidas históricamente, lo que nos lleva a reflexionar que las políticas y gestiones aplicadas no se adecuan a las necesidades manifiestas y otros deberían ser los rumbos para los cambios en los espacios sociales.

2.2 -Otras consideraciones sobre el espacio

Se analiza en este trabajo una de las zonas urbanas por excelencia ya que los PGBA se forman rodeando el mayor conglomerado del país que es su capital, actual Ciudad de Buenos Aires, la cual centraliza todo el poder administrativo, económico y político de la Argentina. La población que rodea a esta ciudad fue formándose en función de ella, rodeando la fuente de necesidades que esta requería y así los grados de urbanización en estos partidos se relacionan con los grados de organización social en forma centrífuga

desde la capital hacia la PBA. Este hecho se acentúa desde la crisis financiera ya que con anterioridad en épocas de crecimiento económico era de formación centrípeta. Partimos del supuesto teórico básico de considerar al espacio geográfico como un “... conjunto indisoluble, solidario y contradictorio de sistemas de objetos y sistemas de acciones, mediado por las normas...” (Santos, 1996a). Esto hace muy interesante a los PGBA a ser estudiados como espacios sociales ya que son la segunda concentración poblacional y su motivo de formación fue y es la “modernización” de la vida, a la cual se refiere claramente Gomez Lende (2005b) “Las condiciones de vida de la población se hallan indisolublemente atadas a los contenidos modernos del espacio...”. Este mismo autor habla de la vinculación del mismo espacio y su modernización con la división territorial del trabajo. “A cada momento de la historia, los lugares se re- jerarquizan en el mapa de la calidad de vida de la población, y esta jerarquía se halla vinculada también al papel que ocupan en la división territorial del trabajo.” Y como el espacio hace al trabajo este hace al espacio referido claramente por Silveira (1999).

. “La crisis del mercado de trabajo, derivada de la reorganización social, espacial y productiva del tejido industrial,...conducen a la producción acelerada de escasez social, esto es, el acceso limitado a servicios tales como educación, salud y vivienda”.

La urbanización reflejo de la modernización puede traducirse de diferentes formas según los objetivos de estudio, como por el número de habitantes de una población o el número de casas o también la inclusión de servicios básicos como son el trazado de calles, la electricidad, agua, las industrias, entre otras. Así se producen mejoras de la formas de vida tras la adquisición de accesos a las necesidades materiales de existencia organizadas social y administrativamente, pero que en las últimas décadas fue un factor más de mayor fragmentación social de origen utilitario y excluyente (Gomez Lende 2005b).

La inclusión de los grupos humanos en un determinado territorio los hace parte de su Primer naturaleza como son la tierra y sus cualidades geográficas pero luego las sucesivas adaptaciones a través de la técnica y el trabajo los asimila a una Segunda naturaleza producto de los cambios que realiza el hombre sobre la Primera. Y en la actualidad esa Segunda naturaleza técnica se complejiza a través del medio técnico-científico-informacional globalizado (Santos 2006).

La instalación y formación sucesiva de los PGBA tiene mucho que ver con las sucesivas migraciones sean estas exteriores en los comienzos del siglo pasado como así también las

interiores desde las provincias y también la más actual de países limítrofes. Las migraciones le dan a los lugares donde se asientan mayor vulnerabilidad. Pese a que los niveles de urbanización de los PGBA son muy heterogéneos todos pertenecen a través de la historia a la condición de migrantes, los más periféricos suelen ser los últimos y más vulnerables. Desde la década de los años 80 las migraciones habían entrado en una meseta producto de la crisis económica. En el año 2001 el 7 % de la población de los PGBA habían nacido en el exterior, de los cuales el 63% eran de países limítrofes y de estos solo el 15 % eran mayores de 50 años. El 34% eran de origen europeo y de estos el 44% eran mayores de 50 años. Estos datos pueden relacionarse con las etapas de migración. La migración interna corresponde al 17% de la población de los PGBA (Cortes y Groisman 2004).

3-Las correlaciones de los determinantes del espacio social con la TMI y sus componentes en los Partidos del Gran Buenos Aires.

Antes de hablar de las correlaciones, debemos nombrar que algunos partidos se ubican de forma particular según las variables evaluadas. Las denominaciones de 1er y 2do cordón tanto para la mortalidad infantil como para los determinantes del espacio no es absoluta, aunque se puede hablar de tendencias predominantes. También tenemos en cuenta la infinidad de problemáticas no caracterizadas por estas variables.

Todas las correlaciones de los determinantes de espacio social usados en este estudio, menos el agua corriente, con las TMI son considerablemente altas. Entre las correlaciones directas o positivas están el NBI de hogares, el analfabetismo, el promedio de hijos por mujer y porcentaje de población sin cobertura en salud; y entre las correlaciones inversas o negativas están el agua, las cloacas y el nivel de educación polimodal. La correlación más alta se ve con el nivel medio de educación o polimodal y el analfabetismo, le siguen el NBI de hogares, la población sin cobertura en salud y el promedio de hijos por mujer. Interesante es entender la implicancia de la reproducción del nivel de conducta y conciencia en los determinantes del espacio social en relación a la mortalidad infantil por encima de los recursos habitacionales, y estos por encima del agua y las cloacas, por lo que justifica el análisis por separado de las variables incluidas en los índices. Además si luego desagregamos la correlación de los determinantes del espacio social con las TMN y las TMPN. La correlación con la TMN que llega a 0,50 es la educación polimodal, siguiendo luego todos menos el agua y las cloacas. En cambio las correlaciones suben con la TMPN llegando a más de 0,80 con analfabetismo, el polimodal, y luego el NBI de hogares, la

población sin cobertura de salud y el promedio de hijos por mujer, los más bajos siguen siendo el agua corriente y las cloacas.

Si dividimos las correlaciones en 1er y 2do cordón se distinguen los indicadores en relación a la TMPN en ambos cordones, con mayores correlaciones en el 2do cordón. En éste se destacan el analfabetismo, el NBI de hogares, el promedio de hijos por mujer y la población sin cobertura en salud. Estas correlaciones corroboran las diferencias entre cordones con respecto a las relaciones del estado de conciencia, las condiciones de vida y el proceso salud-enfermedad-atención.

El comportamiento de los partidos en la correlación se ven claramente en los Gráficos del Nº 11 al 15. Refiriéndonos a los gráficos de correlación, si los dividimos en cuatro cuadrantes el 1er cordón está siempre representado en la unión de las TMI más bajas con los determinantes del espacio social más favorecidos. En aquellas correlaciones directas como el NBI de hogares, el promedio de hijos por mujer, el Analfabetismo y la población sin cobertura en salud (Tabla Nº 9, 10 y 11 y Gráficos Nº 11, 13 a, 14 y 15). El cuadrante más favorecido es el inferior izquierdo, en cuyo extremo esta Vicente López y San Isidro con variaciones de posición no muy importantes de Tres de Febrero, Ituzaingó y Hurlingham y el otro grupo más alejado por arriba de la línea como son Avellaneda, Lanús y Morón y aún más cerca del 2do cordón se visualiza en todas las correlaciones Gral. San Martín, recordamos que este partido es el de mayor TMI del 1er cordón. En el cuadrante superior derecho del gráfico se ven los partidos del 2do cordón, en las mismas correlaciones los partidos extremos que se repiten son Merlo, José C Paz, Moreno y Malvinas Argentinas, con Ezeiza mucho más alejado en relación a la TMI que a los determinantes del espacio. Hay otros dos partidos con comportamientos particulares, uno Florencio Varela alejado de la línea con la TMI no tan altas pero con las variables de los determinantes del espacio más elevados y a la inversa San Fernando que pese a la TMI alta mantiene la variable de los determinantes del espacio hacia un nivel medio, más cercano al 1er cordón. Los partidos de Quilmes y Lomas de Zamora en todas las correlaciones menos en el analfabetismo y las cloacas se acercan mucho a los partidos del 1er cordón. El resto de los partidos de ese cuadrante se agrupan densamente sobre la línea de correlación.

En el caso de las correlaciones inversas como son el agua corriente, las cloacas, la educación polimodal (Tablas Nº 9, 10 y 11 y Gráficos Nº 12 a y b, 13 b) el cuadrante que muestra al 1er cordón es el inferior derecho de los gráficos. Aquí las variaciones en la

posición de los partidos del 1er cordón son mayores. Las que se mantienen más estables son las más extremas con Vicente López, San Isidro y, no tanto, Tres de Febrero. Con respecto a la educación polimodal: Avellaneda, Lanús, y Hurlingham se alejan de este cuadrante y Gral. San Martín se mezcla con el 2do cordón. En relación al agua y las cloacas Ituzaingó y Hurlingham se alejan notoriamente de su cordón. Con respecto al cuadrante superior izquierdo del gráfico se encuentran los partidos del 2do cordón, pero muchos de ellos están en una posición intermedia o en el centro del gráfico mezclándose con los del 1er cordón como en las cloacas. El polimodal en el 2do cordón está concentrado en el extremo superior izquierdo, mostrando la relación de déficit de este nivel de educación con las tasas más altas de mortalidad infantil. Con respecto al agua hay gran heterogeneidad encontrándose en toda la línea de correlación. En el extremo del segundo cordón están Ezeiza y José C. Paz con variaciones de Merlo, Malvinas Argentinas y Moreno. El resto se encuentran agrupados sobre la línea.

