

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

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

María Jimena Marro

Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de la Argentina durante el período 1990-2010

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

Director de la tesis

Gisel Fattore

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

Marro, María Jimena. (2014). Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de la Argentina durante el período 1990-2010 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/035575_Marro.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 LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
10ª COHORTE (2007-2009)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

TENDENCIA DE LA DESIGUALDAD EN LA SITUACIÓN DE SALUD MATERNO
INFANTIL DE ARGENTINA DURANTE EL PERÍODO 1990-2010

AUTORA

María Jimena Marro

Médica

DIRECTORA DE TESIS

Mgr. Gisel Fattore

Médica

FECHA DE DEFENSA

17/11/2014

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

10ª COHORTE (2007-2009)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

TENDENCIA DE LA DESIGUALDAD EN LA SITUACIÓN DE SALUD MATERNO
INFANTIL DE ARGENTINA DURANTE EL PERÍODO 1990-2010

MAESTRANDA

María Jimena Marro

Médica

DIRECTORA DE TESIS

Mgr. Gisel Fattore

Médica

JURADOS

Mgr. Cristina Massa

Bioq. Juan Carlos Bossio

Lic. Carlos Guevel

FECHA DE DEFENSA

17/11/2014

NOTA OBTENIDA: 8 puntos

A mis padres, Aurora y Juan...de quienes aprendí
la pasión por la salud colectiva

AGRADECIMIENTOS

A la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón por haberme autorizado viajar para el cursado de la maestría mientras presté mis servicios allí. A los profesionales del Centro de Salud Ameghino, por tanta tarea compartida; a los del Instituto Nacional de Epidemiología, por su apoyo en las etapas finales de la investigación.

A los docentes y compañeros de la décima cohorte, por haber incentivado el ejercicio de un pensamiento crítico en salud.

A Gisel, por sus valiosos aportes a esta construcción y su seguimiento riguroso y cercano, sin el cual este trabajo no hubiera podido concretarse.

A mis hermanos: Guillermo; Martín; Milena y Katia, por su amor, su compañía a la distancia y la motivación constante.

A mi hijo Juan Vicente, quien cedió algunas horas de mi tiempo con él para sumarlas a esta producción.

A Christian, por hacer que la vida sea más linda.

A Gabi, compañera de luchas incansables.

A Andrea, por haberme enseñado mis primeros pasos en el manejo de más de un software y por el sostén afectivo. A Alicia, por el estímulo en la recta final. A Nené, por sus enormes contribuciones en las últimas correcciones.

A Marcela y Nicolás, por el acompañamiento durante este largo camino de producción de la tesis.

La desigualdad separa a cada uno de los otros en las escuelas, los vecindarios, en el trabajo, en los aviones, en los hospitales, en lo que comemos, en la condición de nuestros cuerpos, en lo que pensamos, en el futuro de nuestros chicos, en cómo fallecemos...la desigualdad mina la democracia (Packer 2011, apud Kliksberg, 2011).

RESUMEN

Argentina experimentó importantes cambios en su situación económica, política y social en las últimas dos décadas: deterioro en los años noventa, y crecimiento económico con mejoría en varios indicadores luego del 2002. El objetivo fue describir la tendencia de la desigualdad en la situación de salud maternoinfantil de Argentina durante el período 1990-2010. Diseño ecológico con nivel de agregación provincial; indicadores: Tasa de Mortalidad Infantil; Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años y Razón de Mortalidad Materna. Proxi de situación socioeconómica: porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas. Cortes temporales: 1990; 2000 y 2010, contruidos a partir de trienios: 1989-1990-1991; 2000- 2001-2002 y 2009-2010-2011 respectivamente. Medidas de desigualdad: razón de tasas; diferencia de tasas; riesgo atribuible poblacional absoluto y porcentual; coeficiente de Gini/curva de Lorenz e índice de efecto. Software: Excel; Epidat, R. Los indicadores relacionados con la salud infantil mostraron una tendencia favorable a lo largo de las dos décadas; con disminución de la desigualdad a expensas fundamentalmente del período 2000-2010. Respecto de la mortalidad materna, si bien la desigualdad mostró una tendencia levemente favorable, persisten provincias con una razón de mortalidad materna igual o mayor que la que presentaban al inicio de la fase. Es nítida la situación de desventaja en la que se encuentran provincias del noreste y noroeste argentino. Se propone el fortalecimiento de programas de salud maternoinfantil con especial atención a las provincias en situación de desventaja, y la implementación de políticas económicas y sociales orientadas a la reducción de la brecha social y de salud.

PALABRAS CLAVES

Desigualdades en la salud; inequidad social; mortalidad infantil; mortalidad materna; Argentina

ABSTRACT

Argentina experienced significant changes in its economic, political and social reality in the last two decades: deterioration in the nineties and economic growth with improvement in several indicators after 2002. The objective was to describe the trend of inequality in Argentine maternal infant health during the 1990-2010 period. Ecological design with provincial aggregation; indicators: Infant Mortality Rate, Under 5 Mortality Rate and Maternal Mortality Ratio. Proxy for socioeconomic status: Unsatisfied Basic Needs percent. Temporary cuts: 1990; 2000 and 2010, constructed from 1989-1990-1991; 2000-2001-2002 and 2009-2010-2011 trienniums, respectively. Inequality measures: rate ratio; rate difference; population attributable risk (absolute and relative); Gini coefficient/Lorenz curve and effect index. Software: Excel; Epidat; R. The child health-related indicators showed a favorable trend during two decades, a reduction in the gap between them mainly for the 2000-2010 period was recorded. Regarding maternal mortality, although inequality showed a slightly positive trend, there are still provinces with maternal mortality rates equal to or greater than those at the beginning of the phase. The disadvantageous scenario found in the Argentine North Eastern and North Western provinces is clear. Strengthening of maternal infant health programs with special attention to disadvantaged provinces is proposed, as well as the implementation of economic and social policies aimed at reducing the social and health gaps.

KEY WORDS

Health inequalities; social inequity; infant mortality; maternal mortality; Argentina

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1 Propósito:.....	16
1.2 Problema:	16
1.3 Preguntas:	17
1.4 Hipótesis:	17
1.5 Objetivo General	18
1.6 Objetivos específicos	18
2. ESTADO DEL ARTE	20
3. MARCO TEÓRICO.....	23
3.1 Algunas definiciones	23
3.2 Un poco de historia	26
3.3 Contexto en América Latina.....	28
3.4 Contexto: Argentina.....	31
3.5 Aproximaciones a las causas de las desigualdades	36
3.6 Marco teórico metodológico	39
4. MATERIAL Y MÉTODOS	45
4.1 Diseño.....	45
4.2 Población y Unidad de Análisis	45
4.3 Fuentes de datos	45
4.4 Variables. Indicadores	47
4.5 Estrategia de análisis	50
4.6 Consideraciones éticas	52
5. RESULTADOS	53
5.1 Análisis descriptivo	53
5.2 Análisis de desigualdades	63
5.2.1 Tasa de Mortalidad Infantil (TMI).....	63
5.2.2 Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años (TMM5a)	65
5.2.3 Razón de Mortalidad Materna (RMM).....	67
5.2.4 Índice de Gini para TMI; TMM5a y RMM.....	69

6. DISCUSIÓN.....	72
6.1 Limitaciones.....	77
6.2 Fortalezas.....	78
7. CONCLUSIONES.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXO A.....	92

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Coeficiente de Gini. Desigualdad en el ingreso entre regiones, para América Latina y el Caribe, otras regiones y grupo de países, 1990 y 2000 y proyecciones para 2015.....	30
Figura 2. Tasas de desocupación y subocupación demandante y no demandante para el total de aglomerados urbanos, Argentina, desde Mayo 1990 hasta mayo 2003.....	33
Figura 3. Evolución trimestral de las tasas de desocupación y subocupación en el total de los aglomerados urbanos, Argentina, desde el 1° trimestre 2003 en adelante.....	35
Figura 4. Evolución trimestral de las tasas de actividad y empleo en el total de aglomerados, Argentina, desde el 1° trimestre 2003 en adelante.. ..	36
Figura 5: Distribución de la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 nacidos vivos) en Argentina por trienios: 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	53
Figura 6: Distribución de la Tasa de Mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) en Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	55
Figura 7: Distribución de la Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos) en Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	58
Figura 8: Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas según provincias argentinas, años 1991; 2001 y 2010.....	62
Figura 9: Distribución del porcentaje de viviendas con Necesidades Básicas Insatisfechas en Argentina, años 1991; 2001 y 2010.....	62
Figura 10: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz.....	65
Figura 11: Índices basados en el concepto de regresión para la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto.....	67
Figura 12: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz.....	69
Figura 13: Índices basados en el concepto de regresión para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto.....	70

Figura 14: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz.....	71
Figura 15: Índices basados en el concepto de regresión para la Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto.....	93

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1: Fuentes de datos para los indicadores seleccionados en la investigación.....	46
Cuadro 2. Matriz de datos de la investigación.....	51

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.....	54
Tabla 2: Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.....	56
Tabla 3: Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.....	59
Tabla 4: Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas por provincias argentinas, años 1991; 2001 y 2010. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.....	61
Tabla 5: Índices basados en rangos para Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	64
Tabla 6: Índices basados en rangos para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	66
Tabla 7: Índices basados en rangos para Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	68

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AL: América Latina
CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CEPAL: Comisión Económica para América Latina
CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
CMI: Coeficiente de Mortalidad Infantil
CNDSS: Comisión Nacional de Determinantes Sociales de la Salud
DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
DT: Diferencia de Tasas
FMI: Fondo Monetario Internacional
IDP: Índice de Desigualdad de la Pendiente
INB: Ingreso Nacional Bruto
INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
IRD: Índice Relativo de Desigualdad
MI: Mortalidad Infantil
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
NV: Nacidos Vivos
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PBI: Producto Bruto Interno
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PSE: Proceso de Salud-Enfermedad
PSEA: Proceso de Salud-Enfermedad-Atención
RAP%: Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual
RT: Razón de Tasas
RMM: Razón de Mortalidad Materna
TMI: Tasa de Mortalidad Infantil
VP: Variación Porcentual

1. INTRODUCCIÓN

Nuestro país ha experimentado importantes cambios en su situación económica, política y social en las últimas décadas; dichos avatares han repercutido sobre las condiciones de vida y la situación de salud de la población. Haciendo referencia a la última década del siglo pasado y la primera del actual, podemos hablar de un gran deterioro en los años noventa, y de una mejoría en varios aspectos ligados a ellas en los primeros años del siglo corriente.

Sin desconocer lo positivo de los avances en torno del crecimiento económico en la Argentina contemporánea, uno de los interrogantes que surgen es si se ha avanzado en términos de reducción de desigualdades al interior del país. Dado que el crecimiento económico no es sinónimo de reducción de la brecha entre ricos y pobres, resulta pertinente incorporar la dimensión de desigualdades a la lectura que realizamos sobre la situación de salud en el país.

Entendemos por desigualdades a las diferenciaciones dimensionales o variaciones cuantitativas en poblaciones, las cuales pueden ser expresadas por indicadores epidemiológicos como evidencia empírica de diferencias (Almeida Filho, 2009).

Por otro lado, la salud materno infantil constituye un escenario donde las desigualdades en las condiciones materiales de existencia se manifiestan sensiblemente, generando brechas en los indicadores de muerte infantil y materna entre diferentes espacios geográficos. El eje materno infantil ha sido objeto, en repetidas oportunidades, de políticas públicas que demuestran la preocupación de los países y los organismos internacionales por mejorar la situación de este área; su inclusión en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es demostrativo de ello (CLAP, 2012; PNUD, 2012; OPS 2013; Ministerio de Salud Argentina 2004; Ministerio de Salud Argentina 2010; Ramos et al., 2004; Serruya, 2012).

En la línea de lo que venimos planteando nos preguntamos: ¿por qué es necesario evaluar las desigualdades? Hay varias cuestiones que justifican una aproximación a su medición, entre ellas: se han descripto diferencias en las condiciones de salud entre zonas geográficas de un mismo país; los grupos menos favorecidos tienen una menor esperanza de vida y mueren a edades más tempranas que los más favorecidos; hay grandes diferencias en la “experiencia de enfermedad”, es decir, aquellos que viven en peor situación socioeconómica sufren mayor carga de enfermedad y experimentan más temprano el comienzo de enfermedades crónicas y de discapacidades (Bacallao et al, 2002).

Lo valioso de los análisis de desigualdades es que ellos ponen en relieve diferencias que no se visualizan con los métodos tradicionales de análisis de indicadores de salud/enfermedad

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

(Alleyne et al, 2002). La medición de desigualdades en salud constituye el primer paso para que las políticas puedan orientar su accionar en pos de una reducción de la brecha (Kunst & Mackenbach, 1996; Schneider et al, 2002).

La intención del presente trabajo es aportar a la construcción del conocimiento sobre la tendencia de las desigualdades en la salud materno infantil en la Argentina contemporánea, desde una perspectiva de una epidemiología ligada a la gestión; es decir, con aspiraciones de convertirse en soporte útil para la acción transformadora. Otro de los objetivos es revalorizar el uso de datos secundarios disponibles en los sistemas de información del país; trabajar con ellos aplicando el arsenal metodológico disponible para el estudio de desigualdades; ampliar las posibilidades de proyectar escenarios futuros a partir del análisis de la tendencia de desigualdad.

1.1 Propósito:

Contribuir con información epidemiológica pertinente al estudio de las desigualdades en la situación de salud materno infantil de la República Argentina contemporánea para la gestión de políticas que tiendan a abordarlas.

1.2 Problema:

El perfil de salud-enfermedad de un grupo se deriva de sus condiciones objetivas de existencia (Castellanos, 1989); esta relación entre condiciones de vida y situación de salud de las poblaciones ha sido extensamente demostrada por numerosos estudios y para diferentes continentes: los grupos con peores condiciones socioeconómicas son quienes se encuentran en mayor desventaja en cuanto a su perfil de morbilidad y acceso a servicios de salud de calidad (Whitehead, 1992; Alazraqui et al 2007; Vitora, Barros F & Vaughan, 1992; Whitehead & Dahlgren 2006; Schneider et al 2002). Esta cuestión es aún más evidente aún para la mortalidad infantil y materna, representativos de la situación de salud materno infantil de una población, dada su estrecha determinación por el contexto socioeconómico y sanitario de un país.

En las últimas dos décadas Argentina ha experimentado importantes cambios en su contexto socioeconómico y político (Salvia et al 2000; Acuña et al 2002; Lidenboim & Danani 2002; Peralta Ramos, 2007); estas modificaciones han repercutido de modo diferencial en las

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

condiciones de vida de los grupos poblacionales en el país y, por lo tanto, en su situación de salud materno infantil.

Desde hace unos años diferentes informes técnicos e investigaciones en América Latina vienen llamando la atención para el hecho de que se ha producido una mejoría global del perfil de morbilidad y de la situación de salud en general de las poblaciones; sin embargo, dicho avance se ha producido de modo desigual a nivel subnacional (Loyola et al. 2002; Schneider et al 2002; Celton & Ribotta 2004).

Entonces cabe preguntarnos: ¿cuál es la tendencia de la situación de salud materno infantil en la Argentina en el período?, ¿ella es homogénea al interior del país?

El hecho de incorporar la dimensión de desigualdades a la descripción del devenir del perfil de salud de las poblaciones permitiría inicialmente constituirse en un aporte para la problematización del tema en la Argentina, reflexionar si los avances experimentados por el país en términos socioeconómicos y políticos han repercutido de modo similar para sus diferentes provincias, e identificar aquellas que se hallan en mayor desventaja y requieren, por lo tanto, intervenciones tendientes a mejorar su situación.

1.3 Preguntas:

¿Cuál es la tendencia de las condiciones de salud materna infantil, medida a partir de indicadores de mortalidad, en ese período?

¿Existen diferencias entre las provincias?

¿Cuál fue el devenir de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de la Argentina en las últimas dos décadas?

¿La tendencia en la situación de salud es diferente según las condiciones socioeconómicas de las provincias?

1.4 Hipótesis:

Compartimos en el presente trabajo el siguiente posicionamiento, demostrado en el famoso estudio de cohorte iniciado en Pelotas, Brasil, en el año 1982 (Vitora, Barros F & Vaughan, 1992): “la manera en que la sociedad está estructurada produce inevitablemente la enfermedad y la muerte...” (p. 179).

Si bien se ha registrado una tendencia a la mejoría global de la situación de salud de la Argentina en las últimas décadas, ésta se ha producido de modo desigual para diferentes

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

grupos poblacionales. Tanto el Ministerio de Salud de la República Argentina, a través de los análisis de situación de salud por regiones del país (2011), como diferentes grupos de investigación vienen incorporando la dimensión de desigualdades en salud en distintos niveles de análisis.

Siguiendo a Lidenboim & Danani (2002), si pensamos en un diagnóstico de la situación argentina a principios del siglo actual, sobre todo a partir de los noventa y el auge del neoliberalismo, podemos mencionar: políticas laborales que inducen precarización; políticas económicas que establecen mecanismos de transferencia de ingresos desde los sectores del trabajo a los más concentrados de la economía; políticas sociales que desatienden los principios protectores y garantistas. Este conjunto de políticas ha traído aparejado un deterioro de las condiciones de vida de los individuos y grupos poblacionales, y una consolidación de la desigualdad.

Luego de la crisis que experimentó Argentina en 2001, sobrevino un período de importante crecimiento económico y recuperación paulatina de varios indicadores socioeconómicos (Castillo, 2007; Anino & Mercatante, 2010; Gigliani, 2010; INDEC, a-c). Sin embargo, el crecimiento económico resulta insuficiente por sí mismo como corrector de desigualdades (Weller, 2003; Peralta Ramos, 2007; OPS, 2007; Ortiz & Cummins, 2012).

Dado el contexto socioeconómico del país descrito para el período 1990-2010, la hipótesis de trabajo es que la brecha de desigualdad en los indicadores de salud materno infantil tiende a disminuir a lo largo del período, con aumento al final de la primera década y disminución luego de la segunda.

1.5 Objetivo General

Describir la desigualdad en la situación de salud materno infantil a partir del análisis de indicadores de mortalidad y socioeconómicos para la República Argentina durante el período 1990-2010.

1.6 Objetivos específicos

- Describir la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina para los años 1990; 2000 y 2010, a partir de indicadores de mortalidad.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

- Analizar la relación entre indicadores de mortalidad e indicadores socioeconómicos de las provincias para los años 1990; 2000 y 2010
- Identificar aquellas provincias que se hallan en situación de mayor desventaja en relación a la situación de salud materno infantil.

2. ESTADO DEL ARTE

Haremos referencia a algunos trabajos que han tomado diferentes aspectos del estado de salud de la población argentina desde la perspectiva de las desigualdades; la mayoría de estas producciones relacionan distintos aspectos del proceso salud/enfermedad/atención (PSEA) de un grupo con otros ligados a las condiciones socioeconómicas. La mortalidad infantil (MI) tradicionalmente ha representado un indicador sensible de la situación de salud de una comunidad y ha sido uno de los tópicos más estudiados.

Celton & Ribotta (2004) observaron el comportamiento de la MI en las regiones del país en la segunda mitad del siglo pasado; en el contexto del descenso de la tasa de MI como indicador global, subrayan el hecho de que las mayores desigualdades regionales ocurren a propósito de la reducción de la mortalidad pos neonatal (habitualmente relacionada con causas exógenas) y que el descenso de la mortalidad neonatal muestra un comportamiento semejante sólo al final del período en estudio.

Otro estudio de gran envergadura fue el llevado a cabo por Spinelli y colaboradores (2000) que fue objeto de la publicación científica N° 51 de la OPS. Allí, entre otros ítems, el grupo estudió el comportamiento de la MI en los partidos de la provincia de Buenos Aires para el año 1998. Analizando los componentes de la misma, encontraron fuertes diferenciales de reducibilidad según la precariedad de las condiciones de vida de los partidos de la provincia (mayor porcentaje de defunciones reducibles donde prevalecen condiciones precarias).

Nuevamente en referencia a la MI, Buchbinder (2008) analizó la tendencia temporal de la MI entre dos períodos (1995-97 y 2003-05), y su relación con un indicador de pobreza. Mismo en un contexto global de descenso de los valores de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), el estudio permitió evidenciar la desigualdad ante la muerte infantil y sus componentes según nivel de pobreza, entre los períodos bajo observación.

Alazraqui y colaboradores (2007) desarrollaron una investigación en el municipio de Lanús, durante el período 1995-2002, que intentó establecer una relación entre ciertos indicadores sociales y de salud. Como indicadores de salud tuvieron en cuenta: cobertura de vacunación de niños al ingreso escolar; tasas de embarazo en adolescentes y tasa de mortalidad por tumores de mama en mujeres mayores de 40 años. El análisis contribuyó a la producción de conocimiento local desde la perspectiva de las desigualdades sociales; encontró mejor cobertura de vacunación; menor tasa de embarazo adolescente y mayor mortalidad por tumores de mama en estratos con mejores condiciones socioeconómicas.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

En la línea de producción de conocimiento sobre desigualdades en salud en el nivel local, Alazraqui & Spinelli (2008) organizaron con formato de libro una serie de producciones que tomaron en cuenta diferentes elementos del PSEA en el Municipio de Lanús. Los aspectos estudiados fueron: la mortalidad por cáncer; la mortalidad por violencias; el embarazo adolescente; desigualdades en el acceso y calidad de los medicamentos, a través de los cuales fueron evidenciadas las desigualdades en salud y las desigualdades sociales. Uno de los trabajos abordó la mortalidad por cáncer y desigualdades, observó la tendencia de mortalidad para diferentes tipos de cáncer y la distribución de las defunciones por cáncer de cuello uterino con relación a la razón de viviendas tipo B/A por radio censal (descriptor aproximado de la situación socioeconómica); se registró mayor concentración de casos en áreas de mayor densidad de viviendas precarias.

La sala virtual de situación del Ministerio de Salud de la República Argentina (2011) presentó, para el año 2008, un análisis de situación de salud por regiones del país. En cada una de ellas, incluye un capítulo sobre desigualdades en salud; a los fines de dicho análisis, tomaron una serie de indicadores a los cuales les aplicaron medidas de desigualdad: mortalidad infantil; mortalidad materna; tasa de notificación de tuberculosis (TBC); cobertura de BCG a los siete días de nacimiento.

Tomando como ejemplo la región centro del país, algunos de los resultados obtenidos para los años 2005-2006 fueron: el 40% de las muertes de menores de un año se produjeron en el 30% de los nacidos vivos (NV) de la región; el 40% de las muertes maternas ocurrieron en menos del 20% de los NV. En los nacimientos acontecidos en los partidos pertenecientes a los quintiles con peores niveles de necesidades básicas insatisfechas (NBI), se acumularon más del 40% de las muertes infantiles y maternas; a su vez, el riesgo de morir en el primer año de vida en los departamentos con peores condiciones fue un 50% mayor que en los menos pobres.

Cabe destacar que en términos generales y con muy pocas excepciones, estas tendencias observadas para todas las regiones estuvieron en la misma dirección que las registradas a nivel país para el mismo período, mostrando que ellas se reproducen al interior del país, acentuándose en algunos casos inclusive.

En relación a la mortalidad materna (MM) se llevó a cabo en un estudio exhaustivo en nuestro país, que permitió investigar el problema desde diferentes ópticas disciplinares y metodológicas, así como reconocer provincias en situación de desventaja e identificar los determinantes alrededor de la MM (Ramos et al., 2004). Para el año 2002, aún persistían

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

niveles de desigualdad importantes entre provincias, respecto del valor de la razón de mortalidad materna (RMM).

El documento sobre ODM para Argentina muestra que la MM mantuvo un comportamiento relativamente estable en el período 1990-2010, con aumento de la desigualdad entre provincias durante la primera década, y leve disminución en la segunda; concluye que la MM representa un problema de salud pública de enorme relevancia para nuestro país (PNUD, 2012).

Respecto de la evolución de la brecha social en nuestro país, algunos autores como Mónica Peralta Ramos (2007) subrayan el hecho de que la polarización social no necesariamente se reduce en épocas de expansión económica, y que, para el momento en que culmina su análisis (año 2006), si bien se había registrado una leve mejora en la distribución del ingreso, la desigualdad social persistía en niveles muy altos. La autora llama la atención para el hecho de que la estructura productiva del país había permanecido inalterada, y eso, en parte, contribuye para el mantenimiento de índices elevados de pobreza y desigualdad social.

Un informe del PNUD (Ortiz & Cummins, 2012) revela que Argentina mostró un aumento de la brecha de ingresos, medida a partir del índice de Gini, desde 1990 a 2000, y una reducción entre 2000 y 2008; a su vez, se encuentra dentro de los países de América Latina que más han reducido la desigualdad durante el período 2000-2008.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Algunas definiciones

El gran auge del tema de las desigualdades sociales ha ido acompañado de una notoria polisemia y confusión en relación a dicho término, evidenciable en la amplia producción bibliográfica disponible en todo el mundo. Esta inconsistencia terminológica se ha presentado frecuentemente, según Almeida Filho (2009), de la mano de una pobreza teórica, en el sentido de que no se suelen explicitar las teorías sociales y políticas para comprender las diferencias en el estado de salud de las poblaciones.

Los términos “desigualdades”; “inequidades”; “iniquidades”; “disparidades”, han sido utilizados en algunas ocasiones de manera indistinta e inconsistente.

Dado que la definición de conceptos constituye un proceso epistemológico fundamental en la construcción de un trabajo científico (Almeida Filho, 1999), es preciso repasar el origen de algunos de los términos, fundamentalmente en relación al surgimiento del concepto de equidad, y luego sentar postura sobre las definiciones con las que se va a trabajar.

Margaret Whitehead elaboró un documento de consultoría para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1990; el texto resume los principales aspectos teóricos del debate europeo en torno al tema de la equidad, por lo cual se convirtió en la principal referencia conceptual sobre dicho tópico en la literatura internacional (Almeida Filho, 2009). Allí, la autora sostiene que “equidad en salud implica que idealmente todos deberían tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debería estar en desventaja de alcanzarlo, si ello se puede evitar” (Whitehead, 1992, p. 7). Whitehead define equidad refiriéndose a dos antónimos: desigualdad e inequidad. Para ella, desigualdad implica “las principales diferencias sistemáticas y evitables, entre los miembros de una población dada” (p. 5). Inequidad se refiere a “diferencias y variaciones que son no sólo innecesarias y evitables, sino también desleales e injustas” (p.5). Aparece la noción de justicia íntimamente ligada a la de equidad.

Una de las dificultades que acarrea el uso del concepto de equidad, es que el mismo fue desarrollado en países centrales, como efecto compensador de la salida de políticas universalistas, en modelos de estado benefactor (Spinelli, 2005). En muchas ocasiones se ha extrapolado el concepto de manera acrítica; por lo tanto la noción de equidad debiera ser problematizada y contextualizada a nuestra realidad si se eligiese trabajar con ella.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

La cuestión terminológica no es menor ya que las diferencias, en relación a si se utiliza un término o el otro, se dan no sólo en el plano teórico conceptual sino en el de las políticas; las definiciones articulan formas diferentes de mirar las políticas estatales y los comportamientos sociales. En este sentido, Claudia Danani (2008) llama la atención para el hecho de que, en el curso de las últimas décadas del siglo pasado de predominio neoliberal, la igualdad ha sido sustituida por objetivos como la equidad; en tanto la desigualdad lo ha sido por preocupaciones como pobreza, indigencia, exclusión. El concepto de igualdad sienta el problema en el plano de los valores, mientras que el de equidad lo hace en el de los recursos procedimentales.