Podemos pensar que los espacios con gran parte de los determinantes sociales menoscabados como en los partidos de Florencio Varela, Ezeiza, José C Paz, Moreno y Merlo no solo estaban en peores condiciones en la época que analizamos sino además estaban en riesgo permanente de agravarse, con gran vulnerabilidad y sin capital social que los amortigüe. Incluso en casos de tiempos de bonanza, estas no se manifestarían hasta pasado muchos años y siempre que las políticas distributivas y el cambio de la estructura de la gestión lo permitan.

Nos referimos a capital social desde lo cognitivo en base a ideas, cultura, ideología, normas, valores, actitudes y creencias que son parte de un comportamiento de grupos poblacionales. Esto ya sea desde un barrio a una gran ciudad junto a una estructura ya sea de origen vertical de interrelación de los grupos con los diferentes niveles de poder y horizontal de grupos entre sí con igual poder. El capital social buscaría alcanzar la cohesión social referida a la disminución de conflicto, lazos, reciprocidad y formación de instituciones para esos logros sociales. A través del capital social se produce empoderamiento comunitario que influye directamente en la promoción de la salud y el cambio social (Sapag y Kawaschi 2007).

En resumen los gráficos mencionados muestran la posición de ambos cordones con las variaciones individuales de los partidos que hemos citado, y los mismos partidos que se repiten en los extremos. El resultado más claro de este trabajo son las desigualdades en salud a nivel local, mostrando el pasado y futuro de estos partidos ya que nos manejamos con indicadores estructurales que necesitan muchos años para instalarse y también muchos más para mejorarlos (Alazraqui y col. 2007).

Los valores de los coeficientes de correlación y sus intervalos de confianza en relación a la TMPN, jerarquiza al analfabetismo (CC 0,85/ IC 0,68; 0,93), a la educación polimodal (CC:-0,85/IC -0,93;-0,68), el NBI de hogares (CC 0,84 / IC 0,66; 0,93) y la población sin cobertura en salud (CC 0,84/IC 0,66; 0,93) (Tabla N° 12). Las relacionadas a la TMN son menores, la que se destaca es la educación polimodal, con Intervalos de Confianza más amplios en general. El agua y las cloacas tienen los valores más bajos y menos significativos. Las mayores significaciones en relación a la TMPN se aproximan a la interpretación de la relación de esta mortalidad con los determinantes del espacio social en comparación a las TMN más relacionados con los factores biomédicos. Este punto merece una profunda investigación epidemiológica, comenzando por los diagnósticos de las causas básicas de muerte y el nivel de desarrollo de los sistemas locales de información en salud (Alazraqui y col. 2006; Guevel 2008).

En el análisis de correlación que realiza Morina y col. (2008) entre variables indicadoras de calidad de vida del Gran Buenos Aires, las cuales muchas coinciden con las utilizadas en este trabajo, encuentran una fuerte correlación positiva entre variables llamadas por los autores de “costos” ya que en sus máximos valores presentan situaciones desfavorables de la calidad de vida. Hallan un alto porcentaje de asociación entre hacinamiento y déficit de cloacas, TMI, población sin cobertura de salud, niños de 15 años o más que no asisten a la escuela y instrucción educativa menor a primaria completa.

Fuera de las significaciones con excepción del agua y las cloacas donde los valores de las variables de ambos cordones se mezclan podemos notar las diferencias constantes entre cordones en relación a los determinantes sociales del espacio y la mortalidad infantil, queremos hacer notar en los Gráficos 11 y 13 a 15 muy claramente las diferencias a favor del 1er cordón.

Las correlaciones mas fuertes se dan en relación a los niveles de educación comenzando por el analfabetismo con mayor repercusión en la MPN y sobre todo en el 2do cordón, las dos condiciones más influenciadas por los determinantes del espacio social en relación a la mortalidad infantil. También el nivel de educación polimodal con más peso en la TMPN y el 1er cordón (Tabla N° 13) (Ayçaguer y col. 1990, Medina 2010). Las variables de los niveles de educación en relación a la mortalidad infantil están ampliamente estudiadas (Consaltein Geib y col. 2010; Consiglio 2007; Morina y col. 2008; Baquero y col. 2009). Lo que queda por preguntarse en cada espacio social, cuánto y cuándo el nivel educativo es parte de la formación de ciudadanía (Fleury 1997). Es fundamental tener conocimientos

para construir conscientemente el espacio social donde se habita y también las prácticas que incorporan los derechos y las responsabilidades. Por esto Consiglio (2007) reafirma que los años de educación son el mejor indicador de salud, más aun que la renta. Además Schultz (1993) habla del poder de la educación femenina para concretar los objetivos demográficos de la disminución en la mortalidad infantil y la fertilidad. También este autor en sus trabajos ha encontrado una asociación entre el aumento en cada año de instrucción materna y el descenso de la mortalidad en la niñez entre un 5% y 10%.

Las condiciones habitacionales y sanitarias, los recursos económicos y educacionales del grupo familiar dentro de los hogares también se relaciona con la MPN y el 2do cordón (Tabla N° 14) (Morina y col. 2008; Zanini y col. 2009). Con respecto al agua corriente y cloacas solo se relacionan con la MPN en el 2do cordón con un Intervalo de Confianza (IC) muy amplio (Tabla N° 14).

En este trabajo se demuestra una relación directa de la MI con los indicadores de pobreza de NBI, analfabetismo y población sin cobertura en salud e inversa con las de bienestar como son la de educación polimodal. No se destacan las relaciones con agua, cloacas y promedio de hijos por mujer. Las relaciones más significativas se dan en relación al 2do cordón y con la MPN.

Otros autores se preguntan que factores son de más peso en la producción de salud infantil, aquellos dependientes solo de lo que sucede dentro del hogar o lo que puede estar influido también por lo público. En la búsqueda de la influencia de las políticas públicas en la salud infantil en la Argentina, el trabajo realizado por Bertranou y col.(2002), muestra los más importantes conglomerados del país. Manifiesta como resultados con impacto positivo significativo, la extensión de la educación primaria y secundaria a todas las mujeres; la lucha contra la exclusión social en salud, permitiendo la afiliación a un seguro de salud a todas las mujeres embarazadas; la redistribución geográfica de los centros de atención primaria, de manera que toda mujer embarazada se encuentre a una distancia mucho menor que la actual de su lugar de consulta al ginecólogo. Aunque no es nuestro principal interrogante diferenciar entre factores privados y públicos de la salud infantil, faltaría preguntarse cuáles son los factores privados que no son influenciados por la construcción social del espacio.

Corroboramos la relación de los determinantes del espacio social con la mortalidad infantil y creemos que los determinantes usados no corresponden a una circunstancia económica

puntual de un año, sino resumen claramente las condiciones en las que vivió la población estudiada por lo menos en el último decenio. Pese a la disminución de la mortalidad infantil en los años 80, esta sufrió un progresivamente estancamiento y como sabemos un aumento en los años sucesivos al 2001, fiel reflejo de las peores condiciones de vida por la crisis económica que ya se venía produciendo y que eclosionó en el año 2001 (Romero y Landmann Szwarcwald 2000; Escudero y Massa 2006).

Estos espacios sociales de alta densidad poblacional y con intensas dinámicas sociales no son pensados con políticas acordes a su complejidad. El desmesurado cambio en las formas de vida de los últimos 20 años no cambió las formas tradicionales de gestión y administración, lo que suma un escollo más al de la crisis económica de la época (Spinelli y col. 2000).

Las limitaciones y alcances del trabajo.

Llegado a este punto del trabajo corresponde contestar a la pregunta de ¿cómo? y ¿por qué? se da de este modo las relaciones entre la mortalidad infantil y los determinantes del espacio social en los PGBA en el año 2001. Las respuestas que nos abre este complejo ovillo de realidades no están tan bien explicadas por la correlación de factores como nos dice la teoría epidemiológica del riesgo. Ya que aparte de tales existe una historia de la formación de los grupos poblacionales que está en constante reconstrucción según la interrelación de las historias de grupos menores y así hasta la de cada individuo. Por estas interconexiones no hay relaciones lógicas ni moldes que puedan ser aplicados al conocimiento del espacio social y cada grupo tiene los suyos propios con respecto a los procesos que se generan en los espacios que se construyen en el cotidiano en forma permanente.