Spinelli (2005) trae además la cuestión de los excluidos, refiriéndose a aquellos que no pertenecen, están fuera del estado ya que se les niega su condición de ciudadanos. En sociedades como las nuestras, con gran cantidad de excluidos, el autor plantea que sería incorrecto pensar en políticas de equidad ya que los excluidos no presentan una desigualdad injusta sino que son distintos, categoría que aparece entonces ligada al problema de la inclusión. Por lo tanto habría en primer lugar un problema de inclusión, de identidad, y luego de inequidad.

El tópico de las desigualdades en salud ha sido motivo de vasta preocupación también para los organismos internacionales. En el año 2002 se editó un número especial de la revista panamericana de salud pública, dedicado a diferentes aspectos del tema. Dos años después, en ocasión de una reseña sobre dicha revista, las desigualdades en salud fueron definidas como “una dimensión fácilmente medible del concepto de equidad, y que ha permitido una aproximación a las inequidades en salud de una sociedad” (OPS, 2004, p.10). Son además entendidas como “un término genérico que involucra diferencias, variaciones y disparidades en los logros en salud de individuos y grupos poblacionales, que no implica asumir un juicio de valor moral/ético de estas diferencias [...]” (p. 10).

Quizás esto último constituya una de las principales razones por las cuales los estudios epidemiológicos utilicen con más facilidad la categoría desigualdades. ¿Qué sentido tendría entonces la distinción entre desigualdades e inequidades? De alguna manera, la identificación de inequidades en salud lleva consigo un juicio normativo sobre las propias teorías de justicia; de sociedad; y las razones asociadas a la génesis de las mismas. De todos modos, la mayoría de las desigualdades en salud entre grupos sociales son injustas porque ellas reflejan una distribución injusta de los determinantes sociales de la salud subyacentes, por ejemplo: acceso a oportunidades educacionales; trabajo seguro; cuidado de la salud (Kawachi, Subramanian &

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Almeida Filho, 2002), por lo que la elección de trabajar con el término desigualdades no debería estar desligada de una referencia a la génesis de las mismas.

Algunos autores han desplegado el concepto de desigualdades naturales y desigualdades sociales; las primeras referidas como diferencias entre individuos, como el sexo, o edad; las segundas, consecuencia de la estructura de la sociedad donde se insertan, se originarían en la ocupación de diferentes posiciones respecto a la organización social del proceso de producción y al acceso a bienes (Silva & Barros, 2002).

Por otro lado, suele realizarse la distinción entre desigualdades en salud, en referencia a los diferenciales en la distribución de la salud entre grupos sociales, y desigualdades sociales en salud, en relación a diferencias en salud entre grupos de personas caracterizadas previamente según su condición socioeconómica (Schneider et al., 2002).

Jaime Breilh (2009), referente de la epidemiología crítica latinoamericana, realizó importantes aportes conceptuales al tema de las desigualdades desde la perspectiva de la determinación social de la salud. En sus teorizaciones, la categoría de poder resulta central en la génesis de inequidades: “las sociedades inequitativas son aquellas donde existe un proceso de desigual distribución del poder” (p. 215). Para el autor, la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y el acceso sino al proceso intrínseco que la genera, ella se refiere al modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales, al proceso que facilita la concentración de poder. Él define la desigualdad como:

[...]la expresión observable, típica y grupal de la inequidad[...]expresa un contraste, de una característica o medida, producida por la inequidad[...]es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos...es una injusticia[...]en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad de la calidad de vida[...]es la característica inherente a una sociedad que impide el bien común, e instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad (Breilh, 2009, p. 216).

El autor llama la atención para el hecho de que si se centra el análisis en el nivel de desigualdad, se estaría reduciendo la mirada a los efectos (plano empírico o fenoménico), en lugar de enfocar los procesos generativos o determinantes. En un cuadro resumen (p. 217), puede observarse que en un contexto social concentrador (de acumulación de poder) deviene como proceso genético la inequidad, cuya expresión particular es la desigualdad.

Naomar Almeida Filho (2009) produjo un texto en el que discutió definiciones de diferentes autores relacionados con el tema. El mismo procuró aportar claridad terminológica para la construcción de una matriz semántica común, tomando como objeto de conocimiento las

desigualdades en salud. Él define desigualdad como: “diferenciación dimensional o variación cuantitativa en colectividades o poblaciones. Puede expresarse por indicadores demográficos o epidemiológicos (en el campo de la salud) como evidencia empírica de diferencias” (p. 16).

El autor termina resumiendo que el concepto de diversidad se relaciona primordialmente a la especie, diferencia al plano individual, desigualdad a la esfera económico-social, inequidad al campo de la justicia, iniquidad al político, distinción al simbólico. Nótese que él coloca el punto de vista del análisis de las desigualdades en el nivel poblacional, a diferencia de otros autores u organismos que hablaban tanto del plano individual como del colectivo para las desigualdades.

En la presente investigación se trabajará con el término desigualdad, adoptaremos para ello la definición de Naomar (2009). Elegimos dicha definición por su practicidad y claridad, y debido a que el concepto remite a cuestiones descriptivas, pasibles de ser objetivadas mediante indicadores desde el punto de vista epidemiológico. Algunos documentos utilizan el término desigualdades de un modo meramente descriptivo, debido en parte a que ellas pueden ser medidas directamente, en cambio las inequidades no (Kunst & Mackenbach, 1996); sin embargo, la discusión no está saldada y asumimos que la medición de las desigualdades no es un proceso neutral (Harper et al, 2014).

De todos modos, esto no implica desconocer la génesis de las mismas ligada a la forma en que las sociedades humanas se organizan en un momento histórico dado, a la estructura política, económica y social que genera diferenciales entre poblaciones; si desconociéramos este punto, estaríamos cayendo en la despolitización del concepto. Continuando con la línea de pensamiento de Almeida Filho (2009), las desigualdades en salud constituirían la expresión concreta, empíricamente constatable, de gradientes socialmente perversos. Esta cuestión de las causas de las desigualdades será abordada más adelante.

3.2 Un poco de historia

Hemos asistido en las últimas décadas a un enorme auge del tema de las desigualdades sociales, casi como un monopolio del mismo en la epidemiología social contemporánea, en el contexto de su revitalización con el cambio de siglo (Almeida Filho, 2009). Este gran apogeo no representa un conocimiento nuevo, más bien se parece a un redescubrimiento de algo que ya era sabido hace varios siglos, que los pobres la pasan peor y se enferman más que los ricos; y

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

que la salud de las poblaciones no es independiente de su organización social (Spinelli et al, 2004; Ministério da Saúde Brasil, 2006).

Danani (2008) subraya que luego de treinta años de frenesí neoliberal, las desigualdades sociales están retornando a lugares respetables en la discusión y producción en los ámbitos técnicos y académicos.

La cuestión ha abonado cantidad de debates e investigaciones en diferentes ámbitos académicos en todo el mundo, y se ha convertido en un tema de referencia recurrentemente abordado por los organismos internacionales. Tal es así que llegó a afirmarse que “los dos valores básicos sobre los que gira el trabajo de la OPS son la equidad y el panamericanismo [...] por lo tanto el medir y monitorear las desigualdades en este campo es una actividad fundamental para la toma de decisiones” (OPS, 2004, p. 9). La preocupación por el tema de las desigualdades ha aparecido en el marco de la necesidad de abordar la agenda inconclusa de dicho organismo (OPS, 2007).

Las desigualdades sociales han sido descritas en todas las sociedades conocidas a lo largo de la historia, con patrones de ocurrencia propias. Ahora bien, la preocupación por el análisis de las desigualdades sociales, ¿de qué época data?, ¿cuándo comenzó a tomar relevancia el tema?

Si bien no es tarea fácil responder a dichas preguntas, podemos pensar que ya en Hipócrates estaba presente la mirada sobre las desigualdades en el acontecer de la enfermedad, así como algunos intentos de explicarlas. En su clásico texto “aires, aguas y lugares”, Hipócrates buscó establecer relaciones entre las condiciones ambientales y la predisposición a presentar ciertos cuadros de enfermedad (Da Silva & Barros, 2002). Esta mirada también aparecía en Snow, que intentó explicar los diferenciales que aparecían en la epidemia de cólera que azotó a Londres en el siglo XIX.

Otros referentes que colocaron la atención en la determinación social del estado de salud/enfermedad de las poblaciones merecen mencionarse. Engels registró en “la situación de la clase trabajadora en Inglaterra”, las terribles condiciones de vida en los barrios obreros de Manchester. Luis Villerme realizó un aporte indiscutible al estudio de los diferenciales socioeconómicos en la morbilidad y mortalidad humanas. William Farr implementó, en 1839, el primer registro de morbilidad, en Inglaterra, y lo relacionó con las clases sociales.

Con el advenimiento de la era bacteriológica, hacia finales del siglo XIX, la dimensión social del proceso salud enfermedad (PSE) quedó opacada. Puede decirse que en la segunda década del siglo XX, con los estudios de Goldberger sobre la etiología de la pelagra y su

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

relación con la pobreza urbana y rural y sus tipos de alimentación, asistimos a un resurgimiento de la dimensión social del PSE (Da Silva & Barros, 2002).

En los años ochenta, renació en Europa el interés por las desigualdades sociales, en parte a partir de la publicación, en el año 1982, de "The Black Report" en el Reino Unido. Pocos años después apareció el informe de Whitehead al que hicimos referencia antes. A partir de entonces se sistematizó en Europa el concepto de equidad en salud y se asistió a una proliferación de estudios sobre el tema (Spinelli, 2005).

En América Latina, entre las décadas del sesenta y setenta, comenzó a gestarse un movimiento que intentó cuestionar las formas hegemónicas de concebir el PSEA por parte de la salud pública y la medicina preventiva. Con fuertes referentes académicos y militantes, principalmente en Brasil, Argentina, Ecuador y México, este movimiento llegaría a constituirse en el movimiento latinoamericano de la medicina social, y sus estudios de alguna manera encuadrados en la epidemiología crítica latinoamericana. Con una base fuerte en el referencial marxista, la escuela latinoamericana procuró colocar nuevamente la cuestión de la determinación social en el PSEA (Galeano, Trotta & Spinelli, 2011).

En la década del noventa y principios del siglo actual, asistimos a un importante desarrollo de métodos para el estudio de las desigualdades. Demostrativo de esto resulta el hecho de la publicación, en el año 2002, de un número especial de la revista panamericana de salud pública dedicada a la medición de las desigualdades en salud.

Además de los avances en el campo científico, hubo un creciente involucramiento de agencias gubernamentales y no gubernamentales, a partir de la creación de oficinas, grupos de trabajo y programas tendientes a monitorear intervenciones sobre inequidades en salud (Da Silva & Barros, 2002). La relevancia de este tipo de problemas de investigación e intervención sanitaria se revela, en parte, en la diversidad de editoriales de revistas científicas sobre el tema (Silva Paim et al., 2003).

3.3 Contexto en América Latina

Las condiciones de salud de los países de la región han mejorado ostensiblemente en las últimas décadas: se han controlado varias enfermedades infecciosas; la esperanza de vida ha aumentado y la mortalidad infantil disminuido de manera sostenida; las poblaciones tienen mayores posibilidades de desarrollo y han experimentado una mejoría en la provisión de servicios públicos y de salud (OPS, 2007).

Desde mediados de los años ochenta, los países latinoamericanos llevaron a cabo una serie de reformas económicas orientadas a reforzar las fuerzas de mercado, entre ellas liberalización de las importaciones; privatizaciones de empresas públicas; apertura de la cuenta del capital; reforma tributaria (se concentró la recaudación en los impuestos al consumo). Sumado a estas reformas estructurales, las políticas macroeconómicas se centraron en el combate a la inflación; su meta principal fue alcanzar tasas de crecimiento económico más altas y estables sumado a una mayor eficiencia en la asignación de recursos, y consecuentemente un aumento de la demanda laboral (Weller, 2003).

Las reformas económicas mencionadas se llevaron a cabo en un contexto de rápidas transformaciones, señalado con el nombre de globalización, cuyo rasgo fundamental sería la creciente integración de los mercados y un acelerado cambio tecnológico; sin embargo, la inserción en los mercados globales propició la fragilidad de las economías de la región (Weller, 2003).

Desde el punto de vista del crecimiento económico, después de un período de contracciones en la economía en los años ochenta, los países comenzaron a crecer lentamente; en el año 2000, el crecimiento promedio de los países de América latina (AL) y el Caribe fue de 3,9%, con variaciones entre 12,9 % (Bélice) y -3,3% (Paraguay) (OPS, 2007).

Entre el 2000 y 2002, muchos países asistieron a una desaceleración brusca del crecimiento: Argentina, Uruguay y Venezuela vieron caer su crecimiento a niveles de alrededor del 10% y enfrentaron serias dificultades económicas. El crecimiento económico se reanudó en 2004 en que llegó a un promedio regional del 6% (los países que más crecieron fueron aquellos que habían soportado las mayores crisis, con crecimientos cercanos o superiores al 9%), continuando en valores similares en los años subsiguientes (OPS, 2007).

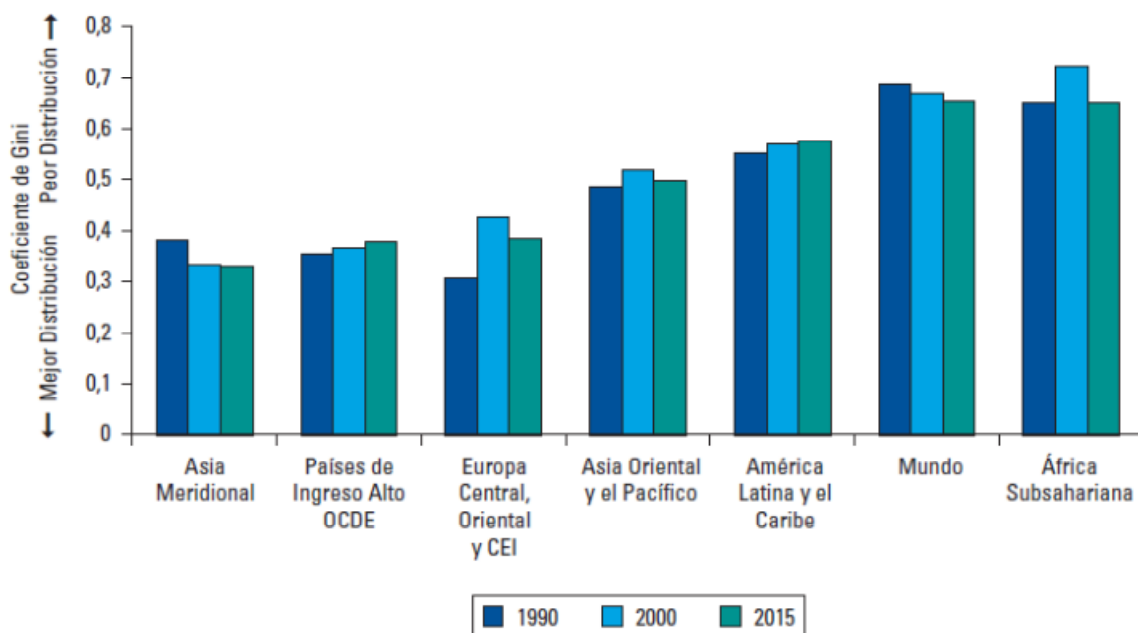
En paralelo a estos avances, en el año 2005 el 40,6% de la población de América continuaba viviendo en situación de pobreza y el 16,8 % soportaba pobreza extrema. A pesar del crecimiento económico general de la región, la brecha entre los países más ricos y los más pobres se ensanchó hacia fines de los noventa y comienzos del 2000, “una tendencia que se prevé que continuará si persisten las condiciones actuales” (OPS 2007, p. 10).

Reforzando lo expresado en el párrafo precedente, Weller (2003) concluye que el crecimiento económico tuvo un carácter excluyente en la década del noventa; la creciente brecha salarial y la segmentación en otros aspectos (educacional, urbana) incidieron en gran medida en una mayor desigualdad social.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 30 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

El coeficiente de Gini es una de las medidas que permite conocer el grado de desigualdad en algunos indicadores, por ejemplo, en la distribución de los ingresos: toma un valor de cero para la situación de máxima igualdad, y un valor de uno para la máxima desigualdad. En la figura 1 podemos observar una triste realidad frecuentemente enunciada en relación a nuestro continente: AL y el Caribe siguen siendo las regiones con la mayor desigualdad en el ingreso del mundo, a excepción del África subsahariana.

Figura 1: Coeficiente de Gini. Desigualdad en el ingreso entre regiones, para América Latina y el Caribe, otras regiones y grupo de países, 1990 y 2000 y proyecciones para 2015.



Fuente: Dikhanov& Ward, 2001 y PNUD, 2005; p. 62, apud OPS, 2007; p.36

Un ejemplo que retrata lo antedicho: en el período 2000-2005, el Ingreso Nacional Bruto por Habitante (INB¹) promedio ponderado para las Américas estaba alrededor de US\$ 19.500, a nivel de subregiones los valores eran: US\$ 5.686 para el Istmo Centroamericano; US\$ 5.300 para el Área Andina; US\$ 10.041 para el Cono Sur y US\$ 37.085 para Norteamérica. Si

1 Este indicador, antes llamado producto nacional bruto (PNB) per cápita, mide el total de bienes y servicios de uso final producido por residentes y no residentes, independientemente de su asignación en el país o en el extranjero, en relación con el tamaño de la población (OPS, 2007, p. 34)

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

miramos las variaciones entre países, las diferencias se acentúan: el INB para Haití es en este período de US\$ 1.840 y de US\$ 41.950 para Estados Unidos (OPS, 2007).

Ahora bien, ¿cómo se manifiestan las desigualdades en salud de las poblaciones? Aparecen como disparidades en su estado de salud (mortalidad y morbilidad, esperanza de vida al nacer, etc.); el acceso diferencial a los servicios y la exposición variable y desproporcionada a riesgos de la salud: abastecimiento de agua y saneamientos poco seguros, desnutrición; exposición a amenazas climáticas y geográficas.

Veamos algunos ejemplos de esto: la mayor proporción de mortalidad materna se produce en los países más pobres de AL y el Caribe; la esperanza de vida al nacer varía de un mínimo de 68,8 años en América Central a un máximo de 77,9 años en América del Norte; la mortalidad infantil sigue siendo mayor en poblaciones más desfavorecidas, en las que predominan causas de muerte evitables. En relación a las inequidades al interior de algunos países seleccionados, en la dimensión del acceso a los servicios de salud, dicha tasa es del 34% para el quintil más pobre y de 94% para el quintil más rico (OPS, 2007).

Un ejemplo paradigmático de lo que ocurre con la desigualdad en salud en nuestro continente lo constituye lo que ocurre con la MI, expresada a través del indicador Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). La TMI viene disminuyendo gradualmente en la región desde el año 1950 en adelante; sin embargo, se observa una gran heterogeneidad en la magnitud de dicho descenso entre países, regiones y conjuntos sociales (Spinelli et al., 2000).

Hay un concepto que resume muy apropiadamente los efectos de las desigualdades sociales sobre los individuos en sociedades como las latinoamericanas y es el de “accidente de nacimiento”: según el estrato social, la región geográfica y las condiciones del hogar donde se nace, habrá posibilidades de recibir buena educación y protección en salud, o sucederá lo contrario (Kliksberg, 2011).

3.4 Contexto: Argentina

Las desigualdades se manifiestan en el espacio geográfico de un país, reflejando la historia social, económica y cultural de cada grupo poblacional (Ministerio de Saúde Brasil, 2006). La idea es analizar someramente los cambios ocurridos en nuestro país en las últimas décadas y discutirlos frente a la distribución desigual en el espacio geográfico, en este caso en relación a las provincias argentinas.

Intentaremos caracterizar, a grandes rasgos, el escenario socioeconómico y político de la Argentina entre 1990 y 2010. Dada la complejidad que entraña, tal recorrido no pretende ser exhaustivo sino sólo lograr un acercamiento que permita contextualizar el análisis de la tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de las provincias en dicho período de tiempo.

Para comprender los eventos ocurridos en los noventa en el país, nos situaremos en el acontecer internacional de los años previos. Desde comienzos de la década de 1980, la desregulación y liberalización de los flujos comerciales y financieros pasaron a ser la norma oficial en los países centrales (Peralta Ramos, 2007). Dos organismos internacionales, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, formaron parte de los principales mecanismos de presión de estos países sobre los países en desarrollo, con el objetivo de lograr la total apertura de sus economías.

Así las cosas, los requisitos indispensables para acceder al crédito internacional para países como el nuestro, fueron el ajuste estructural, la eliminación de aranceles que protegían las economías en desarrollo y la privatización de sus empresas públicas.

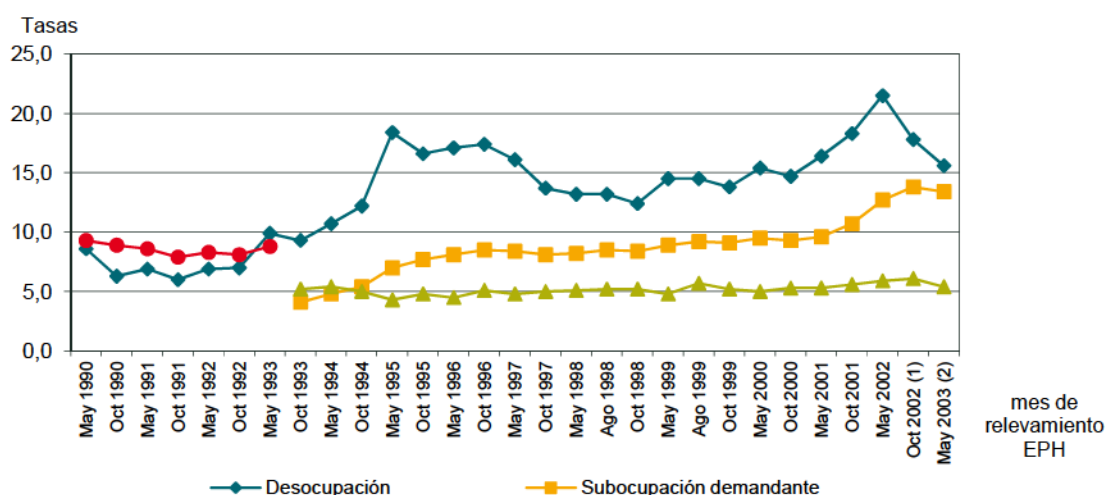
El neoliberalismo, como proceso global de reestructuración de la sociedad capitalista, se inició en los años setenta pero tuvo su período de consolidación y crisis en los años noventa (Félix & López, 2010). En palabras de Víctor Manuel Moncayo, “el neoliberalismo es una constelación estratégica para la renovación del modo de producción capitalista en el mundo. Toca desde la familia y la reproducción hasta la producción y circulación” (apud. Lidenboim & Danani, 2003, p. 258).

La mayoría de los autores recorridos en este trabajo coinciden en que los años noventa resultaron en un penoso aumento del desempleo, la pobreza y desigualdad sociales en la Argentina (Salvia et al 2000; Lidenboim & Danani 2003, Kliksberg 2011; Peralta Ramos, 2007), proceso que tomó cuerpo en la década del setenta y asumió rasgos estructurales en los noventa.

Danani (2008) plantea que el neoliberalismo no tiene siquiera una relación contradictoria con la idea de igualdad porque la detesta, y se funda en la desigualdad como una virtud. Permite apenas la preocupación por la pobreza extrema, debido en parte porque pone en peligro la gobernabilidad y es fuente de criminalidad.

Observemos la evolución, durante la década de los noventa, del desempleo y la subocupación para el total de aglomerados urbanos del país, según datos relevados por la encuesta permanente de hogares del INDEC (b) (Figura 2).

Figura 2: Tasas de desocupación y subocupación demandante y no demandante para el total de aglomerados urbanos, Argentina, desde Mayo 1990 hasta mayo 2003



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, b

Los instrumentos normativos inaugurales del Estado que se consolida en los noventa fueron la ley de reforma del estado y la ley de emergencia económica, ambas del año 1989. En nombre de ellas se puso en marcha todo un proceso de ajuste estructural, privatizaciones de empresas públicas y allanamiento del camino a las inversiones extranjeras en ciertos sectores (Grassi, 2003).

El plan de convertibilidad, que establecía una paridad fija de uno a uno entre el peso y el dólar, se constituyó en uno de los ejes del nuevo accionar económico a inicios de los noventa. Algunas de sus consecuencias fueron el aumento de la deuda externa; la rápida desindustrialización del país y el crecimiento del desempleo y la pobreza (Peralta Ramos, 2007).

El nuevo régimen cambiario característico de la política económica de este período fue inicialmente exitoso para contener la inflación y reactivar la economía, pero pronto mostró sus limitaciones que afectaron negativamente la dinámica del mercado de trabajo. El crecimiento inicial del producto y la contención del empleo determinaron un aumento de la productividad laboral, la cual no se tradujo en una mejora del ingreso de los trabajadores en términos reales; en los pocos casos en que hubo una mejora, ella no fue origen del efecto derrame que se esperaba entonces, debido al poder dispar de los actores sociales (Lidenboim & Danani, 2003).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014. 34

El proyecto político neoliberal incluyó la producción activa de un desprestigio de la política y su empobrecimiento. Las principales instituciones políticas de protección social que caracterizaban al Estado entraron en crisis, en pos de la adaptación al mercado globalizado y sus leyes, a través de una política de desregulaciones y de flexibilización del factor trabajo, constituyéndose de ese modo una sociedad desprotegida (Grassi, 2003). Para algunos autores, la experiencia neoliberal en la Argentina dio como resultado una pérdida del sentido de lo comunitario; un empobrecimiento de la vida colectiva y una devastación institucional (Lidenboim & Danani, 2003).

Ya comenzado el siglo actual, en noviembre del 2001, Argentina caminaba al borde de una cornisa, inmersa en una gran crisis económica y política. La fuga de capitales y de depósitos llevó al gobierno a adoptar una serie de medidas financieras que resultaron en una crisis económica y financiera de magnitudes inéditas en la historia del país (Peralta Ramos, 2007).

El “corralito” impuso restricciones al retiro de dinero en efectivo de las cuentas bancarias; a lo cual se sumó el rápido empobrecimiento de la clase media y sectores de bajos ingresos, que fueron afectados por esta captura de sus depósitos. Esta situación se complejizó en la medida en que las restricciones al retiro de dinero en efectivo afectaron la cadena de pagos en el conjunto de la sociedad. A partir de entonces, el conflicto social irrumpió en primer plano del escenario político (Peralta Ramos, 2007); este estallido social produciría cuatro recambios en la presidencia de la nación.

A partir del año 2002 el país inició un proceso de recuperación económica y mejoría paulatina de los indicadores de bienestar social y económico. Si bien la mayoría de los autores coinciden en que el escenario construido luego de la crisis del 2001 constituyó una instancia superadora de la década previa, existe un nutrido debate entre los intelectuales de la política y la economía, en torno a “continuidades y rupturas” del período actual respecto de la década del noventa en la Argentina.