Aquí se analizaron los determinantes del espacio social de los agregados correspondiente a cada partido y también se intentó encontrar similitudes en un nivel mayor aún, al mostrar los cordones formados por un conjunto específico de esos partidos. Cada partido o cordón es representado por sus variables que corresponden a su vez a un alto grado de complejidad como es la realidad social, es a ese nivel que jerarquizamos los estudios ecológicos, más abarcativo y totalizador (Almeida Filho y Rouquayrol 2008). En otra instancia también sería interesante investigar desde aquellos que forman los grupos poblacionales más específicos hasta aquellos más globales que incluye la problemática general del espacio y la salud (Castellanos 1987).

Como sucede en todas las instancias desde las más individuales a las más globales diferentes procesos llevan a veces a resultados semejantes. Por esto el enfoque local de los estudios del espacio social y la salud serían los que llevarían a resultados más promisorios para encontrar procesos de cambio. El trabajo realizado por Alazraqui y col. (2008) sobre el estudio de las desigualdades en salud a nivel local en el municipio de Lanús sería la etapa siguiente que debería realizarse para entender la construcción de los espacios sociales y así poder generar procesos de cambio. Otra consideración merecen los estudios multinivel en los estudios de base territorial donde se pueden conocer las singularidades inmersas en las particularidades grupales y viceversa, un conocimiento más acabado de lo que sucede realmente (Diez Roux 2004). Esto también aplicado a microáreas en mortalidad infantil para entender los diferentes niveles de intervención (Ruvirao Zanini y col. 2009).

Las limitaciones más específicas que observamos en este estudio tienen relación directa con:

- La fuente de datos al ser censal es una posible base de errores. Pese que la etapa realizada de evaluación de calidad y consistencia de los datos fue programada y realizada (INDEC 2001c), no podemos descartar que en zonas tan complejas y densamente pobladas puedan igual mantener problemas de cobertura y calidad de los datos.
- Las estadísticas vitales dependientes de la Pcia. de Bs. As. son consideradas entre las provincias que presentan buena cobertura y calidad de los datos. Pero uno de los problemas que aun pueden mantenerse es en la definición de nacido vivo de aquellos recién nacidos con muy corta gestación y que viven pocas horas o fracciones pudiendo ser confundidos o interpretados como muertes fetales.
- Otra posible limitación es el método utilizado de estudio ecológico y su supuesto teórico. Con respecto al método ecológico en este estudio no se produjo la “falacia ecológica” ya que las proyecciones de los datos siempre fueron a nivel de agregado.
- La aplicación del termino “espacio social” aun no del todo significado en la Epidemiología establecida puede generar alguna confusión. Pero nos basamos en la revisión de conceptos que realiza la Epidemiología Latinoamericana sobre el término “lugar” y la discusión de “espacio geográfico”.
- Otra de las limitaciones es la integración de los factores socioeconómicos que construyen el espacio social usados para la correlación con la MI. Tal vez sea complicado aun usar un método de integración o resumen de estos datos, una posibilidad sería a través de evaluar el recurso teórico metodológico del concepto de capital social o cohesión social que daría mayor significado a un grupo en estudio.

-La distancia temporal con la época referida, la velocidad de los cambios de la vida actual, talvez desjerarquicen muchas situaciones generales y particulares de los partidos que podrían tener lugar en este nivel contextual de análisis si lo hubiésemos realizado años antes.

Las potenciales limitaciones mencionadas de este estudio están fuera de sus objetivos específicos.

Se sugieren las siguientes líneas de investigaciones futuras:

- La inclusión de variables que tengan que ver con la financiación y capacidades del sistema de salud de los PGBA, pese a ser parte de los determinantes del espacio social. Las dificultades en este caso tienen que ver con la complejidad de las variables que influyen en las políticas distributivas (Chiara y col.2010).

- El análisis de las dependencias de poder y de gestión de los partidos y sus instituciones de las cuales dependen el desarrollo general de la vida de los pueblos.

- Comparaciones con estudios realizados con otros conglomerados del país en base a características comunes y con otros momentos de los mismos PGBA implicando diferentes procesos históricos.

- Estudios en profundidad de origen cualitativo en grupos específicos que puedan dar cuenta lo que representan los resultados obtenidos en los diferentes partidos.

Estas limitaciones son las que creemos más notorias porque las sentimos como necesidades personales de desarrollo en futuras investigaciones.

Los alcances de este trabajo se basan primordialmente en:

- La claridad de las relaciones entre factores implicados en el espacio social, los resultados pueden hablar por sí solos.

- La asociación entre datos de agregados sin trasladar esos datos a nivel individual.

- Los datos son todos oficiales y publicados lo que transparenta los resultados.

- El método es simple y puede ser fácilmente leído e interpretado por cualquier ciudadano porque su escritura además es clara y simple. Las únicas dificultades con algunos conceptos pueden ser investigadas en la bibliografía citada.

- La época referida está estudiada desde muchos puntos de vista y puede ser visualizada con mayor claridad.

- Este estudio da un perfil causal colectivo aplicable en la gestión desde el nivel local en adelante y puede generar políticas locales y generales más justas.

Creemos firmemente en los resultados de nuestra investigación primero como fidedignos y segundo como generadores de nuevos conocimientos, tanto en otros que estudian las diferencias para mostrar más desigualdades como para aquellos que tienen la posibilidad de gestionar cambios. Este trabajo ingresa más conocimiento sobre los espacios sociales en relación a la salud, confirmándolo en espacios geográficos. Muchos ya identificados teóricamente en forma general, pero aquí fuera de especulaciones más claramente identificados.

La producción de conocimiento de áreas específicas donde se estudie la complejidad de la salud de las poblaciones es parte de las necesidades de la gestión para generar los cambios en los espacios sociales. También estos conocimientos son importantes en los agentes de salud para dar otro sentido a los procesos de trabajo ya instituidos, también así se producirían cambios perdurables.

Creemos que este trabajo produjo conocimientos epidemiológicos específicos, claros y de fácil utilización en relación a las generalidades conocidas. Generando dudas sobre otros conocimientos previos ya establecidos para seguir siendo investigados y creando otros nuevos conocimientos. En el nivel de análisis propuesto da los mejores resultados y estimula a estudiar otros niveles. Creemos que los objetivos se cumplieron mucho más lejos de lo esperado. Y por último un apasionante deseo de continuar trabajando en el tema tratado.

Bibliografía

Alazraqui, M. Mota, E. Spinelli, H. 2006. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12)2693-2702. Consultado 11/10 en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/17.pdf>

Alazraqui, M. Mota, E. Spinelli, H. 2007. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (2) 321:330. Consultado 11/2010 en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/08.pdf>

Alazraqui, M. Spinelli, H.org. 2008. Desigualdades en salud en el nivel local / municipal. Ed. de la Universidad Nacional de Lanús. Remedios de Escalada. Partido de Lanús. Pcia de Bs. As. Argentina.

Almeida Filho, N. Rouquayrol, M. 2008. Diseño de Investigaciones en Epidemiología en Introducción a la Epidemiología. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Ayçaguer, L. Duran Macho, E.1990. Mortalidad Infantil y Condiciones Higiénico-Sociales en las Américas. Un Estudio de Correlación. Rev. Saúde Púb. S. Paulo, 24(6):473-80.

Baquero, R. Terigi, F. Toscazo. G. Brisciol Bárbara, A. Sburlatti, S. 2009. Variación del régimen académico en escuelas medias con población vulnerable. Un estudio de caso en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. Consultada 11/ 2010 en: http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol7num4/art15_htm.htm

Bertranou, M. Delajara, M. Amiune, O.2002. Una Función de Producción de Salud Infantil para Argentina.Consultado 11/10 http://www.aaep.org.ar/anales/works/works2002/bertranou_delajara_amiune.pdf

Bourdieu, P.1989. O poder simbólico Ed Bertrand Brasil Citado por Paim, J S. 1997. Condições de Vida e Situação de Saúde. Abordagens Teórico-Conceituais em Estudos de

Condições de vida e Saúde: Notas para reflexão e ação. Ed. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva. Rio de Janeiro. Pag 14.

Bronfman, M. 2001. Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil. Buenos Aires: Lugar Editorial. Colección Salud Colectiva.

Campaña, A. 1997. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamiento de estudos sobre condições de vida e saúde. Ed. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva. Rio de Janeiro. Pág. 115.

Castellanos, P. 1987. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Ponencia en V Congreso Mundial de Medicina Social. Medellín Cuad. Med. Soc. Nº 42:15-24.

Catellanos, P L. 1992. Citado por Paim, J S. 1997. Condições de Vida e Situação de Saúde. Abordagens Teórico-Conceituais em Estudos de Condições de vida e Saúde: Notas para reflexão e ação. Ed. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva. Rio de Janeiro. Pag. 14.

Catellanos, P L. 1997. Condições de Vida e Situação de Saúde. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. Ed. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva. Rio de Janeiro. Pag.65.

Castillo-Salgado, C. 2000. Análisis de Situación de salud en las América, 1999-2000. Boletín Epidemiológico OPS vol.21 nº 4.

Celton, D. Ribotta, B. 2004. Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina Niveles y tendencias durante el siglo XX. Consultado 11/10 en : http://www.alapop.org/2009/images/PDF/ALAP2004_390.PDF

Cetrángolo, O. Devoto, F. 1999. Organización de la salud en argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Consultado 12/2010 http://cdi.mecon.gov.ar/cgi-bin/pppp.exe?rec_id=044928&database=pppp&search_type=link&table=all&lang=spa&format_name=SFALL

Chiara, M. Di Virgilio, M. Ariovich, A. 2010. La coparticipación provincial por la salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005). *Salud Colectiva*. 6 (1):47-64.

Consaltein-Geib, L. Fréu, CH. Brandão, M. Lahorgue Nunes, M. 2010. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2):363-370.

Consiglio, E. 2007. Pobreza, Salud y Educación. *Econ. Gest. Desarro. Cali*.Nº5:159-175

Consultado 10/10 en:

http://revistaeconomia.puj.edu.co/html/articulos/Numero_5/Art._No._7.pdf

Cortes, R. Groisman, F. 2004. Migraciones, Mercado de Trabajo y Pobreza en el gran Buenos Aires. *Revista de la CEPAL* 82 1º Abril: 173-191.

DEIS 2001. Definiciones y Conceptos en Estadísticas en salud. Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Última revisión. Consultado 9/2010 en: <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>

DEPB 2002. Dirección de Estadística de la Provincia de Buenos Aires. Consultado 9/ 2010 en: <http://www.ec.gba.gov.ar/Estadistica/Censo/nav.htm>

Diez Roux, A. 2004. Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel. En *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

DIS MSPBA 2002. Dirección de Información Sistematizada. Natalidad y Mortalidad Infantil Según partido de Residencia. Subsecretaría de Planificación de Salud. Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As. Consultado 9/10 en: <http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/Menor01-02-03-04-05/Menor2001.pdf>

DIS MSPBA 2002a. Índice de Desarrollo Humano valores del 2001 Consultado 9/10 en: <http://tablero.ms.gba.gov.ar/tablero/valida.php>

DIS MSPBA 2001b. Índice de Desarrollo Humano definiciones. Consultado 9/10 en:

<http://www.ms.gba.gov.ar/determinantes/EnfoqueDesarrolloHumano.pdf>

DIS MSPBA 2003. Dirección de Información Sistematizada. Natalidad y Mortalidad Infantil Según partido de Residencia. Subsecretaría de Planificación de Salud. Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As. Consultado 9/10 en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/Menor01-02-03-04-05/Menor2002.pdf>

DIS MSPBA 2004. Dirección de Información Sistematizada. Natalidad y Mortalidad Infantil Según partido de Residencia. Subsecretaría de Planificación de Salud. Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As. Consultado 9/10 en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/Menor01-02-03-04-05/Menor2003.pdf>

ECLAC 1999. La transición demográfica en América Latina Basado en BID/CEPAL/CELADE. Impacto de las tendencias demográficas sobre sectores sociales en América Latina, Santiago. Consultado 10/10 en:

http://www.eclac.org/Celade/SitDem/DE_SitDemTransDemDoc00e.html

El Senado y Cámara de Diputados de la Pcia. de Bs AS Ley 7016/65. De Regionalización Sanitaria de la Pcia. Bs. As. Consultado 11/10 en:

http://www.gob.gba.gov.ar/dijl/DIJL_buscaid.php?var=33711

Escudero, J.C. Massa, C. 2006. Cifras del Retroceso: El Deterioro Relativo de la Tasa de Mortalidad Infantil de Argentina en la Segunda Mitad del Siglo XX. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 2(3): 249-257.

EPH 2001. Encuesta Permanente de Hogares Octubre 2001. Aglomerado del Gran Buenos Aires Octubre del 2001. Consultado 10/2010 en:
<http://www.INDEC.mecon.ar/eph/eph01.asp>

Feres, J.C. Mancero, X. 2001. El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. Consultado 10/10 en:
http://msuntref.iespana.es/demo/metodo_nbi.pdf

Fleury, S. 1997. Estado Sin Ciudadanos, Seguridad social en América Latina. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Gómez, A. Álvarez, G. 1997. Las Necesidades Básicas Insatisfechas: sus deficiencias Técnicas y su impacto en la definición de políticas sociales. Ponencia en 1er congreso Internacional de "Pobres y Pobreza en la Sociedad Argentina" UNQ/CEIL 4 -7/11/97.

Consultado 9/ 10 en: <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/TALLER5/10.pdf>

Gomez Lende, S. 2005a. Citado por Velásquez,G; Gómez Lende, S(comp.). Desigualdades y calidad de vida en la Argentina (1991-2001).Aportes empíricos y metodológicos. CIG-UNCPBA, Tandil: 241-248.

Gómez Lende, S. 2005b. Calidad de vida, modernización y diferenciación socioespacial en el conurbano bonaerense (1991-2001). Nuevas desigualdades, nuevas fragmentaciones.

Consultado 10/10 en:

<http://www.gredes.com.ar/CALIDAD DE VIDA - Lende.pdf>

Guevel, C. 2008. La medición de las desigualdades en salud y el nivel local/municipal. En desigualdades en salud en el nivel local / municipal. Edición de la Universidad Nacional de Lanús. Remedios de Escalada. Partido de Lanús. Pcia. de Bs. As. Argentina.

INDEC 1998. El estudio de la pobreza con datos censales. Nuevas perspectivas. Consultado 10/10 en: <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/TALLER5/>

INDEC 2001a. Censo 2001. Consultado 9/2001 en: http://www.indec.gov.ar/censo2001s2_2/ampliada_index.asp?mode=04

INDEC 2001b. Glosario. Consultado 9/10 en: <http://www.indec.mecon.ar/>

INDE 2001c. Aspectos Metodológicos del Censo 2001. Consultado 9/10 en: <http://www.indec.gov.ar/redatam/CPV2001ARG/docs/Metodolog%EDa%20Censal%20CD%20Base%20CNPHV2001.pdf>

INDEC 2005. ¿Qué es el Gran Buenos Aires? Instituto Nacional de Estadística y Censo. Ed. 2003 revisión 2005. Pág.: 3 Bs. As. Arg. Consultado 9/10 en: <http://www.indec.gov.ar/glosario/folletoGBA.pdf>

Lee, K. S. Park, S. Khoshnood, B. Hsieh, H. Mittendorf, R. 1997. Human development index as a predictor of infant and maternal mortality rates. *J Pediatr*; 131(3): 430-3.

Lomuto, C. 1998. ¿De qué se mueren los recién nacidos en la Argentina 1995? *Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, XVII, N° 1:31-35. Consultado 12/10 en:
<http://www.sarda.org.ar/content/download/527/3104/file/31-35.pdf>

Madies, C. Chiarveti, S. Chorny M. 2000. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Rev. Panam. Salud Pública* 8(1/2)33-42. Consultado 12/10 en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3002.pdf>

McKeown T. 1990 *Los Orígenes de las Enfermedades Humanas*. Ed. Crítica. Serie Los Hombres, Barcelona. Pág. 11.

Medina L. 2010. Nivel de educación parental y mortalidad infantil/ Interaction between maternal and paternal educational level as conditionant of infant mortality. *Rev Chil Pediatr*; 81(3): 228-233. Consultado 12/10 en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-563805>

Méndez Delgado, E. Lloret Feijóo, M. C. 2004. “Comparación Internacional: El Índice de Desarrollo Humano para 20 Países Latinoamericanos (1980-2005)” en *Observatorio de la Economía Latinoamericana* Número 30. Consultado 10/2010 .Texto completo en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>

Morina, J. O.; Baxendale, C. A.; Buzai, G. D. 2008. La calidad de vida en el Gran Buenos Aires. En: Velásquez, G. A. (ed.) *Geografía y Bienestar. Situación local, regional y global de la Argentina luego del censo de 2001*. EUDEBA. Buenos Aires. pp. 367-383.

MSPBA 2001. Estado de salud. Hechos vitales. Consultado 9/10 en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/HechosVitales/Hechos2001.pdf>

MSPBA 2002. Estado de salud. Hechos vitales. Consultado 9/10 en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/HechosVitales/Hechos2002.pdf>

MSPBA 2003. Estado de salud. Hechos vitales. Consultado 9/10 en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/HechosVitales/Hechos2003.pdf>

MSPBA PMI 2005 Programa de Prevención y Tratamiento de IRA baja. Programa Materno-Infantil del. Ministerio de Salud de la Pcia. Bs. As. Consultado 9/10 en:

http://www.ms.gba.gov.ar/programas/seguropublico/documentacion/documentos/publicacion_ira_2005b.pdf.