Excede las posibilidades del presente trabajo el hecho de profundizar en dicha discusión, pero sí procuraremos subrayar algunas cuestiones relevantes para caracterizar este nuevo escenario que caracterizó el período 2002-2010.

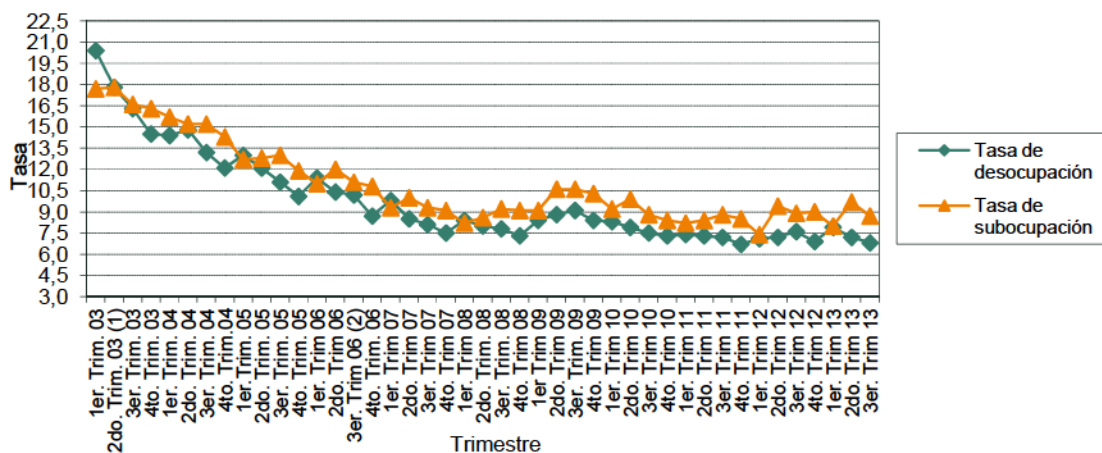
El colapso financiero de fines de 2001 y las devaluaciones de inicios del 2002 marcaron el fin de la convertibilidad. A partir de entonces, se abrió paso a una nueva etapa económica y política caracterizada por el mayor crecimiento de la historia argentina contemporánea, con aumentos principales en el producto, la inversión y el empleo. El Producto Bruto Interno (PBI)

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 35 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

creció, en siete de los nueve años considerados en el período 2002-2010, a una tasa promedio del 8% anual (Gigliani, 2010), aprovechando con eficiencia un contexto latinoamericano favorable.

Respecto de la información publicada por el INDEC, observamos que, para el total de aglomerados urbanos, tanto la desocupación como la subocupación fueron descendiendo gradualmente desde inicios de 2003 hasta fines de 2010, a excepción del año 2009 en que experimentaron un leve ascenso (Figura 3). Compárese además dicha evolución con la graficada en figura 2, para la década del noventa. En la figura 4 apreciamos el crecimiento del empleo y la actividad en el período 2003-2010.

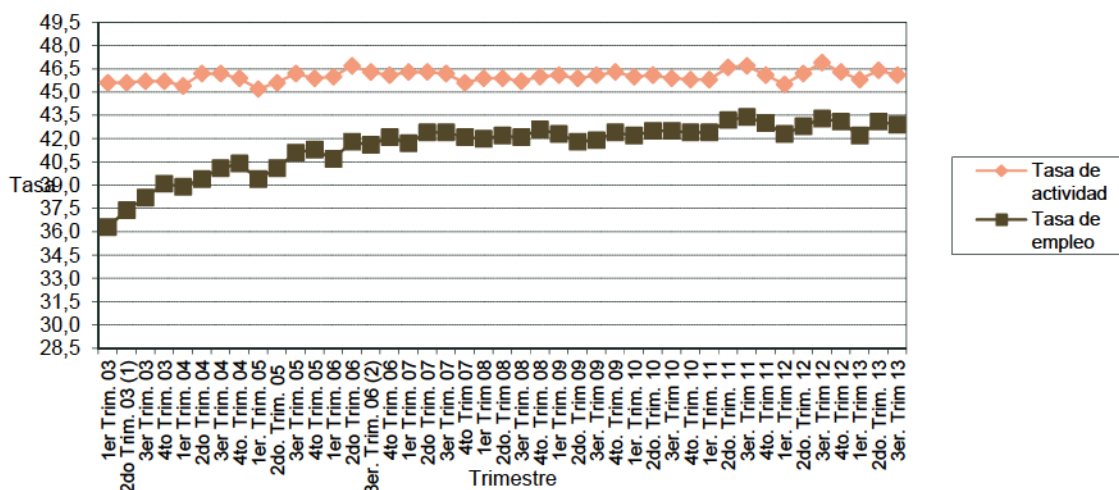
Figura 3: Evolución trimestral de las tasas de desocupación y subocupación en el total de los aglomerados urbanos, Argentina, desde el 1° trimestre 2003 en adelante.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, c

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 36 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Figura 4: Evolución trimestral de las tasas de actividad y empleo en el total de aglomerados, Argentina, desde el 1º trimestre 2003 en adelante.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, d

Un informe de la OPS (2007) reveló que Argentina se encontraba, para el año 2005, entre los países de América con mayor INB; de todos modos, el escrito termina subrayando que los aumentos del INB no se han reflejado en mejoras significativas en las tasas de pobreza y en la distribución de los ingresos en América Latina y el Caribe.

Originada luego de la crisis de la convertibilidad, esta nueva etapa en el desarrollo capitalista en Argentina iniciada luego del año 2002 fue llamada por algunos autores de pos neoliberalismo (Félic & López, 2010), en el sentido de que se monta sobre los resultados del proceso político anterior y constituye una nueva forma de desarrollo capitalista periférico.

3.5 Aproximaciones a las causas de las desigualdades

El tema del origen de las desigualdades en las sociedades reviste enorme complejidad y ha sido objeto de nutridos debates y posicionamientos teóricos. Excede las posibilidades de esta tesis abordar este aspecto en forma profunda, pero sí procuraremos efectuar algunas aproximaciones al respecto, en un intento de no caer en la mera descripción de diferencias entre poblaciones sin un análisis acompañante del contexto económico e histórico en que ellas se ubican, y sus posibles causas.

En relación a esto, Naomar Almeida-Filho (2009) llama la atención sobre el peligro latente en la retórica de los discursos de consenso por la equidad, a pesar del amplio espectro de fuerzas políticas que los formulan. Se observan importantes omisiones y desinterés en el discurso dominante sobre el tema desigualdades en salud, el mismo muchas veces se limita a la constatación, “casi naturalizada”, de disparidades en la ocurrencia de eventos de salud-enfermedad, dejándonos cercanos a la despolitización del asunto de la salud.

Hay una cuestión que puede haber contribuido al alejamiento del debate sobre las desigualdades sociales en nuestro país en la década del noventa y es su modo de concebirlas durante ese período de hegemonía neoliberal. Estela Grassi (2003) coloca esta cuestión de cierta “lucha cultural” por imponer el proyecto neoliberal como único camino posible, por parte de los intelectuales orgánicos al mismo, ligada al establecimiento de una concepción que funda las jerarquías sociales como diferencias naturales entre individuos, y a la disposición de riqueza y poder como manifestación de cierta superioridad o de posesión de cualidades naturalmente meritorias. Esta forma de concebir las desigualdades sociales prescinde del análisis de las relaciones sociales y de las condiciones que hacen plausibles ciertas cualidades y otras no.

En esta misma sintonía, Kliksberg (2011) subraya que las políticas neoliberales aplicadas en la década del noventa en nuestro país han sido acompañadas de una serie de razonamientos sobre las causas de la pobreza y justificativos de las desigualdades: la mayoría de ellos tienen como efecto la culpabilización de los individuos víctimas de las penurias, y el deslinde de las responsabilidades a la sociedad en su conjunto.

Siguiendo la línea de pensamiento propuesta por Naomar, para comenzar sería imperativo abordar la cuestión del “qué” determina la ocurrencia de los gradientes sociales, si recordamos esto de que las desigualdades en salud constituirían la expresión concreta, empíricamente constatable, de gradientes socialmente perversos.

Para esto, es necesario mencionar otra categoría a la que se hace referencia frecuentemente en el tema de las desigualdades en salud y que es la de “determinación”. Bunge (1961) consideró que la idea de causalidad era de algún modo insuficiente para explicar la génesis de los fenómenos, y en ese sentido propuso la determinación como concepto general, con múltiples modalidades: determinación causal, dialéctica, estructural, entre otras. Para el autor, “determinación” designa varios conceptos diferentes, entre los que interesan: el de propiedad o característica; el de conexión necesaria, y el de proceso, mediante el cual un objeto ha llegado a ser lo que es. “Determinante” se desprendería de la categoría epistemológica determinación.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Existen varias definiciones de determinantes sociales de la salud; tomaremos aquella elaborada por la Comisión Nacional sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CNDSS) de Brasil: “los determinantes sociales de la salud (DSS) son los factores sociales, económicos, culturales, étnico/raciales, psicológicos, y comportamentales que influyen la ocurrencia de problemas de salud y sus factores de riesgo en la población” (Buss & Pellegrini Filho, 2007p. 78)

Retomando la idea del “qué” produce los gradientes sociales, quienes colocan la mirada en los DSS plantean que son los determinantes más generales, como las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de una sociedad dada, los que generan una estratificación socioeconómica de los individuos y grupos de población, confiriéndoles posiciones sociales distintas, las cuales provocarían diferenciales de salud (CNDSS, 2008).

En el análisis de la bibliografía sobre el tema determinantes sociales de la salud, que tuvo un gran auge en las últimas tres décadas del siglo XX, aparece una clara hegemonía de marcos referenciales vinculados al materialismo histórico, que destacan las dimensiones políticas de los procesos de producción (condiciones de trabajo) y reproducción (estructura de clases) de la sociedad (Almeida Filho, 2009).

Entre los sistemas explicativos para la existencia de los gradientes sociales o estratificación social en las sociedades modernas, encontramos como matrices teóricas: a) la teoría marxista, que asoció la existencia de las clases sociales a la organización de las relaciones de producción; b) la teoría funcionalista, que concibe la estratificación como consecuencia inmediata de la división del trabajo; c) la teoría esbozada por Adam Smith, que relaciona la estratificación con el mercado (Da Silva & Barros, 2002).

Consideramos que los riesgos diferenciales de enfermar y morir en nuestras sociedades se originarían en las condiciones heterogéneas de existencia y de acceso a bienes y servicios.

Hugo Behm (2011), a propósito de su estudio sobre los determinantes socioeconómicos de la mortalidad en América Latina, subraya la cuestión de que la distribución no igualitaria en la población de varios de los componentes relacionados con la enfermedad y la muerte (ingreso económico, educación, saneamiento, alimentación, atención médica, etc.) constituyen la expresión visible o el eslabón medible, de una cadena causal que se origina en la organización social, política y económica.

El autor pone la mirada en el desarrollo del sistema capitalista, el cual en general ha originado mejores condiciones de vida, sobre todo en las ciudades, pero señala que las contradicciones del sistema crean en ellas importantes diferenciales socioeconómicos de

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

mortalidad. Termina concluyendo que estos diferenciales de mortalidad se originan en las relaciones sociales de producción, las cuales ocasionan un proceso de concentración y acumulación de los medios de producción, del progreso tecnológico y del valor generado por el trabajo, en algunos sectores sociales en desmedro de otros; estos últimos se encontrarían en mayor riesgo de morir.

Otra autora que liga el origen de los perfiles de salud-enfermedad (SE) en las poblaciones a la estructura de la sociedad es Laurell (1982), quien en su conceptualización sobre la génesis del proceso SE a nivel colectivo, sostiene que el mismo tiene una determinación social; es decir, está determinado por el modo en que el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado. Dicha cuestión se llevaría a cabo por medio del proceso de trabajo basado en un determinado desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales de producción.

Para Marx, la acumulación capitalista (es decir, la reproducción ampliada del capital) reproducía al mismo tiempo y en un mismo movimiento, la concentración de la riqueza y la desigualdad social (Peralta Ramos, 2007).

En el plano de la articulación teórico-metodológica, es importante definir a qué nivel de abstracción se aplica el concepto de desigualdades en salud, precisando, por ejemplo, dónde operan los determinantes sociales de la salud. Ellos pueden hacerlo en la dimensión poblacional (destacando las amplitudes territoriales); en la dimensión "micro" social (familia, grupos de pares) y "macro" social (estratos, clase social); y por último en la dimensión simbólica-cultural (Almeida Filho, 2009). En este trabajo nos referiremos a la primera dimensión, abordando la extensión territorial de las provincias.

3.6 Marco teórico metodológico

Los estudios sobre desigualdades en la situación de salud integran una de las dos grandes áreas que pueden identificarse en el análisis de las desigualdades, junto con las investigaciones sobre servicios de salud (Schneider et al, 2002). Es decir, los análisis de las desigualdades en salud pueden abarcar una gran variedad de dimensiones; una de ellas es la situación de salud colectiva expresada a través de los perfiles epidemiológicos de los diferentes grupos sociales (Nunes et al., 2001).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Resulta necesario explicitar qué entendemos cuando hablamos de situación de salud de una población. A tales fines adherimos a la siguiente definición de situación de salud de Pedro Luis Castellanos (1989):

[...] la situación de salud de un determinado grupo de población es así, un conjunto de problemas de salud, descriptos y explicados desde la perspectiva de un actor social, es decir, de alguien que decide una conducta determinada en función de dicha situación (p. 4).

Para la evaluación de las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores (OPS, 2001); fundamentalmente se ha recurrido a tales fines a medidas de mortalidad y morbilidad, con indicadores como la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer (Nunes et al, 2001; Schneider et al, 2002).