Najar, A. L. & Marques, E C. A. 2003. Sociologia urbana, os modelos de análise da metrópole e a saúde coletiva: uma contribuição para o caso brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva* . vol.8, n.3 pp. 703-712. Consultado 12/10 en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232003000300005.

OMS-OPS 1995. Clasificación estadística e Internacional de enfermedades y problemas relacionados a la salud .Revisión N° 10. Washington EEUU.

OMS 2005. Determinante sociales Comisión sobre los determinantes sociales de la salud 2005-2008. Consultado 9/ 2010 en:

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/

OMS. Corvalan, C. Prüss-Üstün, A. 2006. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Consultado 9/10 en:

http://www.mma.es/secciones/biblioteca_publicacion/publicaciones/revista_ambienta/n62/pdf/20saludyma622007.pdf

Paganini J. 1998. La cobertura de la atención de la salud en América Latina y el Caribe. Rev. Panam. Salud Pública Vol 4 N° 5.

Paim, J S.; Silva, L M V. da; Costa, M C N. 1995. Condições de Vida e Saúde da População da Cidade do Salvador. Citado por Paim, J s et al., Análise da Situação de Saúde do Município de Salvador, segundo Condições de Vida. Acordo OPS/CNPq- DRC/RPD/63/5/12, Velatorio Finalv, I, Salvador Bahia. Pag.1-39.

Paim, J.S. 1997. Condições de Vida e Situação de Saúde. Abordagens Teórico-Conceituais em Estudos de Condições de vida e Saúde: Notas para reflexão e ação. Ed. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva. Rio de Janeiro.

Panhoca da Silva, O. Panhoca, L. 2007. A contribuição da vulnerabilidade na determinação do índice de desenvolvimento humano: estudando o estado de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1209-1219.

R Development Core Team 2010. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>

Romero, D E. Landmann Szwarcwald, C. 2000. Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(3):799-814.

Ruiz Ramos, M. Nieto García, M. 2003. Evolución de la Mortalidad Infantil, Neonatal y posneonatal en Andalucía, 1975-1998. *Rev. Esp. Salud Publica* 77 n 3 363-371.

Ruviar Zanini, R. Bragança de Moraes, A. Justo Giugliani, E. Riboldi, J. 2009 Tendência da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-2004: uma análise multinível de fatores de risco individuais e contextuais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(5):1035-1045.

Samaja, J. 2004. Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. 1º Ed. Lugar Editorial. Buenos Aires. Pág. 129.

Santos, M. 1996a En Gómez Lende, S. 2005 Calidad de vida, modernización y diferenciación socioespacial en el conurbano bonaerense (1991-2001). Nuevas desigualdades, nuevas fragmentaciones. Consultado 9/2010 en: www.gredes.com.ar/CALIDAD%20DE%20VIDA%20-%20Lende.pdf

Santos, M. 2006. Naturaza do Espaço. Técnica e Tempo. Razão e Emoção. Ed. de Universidade de São Paulo-(Coleção Milton Santos). São Paulo.

Sapag, J.C. & Kawaschi, I. 2007 Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública* 41(1):139-49.

Schultz, P. 1993. "Mortality Decline in the low-income world: Causes and Consequences". *Living Standards, Work Levels, Health, and Mortality*. Vol 83 N° 2:337-341.

Schwartz, S. 1994. Citado por Paim, J S. 1997. *Condições de Vida e Situação de Saúde. Abordagens Teórico-Conceituais em Estudos de Condições de vida e Saúde: Notas para reflexão e ação*. Ed. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva. Rio de Janeiro. Pag.15.

Sarasqueta P. 2006 Mortalidad infantil por malformaciones congénitas y prematurez en la Argentina: análisis de los criterios de reducibilidad. *Arch.argent.pediatr.* vol 104 (2):153-158.

Spinelli H., Alazraqui M. Calvelo, L. Arakaki, J. 2000. Mortalidad Infantil. Un Indicador para la Gestión Local. Ed. Organización Panamericana de la Salud. Publicación N° 51. Buenos Aires Argentina Pág. 20.

Silveira, L 1999. En Gómez Lende, S.2005. Calidad de vida, modernización y diferenciación socioespacial en el conurbano bonaerense (1991-2001). Nuevas desigualdades, nuevas fragmentaciones. Consultado 9/2010 en: www.gredes.com.ar/CALIDAD%20DE%20VIDA%20-%20Lende.pdf

Susser, M.1994. Citado por Paim, J S. 1997. *Condições de Vida e Situação de Saúde. Abordagens Teórico-Conceituais em Estudos de Condições de vida e Saúde: Notas para reflexão e ação*. Ed. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva. Rio de Janeiro. Pag.15

Tafari, R. Gaspio, N. Maldonado, R .2005. Economía, Educación y Salud Materno Infantil. Consultado 10/10 en:
<http://www.eco.unrc.edu.ar/wp-content/uploads/2010/05/Tafari.R1.pdf>

Velázquez, G; Gómez Lende, S. (2005): "Población y calidad de vida en la Argentina (1991-2001). La fragmentación de la sociedad y el territorio". En: Velázquez, G.; Gómez Lende, S. (comp.). *Desigualdad y calidad de vida en la Argentina (1991-2001). Aportes empíricos y metodológicos*. CIG-UNCPBA, Tandil: 199-239.

Victoria C., Barros F. 1992. *Epidemiología de la Desigualdad*. Ed. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. Pág.73

WHO 2010. Objetivos del desarrollo del Milenio. (Online) Disponible en http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/index.html

Zubaran Goldani, M. Benatti, R. Moura da Silvab, A. Bettiol, H. Westphal Correa, J. Tietzmann, M. Barbieri, M2002 Redução das desigualdades na mortalidade infantil na região Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública 36(4):478-83. Consultado 11/10 en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n4/11767.pdf>.

Listado de Tablas:

- Nº1. Mortalidad Infantil de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003. Pag.19.
- Nº2. Mortalidad Neonatal de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003. Pag. 20.
- Nº3. Mortalidad Post- Neonatal de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003. Pag. 21
- Nº4. Causas de Muerte Neonatal de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003. Pag. 23
- Nº5. Causas de Muerte Post-Neonatales de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003. Pag. 25.
- Nº6. Porcentaje de hogares con NBI de hogares, Vivienda deficitaria, Hacinamiento crítico, Agua corriente y Cloacas en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.Pag. 28.
- Nº7. Niveles de Educación en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.Pag. 31.
- Nº8. Promedio Hijos por Mujer, Porcentaje población sin cobertura en salud e Índice de desarrollo humano en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001.Pag. 34.
- Nº9. Coeficiente de Correlación (CC) y Coeficiente de Determinación (CD) de NBI de hogares, Agua Corriente y Cloacas 2001 con TMI, TMN, TMPN en los años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires. Totales y por cordón. Pag. 38.
- Nº10. Coeficiente de Correlación (CC) y Coeficiente de Determinación (CD) de Analfabetismo y educación Polimodal del año 2001 con las TMI/TMN/TMPN de los años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires. Pag. 41.
- Nº11. Coeficientes de Correlación (CC) y Coeficiente de Determinación (CD) del Promedio Hijos por mujer, Porcentaje Pobl. Sin Cobertura en Salud del año 2001 con TMI/TMN/TMPN de los años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires. Pag. 42.
- Nº12. Correlación y su significación con prueba t con α 0,05 e Intervalo de confianza (IC). Determinación y Regresión de los Determinantes del espacio social del año 2001 con las TMI, TMN y TMPN en los PGBA, 2001-2003.Pag46.
- Nº13. Correlaciones significativas con t α 0,05 e Intervalos de confianza del 1er Cordón. Pag. 47.
- Nº14. Correlaciones significativas con t α de 0,05 e Intervalo de Confianza del 2do Cordón. Pag.47.

Listado de Gráficos:

Nº1. Tasa de Mortalidad Infantil, Neonatal y Pos-Neonatal de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003. Pag. 22.

Nº2. Porcentajes de Causas básicas de Muerte Neonatales de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003. Pag. 24.

Nº3. Porcentajes de Causas Básicas de Muerte Posneonatal de los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2003. Pag. 26.

Nº4. Porcentaje de NBI de hogares, Vivienda Deficitaria y Hacinamiento crítico en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001. Pag. 29.

Nº5. Porcentaje de Viviendas con Agua corriente y Cloacas en Partidos del Gran Buenos Aires, 2001. Pag. 30.

Nº6. Porcentaje de Analfabetismo en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001. Pag. 32.

Nº7. Porcentajes poblacionales de nivel de educación: Educación General Básica, Polimodal y Terciario/Universitario. En los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001. Pag. 33.

Nº8. Promedio Hijos/Mujer en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001. Pag. 35.

Nº9. Porcentaje de Población Sin Cobertura de Salud en los Partidos del Gran Buenos Aires, 2001. Pag. 36.

Nº10. Índice de desarrollo humano por partido y cordón de los PGBA en 2001. Pag. 37.

Nº11. Correlación de porcentaje de NBI Hogares del año 2001, con TMI 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires. Pag. 39.

Nº12. Correlación de Viviendas con Agua corriente (a) y cloacas (b) del año 2001 con TMI años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires. Pag. 40.

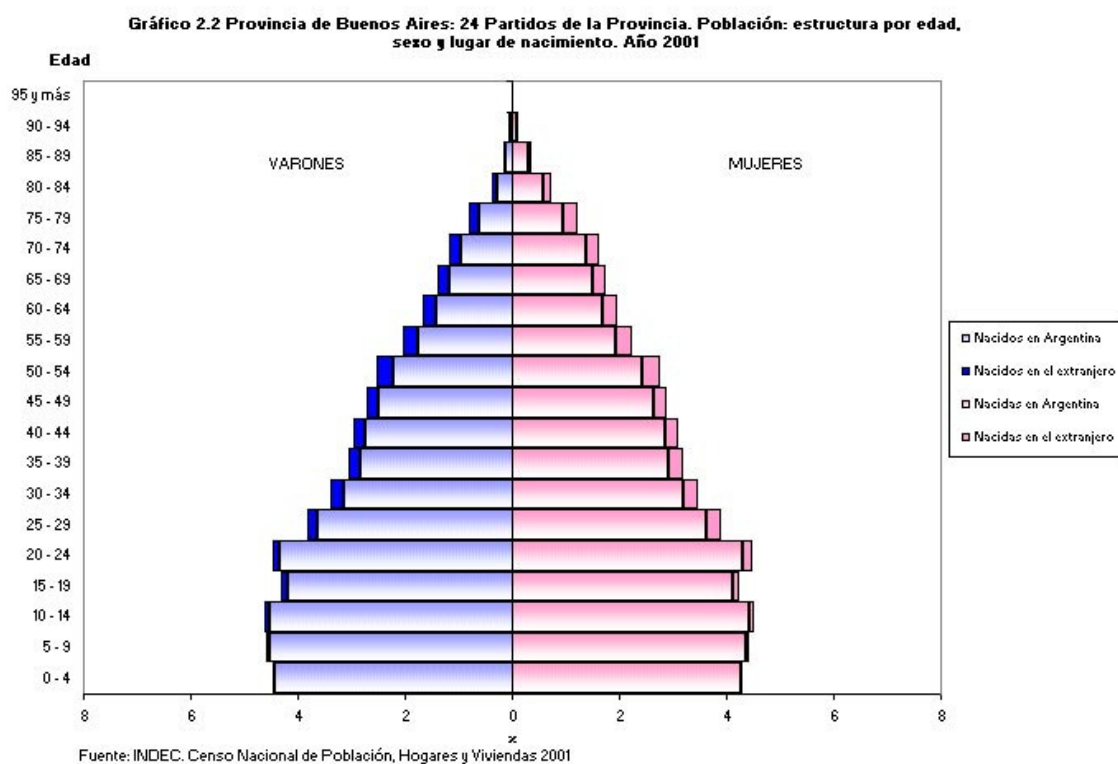
Nº13. Correlación de Analfabetismo (a) y polimodal (b) del año 2001 con TMI de los años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires. Pag. 41.

Nº14. Correlación del Promedio de hijos por mujer del año 2001 con TMI de los años 2001-2003 de los Partidos del Gran Buenos Aires. Pag. 43.

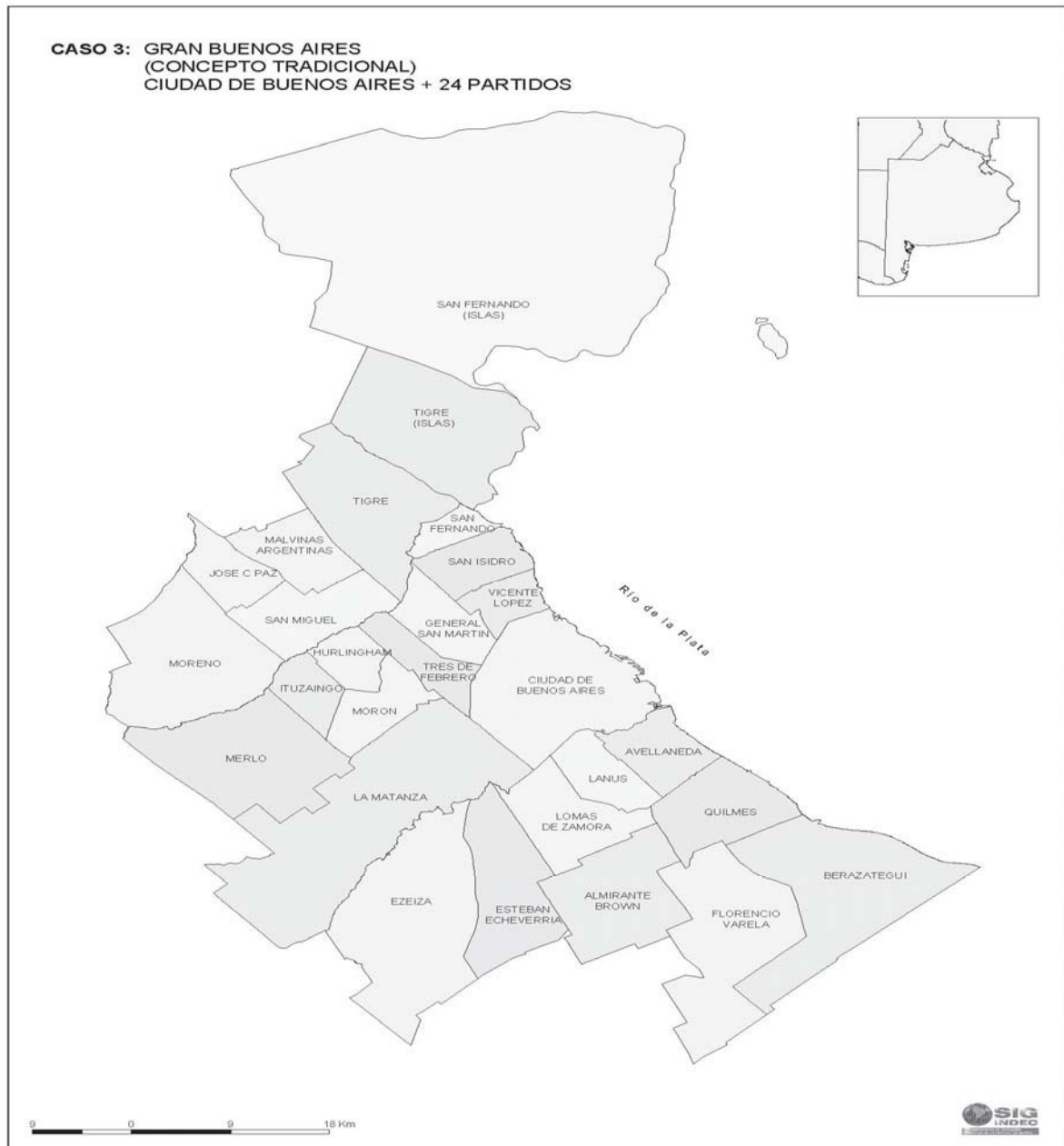
Nº15. Correlación del Porcentaje de la Población sin cobertura en salud del año 2001 con TMI de los años 2001-2003 en los Partidos del Gran Buenos Aires. Pag. 44.

ANEXO N° 1

Pirámide de población de los PGBA Año 2001



Anexo N° 2 Mapa de los 24 partidos de los PGBA más la capital del país, Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: (INDEC 2005)

ANEXO N° 3

Definiciones

Definición de los Partidos del Gran Buenos Aires (INDEC 2005):

Se llaman Los Partidos del Gran Buenos Aires (PGBA) a las jurisdicciones provinciales que rodean a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Las últimas modificaciones de su división política se realizaron en el año 1994, siendo desde entonces 24 partidos. Se nombra como “cordón” en el sentido de continuidad geográfica, además de presentar ciertas características comunes. El primer cordón está más en continuo a la CABA y está compuesto por 9 partidos, que son: Avellaneda, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingo, Lanús, Morón, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López. El segundo cordón es sucesivo al primero y está formado por 15 partidos, que son: Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, José C. Paz, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, La Matanza, Merlo, Moreno, Quilmes, San Fernando, San Miguel y Tigre.

Definiciones relacionadas a los indicadores de mortalidad infantil (DEIS 2001):

1) Nacidos vivos: Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo.

2) Tasa de natalidad: Número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes. (Nacidos vivos/total población) x1.000.

3) Mortalidad infantil: La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad postneonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año.