En la siguiente investigación, se decidió trabajar con el eje materno infantil como representativo de la situación de salud de las provincias; si bien existen múltiples indicadores posibles de ser utilizados, la tasa de mortalidad infantil (TMI); la Razón de Mortalidad Materna (RMM) y la Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (TMM5a) constituyen medidas sumamente sensibles de las condiciones de vida y situación de salud de un grupo (Spinelli et al. 2000; PNUD, 2012); a su vez, son notables las consecuencias de la desigualdad social sobre la salud infantil (Ortiz & Cummins, 2012).

Por otro lado, los tres indicadores hacen parte de los ODM a los que nuestro país suscribió junto con los demás países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000, comprometiéndose a monitorear los progresos hacia el logro de las metas para el 2015 (PNUD, 2012).

Respecto del indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), clásicamente utilizado para medir pobreza, en esta investigación se toma como proxy de la situación socioeconómica. Se eligió trabajar con él debido a que tiene como objetivo identificar los hogares y personas que no alcanzan a satisfacer un conjunto de necesidades consideradas indispensables para obtener determinado nivel de bienestar aceptado como universal ; en este sentido, resulta una medida sensible de las condiciones de vida, cuestión que se intenta aprehender en el presente trabajo por su relación estrecha con los indicadores de salud considerados . La metodología de NBI fue propuesta por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en la década del setenta y adoptada por Argentina desde 1984 (INDEC, 2003), si bien presenta varias limitaciones, una de las ventajas que posee es la universalidad de la cobertura de la fuente censal, de donde deriva la construcción del indicador. Algunas de las ventajas mencionadas son las responsables del amplio uso que ha tenido dicha medida en

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

estudios sobre situación de salud y socioeconómica (Bortman, Verdejo & Sotelo, 1999; Buchbinder, 2008; Sandoval-Vargas & Eslava-Schmalbach, 2013). En la sección “material y métodos” se presentan los ítems que lo integran.

En la pesquisa se recurrió a medidas de mortalidad; si bien las mismas constituyen indicadores negativos del estado de salud, en este caso materno infantil, su utilización es ampliamente recomendada, fundamentalmente para monitorear tendencias de desigualdades en el tiempo, debido en parte a la naturaleza continua y sistemática de los sistemas de datos de mortalidad (Kunst & Mackenbach, 1996).

Una cuestión que merece subrayarse es que no hay “una forma correcta” de medir las desigualdades en salud; es decir, a pesar del acuerdo sobre la importancia pública y moral de conocer las desigualdades en salud, hay una falta de consenso sobre cómo ellas deben medirse (Oakes & Kaufman, 2006, Harper et al, 2014). Existen una gran variedad de medidas para el abordaje de las desigualdades; las cuales tienen, cada una de ellas, diferentes usos, ventajas y desventajas (Alazraqui & Spinelli, 2008; Metzger, 2002); la elección de unas u otras depende fundamentalmente de los objetivos de la investigación.

Kunst & Mackenbach (1996) en su trabajo dedicado a presentar una variedad de aspectos ligados a la medición de desigualdades, llaman la atención para el hecho de que la distinción principal entre las medidas está en relación con diferencias en perspectivas más que con calidad técnica, y recomiendan el uso de una combinación de ellas. Los autores subrayan algunas cuestiones; en primer lugar, que las desigualdades en salud pueden expresarse en términos relativos y absolutos: ambas son importantes; las diferencias relativas suelen ser más fáciles de entender, pero debe tenerse en cuenta que una tasa un 50% más alta de un problema de salud raro puede ser mucho menos relevante como problema de salud pública que una tasa un 10% más alta de un problema frecuente. Por otro lado, informar sólo la medida de desigualdad relativa brinda una evaluación parcial de la situación y de algún modo ratifica la postura igualitaria en relación a que la igualdad prevalece sobre otras consideraciones, la mejora de la desigualdad absoluta nos permite tener en cuenta otras cuestiones, como que los avances han sido experimentados por ambos grupos bajo comparación, sin perjuicio de ninguno (Harper et al, 2014).

En segundo lugar resulta crucial la distinción entre medidas de efecto y medidas de impacto total; la diferencia principal entre ambas es que mientras que las primeras sólo miran el efecto del descenso del nivel socioeconómico sobre la salud, las segundas también tienen en

cuenta la extensión de las desigualdades en el nivel socioeconómico al interior de la población, por ejemplo, a partir de tomar en consideración el tamaño de los grupos con nivel más bajo.

En tercer y último lugar los autores realizan la distinción entre medidas simples, que comparan, por ejemplo, el grupo socioeconómico mejor posicionado con el peor, y medidas resumen sofisticadas que den cuenta de la magnitud de la desigualdad socioeconómica en salud.

Las medidas basadas en modelos de regresión, como el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP) basado en regresión o el índice de desigualdad de la pendiente (IDP), tienen como principal dificultad que deben cumplirse las hipótesis aplicables a los modelos de regresión (Metzger, 2002); por lo tanto se parte de asumir una relación lineal entre la variable sanitaria y la variable socioeconómica. Estos índices no deberían aplicarse en casos de una relación sustancialmente no lineal.

A su vez, en estudios de prueba en que se utilizaron medidas basadas en regresión, como el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) y el IDP a partir de datos agregados por unidades geopolíticas, estas medidas no se mostraron muy estables (Schneider et al, 2002).

Según Kawachi et al (2002), se pueden distinguir dos abordajes distintos en la medición de desigualdades en salud. El primero y más comúnmente utilizado, se refiere a la evaluación de diferencias en salud entre diferentes grupos sociales, definidos a priori por alguna variable social o económica. El segundo, intenta medir la distribución del estado de salud entre poblaciones, sin tomar en cuenta variables socioeconómicas; este último permite comparaciones más flexibles de las desigualdades a través del tiempo y el espacio.

Otros autores (Regidor, 2004), llaman a ambos abordajes de análisis bivariado y univariado, respectivamente; el índice de Gini y el índice de disimilitud son ejemplos de medidas utilizadas para el análisis univariado, mientras que la razón de tasas; la diferencia de tasas; el índice de concentración; el riesgo atribuible poblacional, constituyen ejemplos de las usadas en el análisis bivariado. El autor concluye que los dos abordajes, más que contradictorios, son complementarios.

En la línea de lo presentado por Regidor y Kawachi y col. en los párrafos anteriores, en el presente trabajo se incluirán aspectos representativos de los dos tipos de abordaje, es decir, algunos relativos a desigualdades en salud y otros que remiten a desigualdades sociales en salud; a su vez, se siguió la recomendación esbozada por varios autores de escoger diversas medidas de desigualdad que aporten visiones diferentes y complementarias sobre la misma situación de salud, con el objetivo de que el conocimiento de la misma resulte más completo

(Metzger, 2002). También tenemos conciencia de que el grado de desigualdad que pueda resultar evidente depende del nivel de agregación con que se trabaje, ya que agregaciones menores suelen poner de manifiesto mayor desigualdad.

Oakes & Kaufman (2006) proponen una serie de pasos metodológicos a seguir en el proceso de medición de las desigualdades en salud. En primera instancia, a modo de mirada o paneo global, observar los resultados en salud subyacentes de los diferentes subgrupos, sea vía tabular o inspección gráfica, a los efectos de poner en evidencia patrones de salud poblacionales relevantes y conducir a un entendimiento de cualquier heterogeneidad subyacente que la medida resumen de desigualdad en salud pudiese enmascarar. Luego, debe considerarse la pregunta que debe ser respondida; si la intención es monitorear la tendencia de la desigualdad en salud a través del rango completo de subgrupos poblacionales, entonces es conveniente utilizar medidas resumen de desigualdades.

La razón de tasas (RT) y la diferencia de tasas (DT) constituyen dos de las medidas más usadas; las mismas comparan dos grupos en situaciones extremas con respecto a un indicador de salud, generalmente una tasa de morbilidad o mortalidad; cuanto mayor el valor de la razón o diferencia, mayor la desigualdad. El RAP se interpreta como la fracción de la tasa general de mortalidad que se podría reducir en el caso de que todos los grupos tuvieran la tasa del grupo socioeconómico más alto; en otras palabras, mide el exceso de muertes por cada mil sujetos que experimenta la población general con respecto al mejor de los grupos (Schneider et al., 2002).

La curva de Lorenz es una curva de frecuencia acumulada que compara la distribución de una variable con la distribución en condiciones de uniformidad. El índice de Gini se basa en la curva de Lorenz; el eje x representa la proporción acumulada de individuos por nivel de salud, ordenadas en orden creciente, mientras que el eje y representa la proporción de salud acumulada total de esos individuos. Si la salud se distribuye en forma igualitaria entre los individuos, la curva de Lorenz es una línea diagonal; cuanto más se desvía de la diagonal, mayor el grado de desigualdad en salud; la magnitud del índice varía desde 0 (cuando la curva coincide con la diagonal) a 1, cuando toda la salud de la población se concentra en una sola persona: máxima desigualdad (Regidor, 2004). El coeficiente de Gini representa el doble del área comprendida entre la curva de Lorenz y la diagonal de la distribución uniforme (Alleyne et al, 2001).

El índice de efecto tiene en cuenta las diferencias entre todos los grupos de la población; basado en un modelo de regresión, la variable dependiente es una variable de salud (en

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

nuestro caso una tasa de mortalidad) y la independiente un indicador de la situación socioeconómica; partiendo del supuesto de linealidad entre las variables, el índice de efecto se interpreta como el cambio que experimenta la variable dependiente por cada unidad de cambio de la independiente (Schneider et al., 2002).

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño

Estudio ecológico.

4.2 Población y Unidad de Análisis

Población: niños y niñas fallecidos/as menores de 1 año; menores de 5 años y las mujeres fallecidas en circunstancias de embarazo; parto y puerperio, en la República Argentina durante los años 1989; 1990; 1991; 2000; 2001; 2002; 2009; 2010 y 2011.

Unidades de análisis: provincias en que se encuentra dividida la República Argentina, más la ciudad autónoma de Buenos Aires (CABA); es decir, se tomó el criterio político administrativo de división del país en 24 jurisdicciones.

El análisis de la desigualdad se realiza para tres indicadores de salud materno infantil: tasa de mortalidad infantil; tasa de mortalidad en menores de cinco años y razón de mortalidad materna, para los años 1990; 2000 y 2010. Se decidió trabajar con trienios alrededor de los años seleccionados con el objetivo de suavizar las tasas que podrían presentar valores distorsionados en algunas provincias con escaso volumen poblacional, para algún año en particular. Los trienios elegidos son los siguientes: para 1990: 1989-1990-1991; para 2000: 2000, 2001 y 2002; para 2010: 2009-2010-2011. El valor del indicador para cada corte temporal está constituido por el promedio de los valores del indicador para cada uno de los años componentes del trienio.

El período de tiempo seleccionado para la investigación está relacionado con la intención de evaluar la evolución de algunos indicadores de salud en un período de grandes cambios políticos y económicos en el país. La situación de salud en el año 1990 se toma como línea de base para evaluar las consecuencias de la década de los noventa, así como la del 2000 sirve de plataforma para analizar el devenir del país con la recuperación económica; la interpretación de los resultados tiene en cuenta dicho contexto.

4.3 Fuentes de datos

Se utilizaron registros, datos compilados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación para los indicadores de salud, y por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) para la variable socioeconómica.

Cuadro 1: Fuentes de datos para los indicadores seleccionados en la investigación

Indicadores	Fuente	Enlace/Referencia
TMI1989	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMI1990	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMI1991	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMI2000	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario00.pdf
TMI2001	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario01.pdf
TMI2002	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario02.pdf
TMI2009	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro53.pdf
TMI2010	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf
TMI2011	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf
TMM5a1989	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMM5a1990	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMM5a1991	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMM5a2000	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario00.pdf
TMM5a2001	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario01.pdf
TMM5a2002	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario02.pdf
TMM5a2009	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro53.pdf
TMM5a2010	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf
TMM5a2011	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf
RMM1989	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
RMM1990	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Cuadro 1. Continuación

RMM1991	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
RMM2000	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario00.pdf
RMM2001	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario01.pdf
RMM2002	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario02.pdf
RMM2009	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro53.pdf
RMM2010	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf
RMM2011	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf
NBI1991	INDEC	http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=12202
NBI2001	INDEC	http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=12202
NBI2010	INDEC	http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=12202

Fuente: elaboración propia

MSAL= Ministerio de Salud de la Nación Argentina
 INDEC= Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
 TMI= Tasa de Mortalidad Infantil
 TMM5a= Tasa de Mortalidad en menores de 5 años
 RMM= Razón de Mortalidad Materna
 NBI= Necesidades Básicas Insatisfechas

4.4 Variables. Indicadores

En general es aceptado que el proceso de crecimiento y desarrollo de un niño es muy sensible a las condiciones adversas de vida; con lo cual ellas influyen fuertemente en las probabilidades de enfermar y morir en este período de la vida. El nivel de mortalidad infantil es considerado un indicador del grado de desarrollo de las condiciones de vida de una población y es ampliamente utilizado en la evaluación de la situación de salud de un país (Spinelli et al., 2000). A medida que la mortalidad infantil descende, aparece un cambio en su estructura de edad y el perfil de las causas de muerte; cuando la TMI es alta predominan las muertes pos neonatales (a partir de los 28 días de vida) relacionadas con desnutrición e infecciones; cuando la TMI es baja, gana importancia la mortalidad neonatal (menores de 28 días) cuyas causas primordiales son las enfermedades perinatales y las anomalías congénitas.

La TMI corresponde en realidad a un coeficiente, por lo que suele denominarse también coeficiente de mortalidad infantil (CMI); mide el riesgo de muerte para niños menores de un año. A pesar del subregistro y otras distorsiones, el CMI constituye un indicador razonable de desigualdades regionales en salud: en las regiones pobres los coeficientes son más elevados

que en aquellas que disponen de saneamiento básico eficiente y de un ingreso adecuado para mantener una situación de salud satisfactoria (Almeida Filho & Rouquayrol, 2011). Siendo que se trata de una medida extremadamente sensible a las condiciones de vida (Spinelli et al, 2000) hay múltiples trabajos que demuestran la variación de la TMI en relación a la situación socioeconómica de una población (Abriata & Fandiño, 2010; Buchbinder 2008; Behm, 2011; Ministerio de Salud de la Nación, 2011; Maydana, Serral, Borrell, 2009; Morelos, 2001; Vitora, Barros, Vaughan, 1992). Si bien el uso del indicador como medida de salud de una población ha sido ampliamente discutido, en parte por su focalización en un grupo etario reducido, el mismo mostró adecuada correlación con medidas más complejas como la expectativa de vida ajustada por discapacidad (Reidpath & Allotey, 2003); el trabajo realza la cuestión de que las causas de la mortalidad infantil están ampliamente relacionadas con factores estructurales como el desarrollo económico; las condiciones de vida generales; el bienestar social y la calidad del medioambiente, aspectos que afectan la salud de poblaciones enteras.

La Tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMM5a) representa el riesgo de los nacidos vivos en un determinado año y lugar de morir antes de cumplir los 5 años; es un indicador estrechamente relacionado con las condiciones de vida, el sistema de salud y los determinantes socioeconómicos (PNUD, 2012).

La RMM, que refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, está relacionada con factores como asistencia sanitaria de la madre; saneamiento ambiental; nutrición y condiciones socioeconómicas generales. Las defunciones maternas pueden deberse a causas obstétricas directas, relacionadas con complicaciones obstétricas del estado de gestación; intervenciones o tratamiento incorrecto; o indirectas, aquellas que resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o que evoluciona durante el mismo (Ministerio de Salud de la Nación, 2004).

Algunas medidas de desigualdades, como la DT, la RT y el RAP, requieren comparar grupos de mayor o menor nivel socioeconómico. Se utilizó el porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) como proxy del nivel socioeconómico de las provincias.

Las definiciones de las variables de salud seleccionados son las siguientes (Ministerio de Salud de la Nación a, b):

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

- *Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)*: relaciona las defunciones de menores de un año acontecidas durante un año, con el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año.

$$TMI = \frac{\text{N}^\circ \text{ Muertes de menores de un año de edad en la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

- *Tasa de Mortalidad en menores de 5 años (TMM5a)*: relaciona las defunciones de niños menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos para un año dado en un área geográfica dada.

$$TMM5a = \frac{\text{N}^\circ \text{ Muertes de menores de cinco años de edad en la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

- *Razón de Mortalidad Materna (RMM)*: refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, parto y puerperio. La muerte materna representa la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o su atención, excluyendo aquellas accidentales.

$$RMM = \frac{\text{N}^\circ \text{ defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de una área geográfica dada durante un año dado}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 10.000$$

La variable socioeconómica es el porcentaje de hogares con NBI, que permite identificar poblaciones en situación de pobreza estructural.

- *Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)*: los hogares con NBI son aquellos que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación (INDEC, 2003):
 - Hacinamiento: hogares con más de tres personas por cuarto.
 - Vivienda: hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, pieza de hotel o pensión, casilla, local no construido para habitación o vivienda móvil, excluyendo casa, departamento y rancho).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 50 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

- Condiciones sanitarias: hogares que no tienen ningún tipo de retrete.
- Asistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.
- Capacidad de subsistencia: hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, cuyo jefe no haya completado el tercer grado de escolaridad primaria.

4.5 Estrategia de análisis

En una primera instancia se efectuó un análisis exploratorio del comportamiento de los indicadores de mortalidad para cada una de las provincias argentinas, en los tres cortes temporales seleccionados, con el objetivo de poner de manifiesto patrones de salud poblacionales relevantes. Se realizó un análisis descriptivo de las variables escogidas; al tratarse de variables cuantitativas, fueron calculadas las medidas de tendencia central y de dispersión para cada uno de los años seleccionados, lo que nos permitió observar el cambio de la medida a lo largo del período y para las unidades de análisis. Se calculó la variación porcentual (VP) entre los períodos y la del total de la fase.

La VP expresa la modificación del indicador entre los momentos analizados; por ejemplo, la VP_{1/2} para la TMI, se refiere a la magnitud del cambio en el valor de la tasa entre 1990 y 2000. Para el caso de la TMI, se calcula de la siguiente manera:

$$VP \text{ período } X = \left[\frac{\text{TMI año final} - \text{TMI año inicial}}{\text{TMI año inicial}} \right] \times 100$$

En segundo lugar, se construyeron indicadores de desigualdad para cada una de las variables escogidas; se observó el cambio de dichas medidas a través del período de tiempo seleccionado. Como fue referido en el marco teórico metodológico, para el análisis de las brechas se construyeron los siguientes indicadores de desigualdad: RT; DT; RAP%; índice de Gini/curva de Lorenz; índice de efecto. Para la RT, se calculó un intervalo de confianza del 95%, basado en la fórmula propuesta por Ederer y Mantel (Szklo & Nieto, 2003, pág. 381).

Se aplicó el test de Shapiro-Wilk para testear normalidad de las variables previo a la aplicación del índice de efecto, el cual, al ser una medida basada en regresión, requiere que se cumpla la condición de distribución normal de las variables. Se trabajó con un nivel de significancia del 95% a los fines de testear la hipótesis de normalidad.

A los fines del análisis de resultados, llamamos de período 1 al promedio de los valores de las variables correspondientes a los años 1989, 1990 y 1991; del mismo modo el período 2

se refiere a la media de los valores relativos a 2000, 2001 y 2002; y período 3 al promedio de los datos para los años 2009, 2010 y 2011. La información es presentada en forma de tablas y gráficos.

Software: Epidat (versión 4.0). Excel (versión 2007). R (versión 3.1.0).

En el cuadro 2 se presenta la matriz de datos de la investigación.

Cuadro 2: Matriz de datos de la investigación

UNIDADES DE ANÁLISIS	NOMBRE DE LA VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	VALORES DE LA VARIABLE
Provincias	TMI	Expresa el riesgo de morir en menores de un año	Nº muertes de menores de 1 año/Nº NV en ese mismo año y lugar (expresada cada 1000 NV)	1990
				2000
				2010
	TMM5a	Expresa el riesgo de morir antes de cumplir los cinco años	Nº muertes de menores de 5 años/Nº NV en ese mismo año y lugar (expresada cada 1000 NV)	1990
				2000
				2010
	RMM	Refleja el riesgo de morir de las mujeres durante el embarazo; parto y puerperio	Nº defunciones por causas materna/Nº NV en ese mismo año y lugar (expresada cada 10000 NV)	1990
				2000
				2010

Fuente: elaboración propia

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil

TMM5a: Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años

RMM= Razón de mortalidad materna

NV= Nacidos vivos

Describiremos a continuación las medidas resumen utilizadas para el análisis de desigualdades. Poniendo como ejemplo la TMI, se calculan de la siguiente manera (Schneider et al., 2002):

$$RT = \frac{\text{TMI de la provincia con mayor \% de NBI}}{\text{TMI de la provincia con menor \% de NBI}}$$

$$DT = \text{TMI de la provincia con mayor \% de NBI} - \text{TMI de la provincia con menor \% de NBI}$$

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

$$\text{RAP\%} = \left[\frac{\text{TMI general} - \text{Tasa de la provincia con menor \% de NBI}}{\text{TMI general}} \right] \times 100$$

Índice de Gini: aplicado a salud, el eje de las abscisas representa la proporción acumulada de la población (en nuestro caso, nacidos vivos) y el eje de las ordenadas la proporción acumulada de la variable de salud bajo estudio, las poblaciones se ordenan según la variable de salud, de la peor situación a la mejor; el coeficiente de Gini es el doble del área entre la curva de Lorenz y la diagonal, toma valores entre cero (igualdad perfecta) y uno (máxima desigualdad) (Schneider et al, 2002).

Índice de Efecto: es la pendiente del modelo de regresión lineal que relaciona el indicador socioeconómico con el indicador de salud (TMI). Luego $\text{TMI} = a + b \cdot \text{NBI} + \xi_i$, donde a representa el intercepto, b la pendiente y ξ_i el error aleatorio en el grupo i (Xunta de Galicia, 2011). Se calculó el índice de efecto a partir de una regresión lineal simple de la variable de salud en función del porcentaje de población con NBI, para cada uno de los períodos de tiempo estudiados, con su intervalo de confianza del 95%. Se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson, con un intervalo de confianza del 95%.

4.6 Consideraciones éticas

Las justificaciones siguientes se basan en la Guía de Investigación en Salud Humana (Ministerio de Salud de la Nación, c).

La presente investigación intentó respetar la validez científica, en el sentido de que los métodos propuestos se adecúen a los objetivos de la misma y al campo de estudio.

El hecho de utilizar información no vinculada (aquella que no se puede relacionar con el individuo a quien se refiere), y dado que la investigadora no conoce a la persona, hacen que la confidencialidad no esté en riesgo; no resulta necesario tampoco obtener un consentimiento informado.

Dentro de las excepciones para la evaluación de los proyectos por un comité de ética, figuran las investigaciones en que no participan seres humanos o cuando se utiliza información de tipo pública, siempre que no se identifique a los individuos de ningún modo; por lo cual el presente trabajo estaría exceptuado de ser evaluado por un Comité de Ética de la Investigación.

Una vez que el trabajo final sea evaluado y aprobado, la investigadora se compromete a divulgar los resultados del mismo por alguno de los medios apropiados disponibles.

No se evidencian conflictos de intereses.

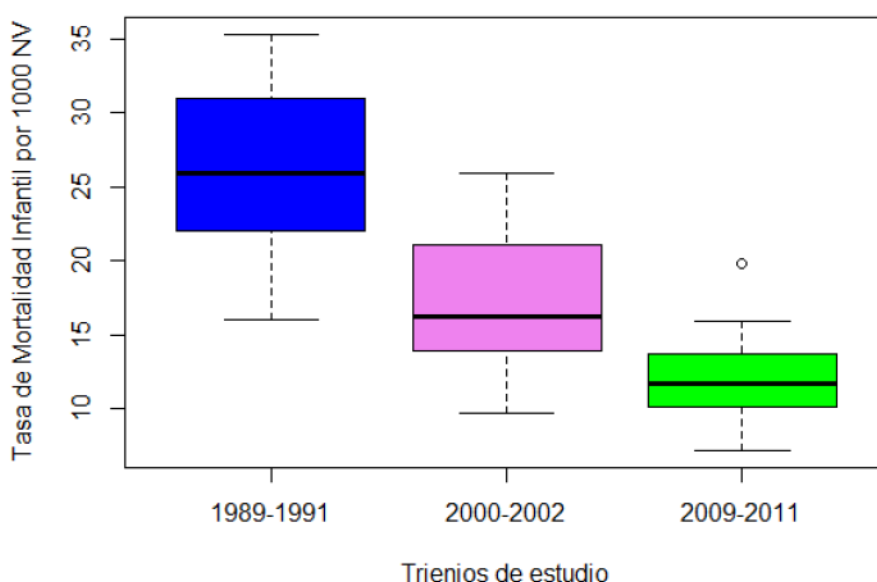
5. RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo

Durante el período comprendido entre 1990 y 2010 observamos una disminución del riesgo de morir en menores de un año, la cual fue sostenida para todas las provincias, y produjo en términos medios una reducción del 55 %.

Se observó además un descenso progresivo de los valores mínimo y máximo, la media, la mediana y el desvío estándar de la TMI, lo cual da una idea de una reducción de la variabilidad intragrupo entre las etapas evaluadas; a excepción de la provincia de Formosa que presentó un valor de TMI de 19,83, en el trienio 2009-2011, superior al conjunto de observaciones para el período (Figura 5). Provincias como San Luis, Jujuy, Tierra del Fuego y Río Negro fueron las que presentaron la mayor reducción porcentual de la variación total para la TMI, mientras que Formosa fue la que mostró el menor descenso (Tabla 1).

Figura 5: Distribución de la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 nacidos vivos) en Argentina por trienios: 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 1: Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.

provincia	TMI1	TMI2	TMI3	VP1/2	VP2/3	VPT
Tierra del Fuego	20,87	9,9	7,2	-52,56	-27,27	-65,5
Jujuy	34,8	20,7	12,6	-40,52	-39,13	-63,79
Río Negro	24,23	15,37	9,27	-36,59	-39,7	-61,76
San Luis	30,7	17,17	11,97	-44,08	-30,29	-61,02
Santa Fe	26,27	14,23	10,73	-45,81	-24,59	-59,14
Chaco	35,33	24,2	14,63	-31,51	-39,53	-58,58
San Juan	25,63	19,47	10,63	-24,06	-45,38	-58,52
Salta	32,5	18,93	13,6	-41,74	-28,17	-58,15
Misiones	31,3	21,37	13,3	-31,74	-37,75	-57,51
Sgo del Estero	28,7	13,47	12,6	-53,08	-6,44	-56,1
Catamarca	33,2	19,03	14,63	-42,67	-23,12	-55,92
Neuquén	18,13	12,03	8,1	-33,64	-32,69	-55,33
Mendoza	23,3	12,9	10,43	-44,64	-19,12	-55,22
Chubut	20,87	15,57	9,8	-25,4	-37,04	-53,04
La Pampa	22,07	13,6	10,37	-38,37	-23,77	-53,02
Santa Cruz	20,8	16,3	9,9	-21,63	-39,26	-52,4
Entre Ríos	23,8	16,1	11,47	-32,35	-28,78	-51,82
La Rioja	30,23	21,73	14,57	-28,11	-32,98	-51,82
Tucumán	28,5	23,73	13,77	-16,73	-41,99	-51,7
Córdoba	21,87	15,33	10,87	-29,88	-29,13	-50,3
Buenos Aires	24,1	15,43	12,1	-35,96	-21,6	-49,79
CABA	15,97	9,67	8,1	-39,46	-16,21	-49,27
Corrientes	31,3	25,9	15,93	-17,25	-38,48	-49,09
Formosa	29,9	25,8	19,83	-13,71	-23,13	-33,67
Media	26,4	17,41	11,93			
DS	5,41	4,7	2,84			
Mínimo	15,97	9,67	7,2			
Máximo	35,33	25,9	19,83			
Percentil 25	22,02	14,075	10,25			
Percentil 75	30,85	20,87	13,64			

Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación.