4) Tasa de Mortalidad Infantil (TMI): relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año. (número de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de un área geográfica dada durante un año dado) sobre el número de nacidos vivos.

registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año por cada 1000 nacidos vivos).

5) Defunción neonatal: muerte de los nacidos vivos durante los primeros 28 días de vida (6)

6) Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN): Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina y el denominador el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo y expresada por cada 1000 nacimientos.

7) Defunción de 28 días y más: muerte de los nacidos vivos entre los 28 y 365 días de vida.

8) Tasa de mortalidad Post Neonatal (TMPN): Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos entre los 28 y los 365 días de vida extrauterina y el denominador el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo, y expresada por cada 1000 nacimientos

9) Lugar de Residencia: Es la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate. Éste no necesita ser el mismo lugar en que aquella persona se encontraba en el momento en que ocurrió el hecho o su residencia legal. A los efectos de la tabulación, el lugar de residencia debe determinarse de la siguiente manera: -para nacidos vivos: lugar de residencia de la madre en el momento del alumbramiento del nacido vivo; -para defunciones de menores de un año: lugar de residencia de la madre en el momento de la muerte del niño (o la del niño si la madre ha muerto)

Tabulación de mortalidad Lista 3 de CIE10. Mortalidad de Infantes y Niños .Lista Condensada. (CIE 10 1995)

-Enfermedades infecciones y parasitarias A00-B99

-Tumores C00-D48.

-Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos desordenes de los mecanismos inmunes D50-D89.

-Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas E00-E88.

-Enfermedades del sistema nervioso G00-G98.

-Enfermedades de oído y procesos mastoideos H60-H93.

-Enfermedades del sistema circulatorio I00-I98.

-Enfermedades del sistema respiratorio J00-J98.

-Enfermedades del sistema digestivo K00-K92.

-Enfermedades del sistema genito-urinario N00-N98.

-Afecciones originadas en el periodo perinatal P00-P96.

- Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas Q00-Q99.
- Síntomas, signos y afecciones clínicas y de laboratorio no bien clasificadas R00-R99.
- Todas las demás enfermedades: Trastornos mentales y de la conducta F1 -F99, Trastornos del ojo y anexos H00-H59, Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo L00-L98, Enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo M00-M99.
- Causas externas V01-Y89.

Grupos de causas de muerte infantil empleados en relación a la CIE10

- Enfermedades infecciosas y parasitarias A00-B99.
- Tumores C00-D48.
- Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos de mecanismos inmunes D50-D89, excepto: 53 a 69, 76 y 84.
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas E00-E88, excepto: E23, 72, 74, 77, 84, 86, 87, 88.
- Enfermedades del sistema nervioso G00-G98, excepto: G00-05,12, 30-32, 40, 47, 56, 70-73, 80, 90-99.
- Enfermedades del sistema circulatorio I00-I98.
- Enfermedades del sistema respiratorio J00-J98, excepto: J69, 80, 81, 84, 93, 94, 96, 98.
- Enfermedades del sistema digestivo K00-K92, excepto: K20-31, 63, 72, 75,92.
- Enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo M00-M99, excepto: M89.
- Enfermedades del sistema genito-urinario N00-N98.
- Afecciones originadas en el periodo perinatal P00-P96.
- Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas Q00-Q99.
- Síntomas, signos y afecciones clínicas y de laboratorio no bien clasificadas R00-R99.
- Demás enfermedades bien definidas no clasificadas en otra parte pertenecientes a:
Enfermedades del sistema respiratorio códigos: J69, 80, 81, 84, 93, 94, 96, 98.
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos de mecanismos inmunes códigos: 53 a 69, 76 y 84. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas códigos: E23, 72, 74, 77, 84, 86, 87, 88. Enfermedades del sistema nervioso central códigos: G00-05,12, 30-32, 40, 47, 56, 70-73, 80, 90-99. Enfermedades del sistema digestivo códigos: K20-31, 63, 72, 75,92. Enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo códigos: M89.
- Causas externas V01-Y89.

Definición de los denominados en este trabajo como determinantes del espacio social (INDEC 2001b):

1) Necesidades Básicas Insatisfechas: El índice NBI del INDEC incluye a hogares que cumplen una o varias de las condiciones que definen los niveles críticos de privación (o personas que viven en los hogares con necesidades básicas insatisfechas).

Hacinamiento: hogares que tuvieran más de 3 personas por cuarto o habitaran en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo).

Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.

Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar que no asista a la escuela.

Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran 4 o más personas por miembro ocupado y además, cuyo jefe tuviera baja educación.

2) Vivienda deficitaria: Incluyen a- Vivienda tipo B es la que cumple por lo menos con una de las siguientes condiciones: no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda; no dispone de retrete con descarga de agua, tiene piso de tierra u otro material que no sea cerámica, baldosa, mosaico, madera, plástico, cemento o ladrillo fijo. b- Y el resto de las viviendas precarias: Ranchos, Casillas, Hogares en casa de inquilinato, Locales no construidos para ser habitados y Vivienda móvil.

3) Hogares con hacinamiento crítico: Hogares con más de tres personas por cuarto sin considerar la cocina y el baño

4) Tasa de analfabetismo: analfabetismo en porcentaje sobre el total de población de 10 años y más.

5) Tasa neta de Escolaridad: es la Tasa neta de escolaridad según nivel de enseñanza, Educación General Básica, Polimodal, Terciario y Universitario. En porcentaje del grupo de población del grupo correspondiente.

6) Promedio de Hijos por Mujer: cantidad de hijos por mujer en promedio.

7) Población sin cobertura de salud: Porcentaje de población que no está adherido a ningún sistema de atención de salud. La adhesión o asociación obligatoria o voluntaria a algún sistema de atención de la salud no indica "per sé" cobertura real; sin embargo, establece mecanismos de accesibilidad a los servicios de salud. Desde esta perspectiva, estar o no asociado a algún sistema de atención de la salud permite un corte dicotómico de la población afiliada y no afiliada en cuanto a cobertura y utilización de servicios de salud. Es también un indicador indirecto o "proxim" de condición socio-económica de la población y, por lo tanto, de caracterización de la misma según niveles de riesgo.

8) Índice de desarrollo humano (IDH) (DIS MSPBA 2001b): El IDH mide el progreso promedio de un país en el largo plazo en relación a tres capacidades humanas básicas: a) tener una vida larga y saludable; b) poseer conocimientos necesarios para comprender y relacionarse con el entorno social, y c) Gozar de ingresos suficientes para acceder a un nivel de vida decente. La primera dimensión es estimada por la esperanza de vida al nacer; la segunda por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en enseñanza primaria, secundaria, y terciaria, y la tercera por el producto interno bruto (PIB) per cápita, expresado en paridad del poder adquisitivo en dólares estadounidenses. En el caso de los partidos el IDH fue realizado en forma diferente a lo citado. Esta construido con los siguientes componentes: 1- Salud: TMI, RS (riesgo sanitario en hogares con retrete sin descarga de agua o sin retrete) y CS (cobertura de salud). 2- Educación: alfabetización y tasas netas de escolarización por tramos de edad. 3- Nivel de vida: porcentaje de población en casas A o departamentos y porcentaje de jefes de hogar desocupado.

ANEXO N° 4. Descripción de las Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal y Pos-Neonatal:

La TMI de los PGBA fue 16,5‰, la menor fue en San Isidro 10,6‰ y la mayor de 21,9 ‰ en Ezeiza. Rango 11,3. La TMN fue de 10,2‰, la menor en Vicente López de 7,5‰ y la mayor de 14,8‰ en San Fernando. Rango 7,3. La TMPN fue de 6,2 ‰, la menor en San Isidro de 2,9‰ y la mayor en Florencio Varela de 8,2‰. Rango 5,3. Las menores tasas fueron del 1er cordón y las mayores del 2do.

Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal y Post-Neonatal de los PGBA Año2001-2003

PGBA	TMI	TMN	TMPN
1er Cordón			
Avellaneda	15,8	9,2	6,6
Gral. San Martín	17,3	11,2	6,0
Hurlingham	13,5	8,7	4,7
Ituzaingo	12,7	8	4,7
Lanus	15,7	8,8	6,9
Morón	15,2	10,8	4,4
San Isidro	10,6	7,7	2,9
Tres de Febrero	12,1	8,4	3,8
Vicente López	10,8	7,5	3,3
Subtotales	14,1	9,1	5,0
2do. Cordón			
Alte. Brown	16,8	9,7	7,1
Berazategui	17,4	11,5	5,9
Esteban Echeverría	17,8	11,0	6,7
Ezeiza	22	14,5	7,4
Florencio Varela	16,9	8,7	8,2
José C. Paz	19,2	11,3	7,9
Lomas de Zamora	16,5	9,7	6,9
Malvinas Argentinas	18,1	10,7	7,4
La Matanza	16,4	10,0	6,4
Merlo	19,5	12,2	7,3
Moreno	18,5	11,3	7,2
Quilmas	15,8	9,8	6,1
San Fernando	19,7	14,8	4,9
San Miguel	17,5	11,7	5,8
Tigre	17,2	11,6	5,6
Subtotales	17,4	10,6	6,7
Totales	16,5	10,3	6,3

ANEXO N° 5

Población, Nacidos Vivos, Tasas de Natalidad y Mortalidad De la PBA y los PGBA Año 2001

	Poblac.	Nac.Vivs	TN	Def.<1a	TMI	Def.<28d	TMN	Def.>28d	TMPN
PGBA	8.890.427	152.737	17,2	2414	15,8	1496	9,8	918	6
Resto PBA	5.222.696	92.124	17,6	1213	13,1	728	7,9	485	5,2
Total	14.167.123	244.807	17,3	3627	14,8	2224	9,1	1403	5,7

Fuente: (DIS MSPBA 2002)

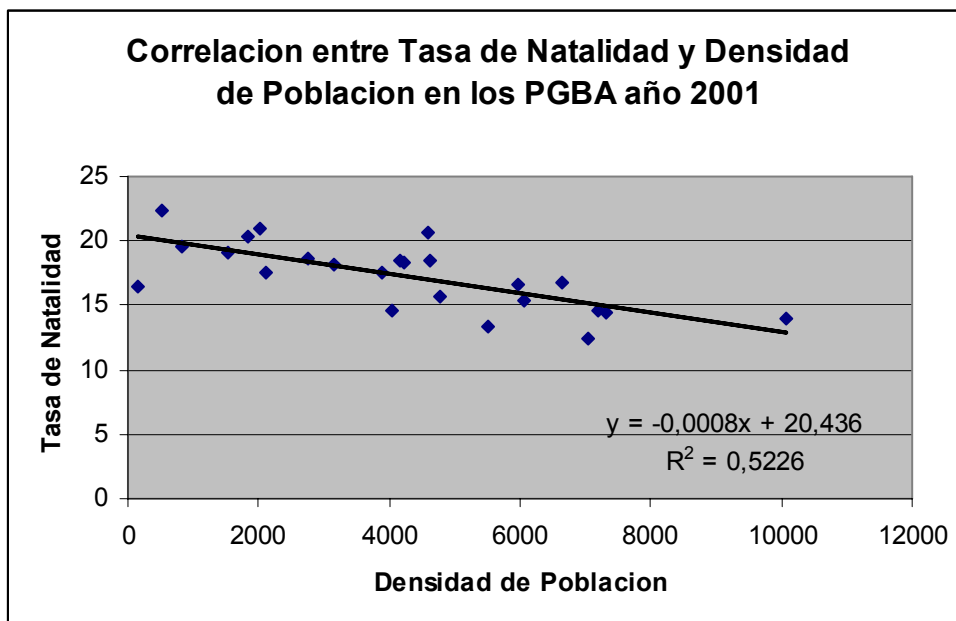
ANEXO N° 6 .Descripción de la Tasa de Natalidad:

La tasa de natalidad (TN) de los 24 PGBA en el año 2001 tuvo un promedio de 17,1‰, con un valor mínimo de 12,4‰ en Vicente López (1er.Cordón) y un máximo de 22,3‰ en Ezeiza (2do. Cordón) Rango de 9,9. El primer cordón tiene en promedio un TN de 14,5‰ con un mínimo de 12,4‰ en Vicente López y un máximo de 16,6‰ en Avellaneda. Rango de 4,2. El segundo cordón tuvo un promedio de 18,8‰, con un mínimo de 16,5‰ en San Fernando y un máximo de 22,3‰ en Ezeiza. Rango de 5,8. Existe diferencia en la TN de ambos subgrupos de partidos, tomando en cuenta que el máximo del 1er cordón es muy próximo al mínimo del 2do cordón. Hay una correlación inversa entre la densidad de población y la TN, ver Gráfico adjunto al Anexo N°6. El primer cordón tiene mayor densidad de población que el segundo cordón y la TN tiene una diferencia de 3,9 a favor del segundo cordón.

Población, Densidad de Población, Nacidos Vivos y Tasa de Natalidad en los Partidos del Gran Buenos Aires. Año 2001

Partidos del Gran Buenos Aires	Población	Densidad P. H/Km ²	Nacidos Vivos	Tasa de Natalidad
Partidos del Primer Cordón				
Avellaneda	343.458	5981,5	5.689	16,6
Gral. San Martín	417.295	7198,3	6.113	14,6
Hurlingham	173.544	4784,6	2.722	15,7
Ituzaingo	159.014	4054,4	2.319	14,6
Lanas	464.963	10.068,5	6.459	13,9
Morón	329.980	5524,6	4.425	13,4
San Isidro	304.523	6073,0	4.669	15,3
Tres de Febrero	346.858	7314,5	4.984	14,4
Vicente López	286.356	7027,7	3.555	12,4
Subtotales	2.825.991		40.935	14,5
Partidos del 2do. Cordón				
Alte. Brown	526.110	4225,9	9.652	18,3
Berazategui	292.593	1531,5	5.602	19,1
Esteban Echeverría	245.561	2033,1	5.167	21,0
Ezeiza	118.997	532,8	2.652	22,3
Florencio Varela	352.098	1836,7	7.159	20,3
José C. Paz	232.837	4604,2	4.795	20,6
Lomas de Zamora	604.923	6644,3	10.086	16,7
Malvinas Argentinas	294.102	4614,1	5.450	18,5
La Matanza	1.277.385	3886,3	22.408	17,5
Merlo	478.574	2764,6	8.891	18,6
Moreno	387.152	2113,9	6.801	17,6
Quilmes	533.374	4150,3	9.842	18,5
San Fernando	155.750	163,6	2.574	16,5
San Miguel	256.183	3163,6	4.644	18,1
Tigre	308.797	836,7	6.059	19,6
Subtotales	6.064.436		111.802	18,4
Totales	8.890.427	2394,4	152.737	17,2

Fuente: (DIS MSPBA 2002; 2003; 2004), INDEC Censo 2001. Nota: P/Km²: población por Kilometro²



Anexo N°7 Causas de muerte posneonatal: desagregación de Demás Enfermedades Bien Definidas no clasificadas en otra parte, en PGBA 2001-2003.

PGBA	Tot.	ESR	ESR%	ESN	ESN %	EENM	EENM%	Ot	Ot%
1er Cordón									
Avellaneda	26	20	76,9	4	15,4	0		2	7,7
G. S. Martín	20	15	75	4	20	0		1	5
Hurlingham	7	3	42,9	2	28,6	1	14,3	1	14,3
Ituzaingó	5	4	80	0		1	20	0	
Lanús	28	24	85,7	3	10,7	0		1	3,6
Morón	12	9	75	3	25	0		0	
S. Isidro	5	3	60	1	20	1	20	0	
T. de Febrero	12	7	58,3	4	2	0		1	8,3
V. López	6	2	33,3	3	50	0		1	16,7
Subtotales	121	87	71,9	24	19,8	3	2,5	7	5,8
2do.Cordón									
Alte. Brown	25	18	72	4	16	2	8	1	4
Berazategui	18	17	94,4	0		1	5,6	0	
E.Echeverría	20	15	75	3	15	1	5	1	5
Ezeiza	12	6	50	2	16,7	3	25	1	8,3
F. Varela	41	32	78,0	4	9,8	4	9,8	1	2,4
J. C. Paz	39	34	87,2	4	10,3	0		1	2,6
L. de Zamora	52	41	78,8	4	7,7	4	7,7	3	5,8
M. Argentinas	37	29	78,4	5	13,5	2	5,4	1	2,7
La Matanza	70	53	75,7	7	10	3	4,3	7	10
Merlo	32	23	71,9	2	6,3	5	15,6	2	6,3
Moreno	31	26	83,9	4	12,9	1	3,2	0	
Quilmes	45	32	71,1	9	20	2	4,4	2	4,4
S. Fernando	6	6	100	0		0		0	
S. Miguel	28	25	89,3	1	3,6	2	7,1	0	
Tigre	24	9	37,5	9	37,5	2	8,3	4	16,7
Subtotales	480	366	76,3	58	12,1	32	6,7	24	5
Totales	601	453	75,4	82	13,6	35	5,8	31	5,2

Fuente: elaboración propia a partir de (DIS MSPBA 2002; 2003; 2004).

Nota: ESR: enfermedades del sistema respiratorio (codigosCIE10:J69/80/81/84/93/94/96/98); ESN: enfermedades del sistema nervioso (cod:G00-05/12/30-32/40/47/56/80/70-73/80/90-99); EENM: enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (cod:E23/72/74/77/84/86/87/88); Ot.:otras: digestivas (cod:K20-31/63/72/75/92), hematológicas(cod:D 53-59/60-64/65-69/76/84), musculoesqueleticas(cod:M89).