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil

1= primer trienio (promedio años 1989/1990/1991)

2= segundo trienio (promedio años 2000/2001/2002)

3= tercer trienio (promedio años 2009/2010/2011)

DS= Desvío estándar

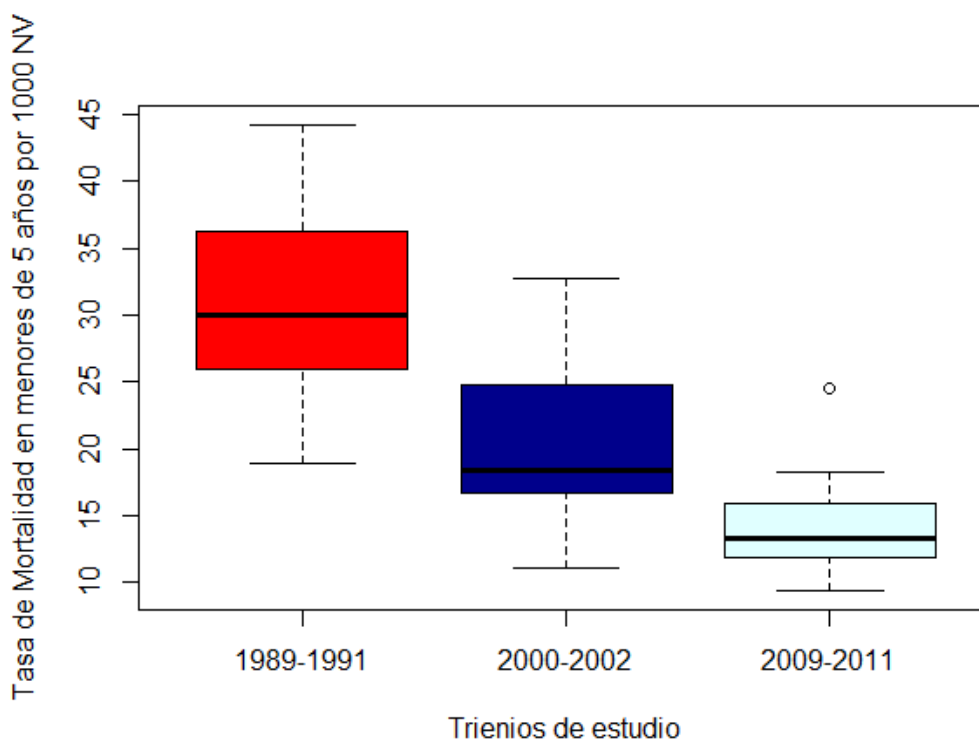
VP 1/2= variación porcentual período 1-2

VP 2/3= variación porcentual período 2-3

VPT= variación porcentual total del período de estudio (1-3)

La TMM5a exhibió un comportamiento similar a la TMI, con tendencia a la mejoría paulatina de los valores para todas las provincias durante el período de estudio, así como de las medidas de resumen y de tendencia central. Se identifican las mismas provincias en situación favorable respecto de la variación total de período para el indicador, a las que se suma Misiones; Formosa mantiene la condición desventajosa de ser la provincia con menor variación total (Figura 6 y Tabla 2).

Figura 6: Distribución de la Tasa de Mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) en Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 2: Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.

provincia	TMM5a1	TMM5a2	TMM5a3	VP1/2	VP2/3	VPT
Jujuy	44,23	25,16	14,93	-43,12	-40,66	-66,25
Tierra del Fuego	26,84	11,53	9,44	-57,04	-18,09	-64,81
Río Negro	28,32	17,83	11,07	-37,01	-37,96	-60,92
Misiones	37,97	24,73	15,09	-34,88	-38,95	-60,25
San Luis	33,48	19,08	13,51	-43,01	-29,21	-59,65
Salta	41,52	23,34	17,04	-43,78	-27	-58,96
Chaco	43,75	29,59	18,31	-32,35	-38,14	-58,15
Santa Fe	29,69	16,5	12,47	-44,42	-24,41	-57,99
San Juan	30,2	22,43	12,82	-25,73	-42,83	-57,54
Neuquén	21,72	14,14	9,71	-34,9	-31,35	-55,31
Catamarca	35,72	21,63	16,14	-39,46	-25,35	-54,8
Sgo del Estero	32,44	16,86	14,81	-48,03	-12,13	-54,34
Mendoza	27,54	15,85	12,59	-42,47	-20,56	-54,3
La Pampa	25,15	15,98	11,51	-36,46	-27,96	-54,23
Corrientes	36,87	29,47	17,18	-20,07	-41,69	-53,4
La Rioja	35,18	24,91	16,66	-29,19	-33,12	-52,64
Córdoba	24,73	17,94	11,91	-27,47	-33,59	-51,84
Chubut	24,38	17,88	11,77	-26,67	-34,17	-51,73
Tucumán	32,01	26,27	15,58	-17,92	-40,68	-51,31
Entre Ríos	26,8	18,09	13,19	-32,48	-27,12	-50,79
CABA	18,85	11,03	9,39	-41,49	-14,8	-50,15
Buenos Aires	27,23	17,43	13,96	-36	-19,92	-48,75
Santa Cruz	22,66	18,57	12,16	-18,05	-34,53	-46,35
Formosa	38,78	32,68	24,55	-15,73	-24,89	-36,71
Media	31,08	20,37	13,99			
DS	7,02	5,67	3,37			
Mínimo	18,85	11,03	9,39			
Máximo	44,23	32,68	24,55			
Percentil 25	26,38	16,77	11,88			
Percentil 75	36,01	24,77	15,72			

Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación.

TMM5a= Tasa de Mortalidad en menores de 5 años

1= primer trienio (promedio años 1989/1990/1991)

2= segundo trienio (promedio años 2000/2001/2002)

3= tercer trienio (promedio años 2009/2010/2011)

DS= Desvío estándar

VP 1/2= variación porcentual entre trienios 1 y 2

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

VP 2/3= variación porcentual entre trienios 2 y 3

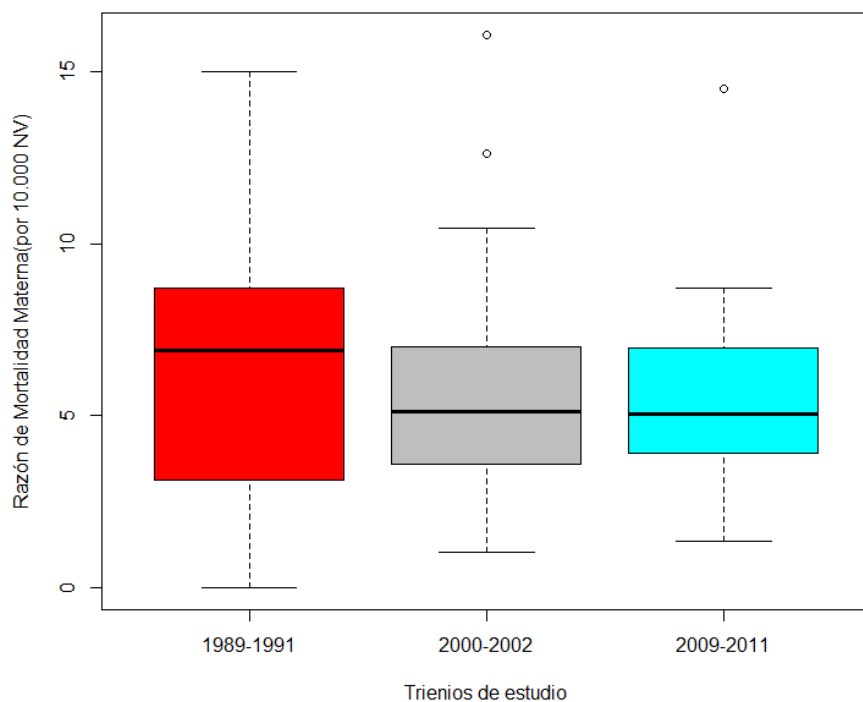
VPT= variación porcentual total del período de estudio (entre trienios 1 y 3)

En cambio, la situación es diferente respecto de la RMM. Se observó que nueve provincias presentaron una variación total de período positiva, algunas de ellas, como Entre Ríos; La Pampa y Córdoba, tuvieron valores para el trienio 2009-2011 de prácticamente el doble respecto del de 1989-1991. Algunas unidades de análisis exhibieron un descenso del período 1 al 2 y aumento del 2 al 3, mientras que otras tuvieron una tendencia creciente al aumento analizando desde el período 1 al 3.

La figura 7 muestra que la situación de la mortalidad materna se mantuvo prácticamente estable durante el período 2000-2010: el desvío estándar y la media mostraron una leve disminución; la mediana bajó de la primera a la segunda etapa, y se mantuvo prácticamente estable de la segunda a la tercera. Al igual que en la TMI, algunas provincias mostraron valores extremos, como Jujuy y Formosa en el trienio 2000-2002, y Formosa en el último trienio. Santa Cruz y Corrientes fueron las provincias que tuvieron la mayor variación total negativa, ambas disminuyeron su RMM a más de la mitad a lo largo de las dos décadas, pasando de valores de 7,1 a 2,83; y 11,2 a 5,37 respectivamente (Tabla 3).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 58 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Figura 7: Distribución de la Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos) en Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011



Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 3: Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.

Provincia	RMM1	RMM2	RMM3	VP1/2	VP2/3	VPT
Santa Cruz	7,1	4	2,83	-43,4	-29,17	-59,91
Corrientes	11,2	6,1	5,37	-45,37	-12,02	-51,94
Río Negro	2,7	4,4	1,4	62,96	-68,18	-48,15
Sgo del Estero	8,3	7,6	4,33	-8,8	-42,98	-48
Salta	11,6	5,9	6,03	-49,14	2,26	-47,99
San Juan	8,8	8,23	4,87	-6,44	-40,89	-44,7
Mendoza	7	5,97	3,9	-15,17	-34,64	-44,55
T. del Fuego	0	8,7	5,2	N/C	-40,23	-40,23
CABA	2,2	1,23	1,33	-43,94	8,11	-39,39
Chaco	12,7	10,47	8,6	-17,8	-17,83	-32,46
Jujuy	11	12,63	7,83	14,85	-37,99	-28,79
Santa Fe	5,1	4,67	4,23	-8,5	-9,29	-16,99
San Luis	6,8	6,43	5,83	-5,85	-9,33	-14,63
Tucumán	3,7	5,07	3,53	35,71	-30,26	-5,36
Formosa	15	16,07	14,5	6,87	-9,75	-3,55
Misiones	8,6	5,13	8,7	-40,54	69,48	0,77
Catamarca	8,1	4,95	8,37	-39,14	69,02	2,87
La Rioja	7,6	6,4	8,57	-15,79	33,85	12,72
Neuquén	3,3	1	3,73	-69,7	273,33	13,13
Chubut	3	3,17	4,03	4,4	27,37	32,97
Buenos Aires	2,9	2,23	3,87	-22,99	73,13	33,33
La Pampa	3,5	5	6,07	42,86	21,33	73,33
Córdoba	2,6	2,13	4,63	-18,99	117,19	75,95
Entre Ríos	3,2	3,03	5,83	-4,21	92,31	84,21
Media	6,5	5,85	5,57			
DS	3,92	3,52	2,83			
Mínimo	0	1	1,33			
Máximo	15,03	16,07	14,5			
Percentil 25	3,13	3,79	3,89			
Percentil 75	8,68	6,73	6,51			

Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación.

RMM= Razón de Mortalidad Materna

1= primer trienio (promedio años 1989/1990/1991)

2= segundo trienio (promedio años 2000/2001/2002)

3= tercer trienio (promedio años 2009/2010/2011)

DS= Desvío estándar

VP 1/2= variación porcentual entre trienios 1 y 2

VP 2/3= variación porcentual entre trienios 2 y 3

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 60 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

VPT= variación porcentual total del período de estudio (entre trienios 1 y 3)
N/C= no corresponde

En relación al indicador socioeconómico NBI, para todas las provincias se evidenció una mejoría a lo largo del período, siendo La Pampa; Santa Fe y San Luis las que mostraron mayor variación total, en tanto Tierra del Fuego y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) fueron las unidades con menor nivel de descenso. Las medidas de resumen y tendencia central disminuyeron paulatinamente durante toda la fase (Tabla 4 y figura 8); se observa claramente una reducción de la variabilidad del indicador entre las provincias a medida que se avanza en los trienios (figura 9).

Pese a la aparente mejora de este indicador, aún persisten provincias como Salta; Chaco y Formosa, que presentan valores elevados del indicador, cercanos al 20 %, siendo que La Pampa exhibe un valor de 3,79, alrededor de cinco veces menor que las tres unidades en peor situación (Tabla 4).

Tabla 4: Porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas por provincias argentinas, años 1991; 2001 y 2010. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.

provincia	NBI1	NBI2	NBI3	VP1/2	VP2/3	VPT
La Pampa	13,5	10,3	3,79	-23,7	-63,2	-71,93
Santa Fe	17,6	14,8	6,42	-15,91	-56,62	-63,52
San Luis	21,5	15,6	7,86	-27,44	-49,62	-63,44
Chubut	21,9	15,5	8,44	-29,22	-45,55	-61,46
Entre Ríos	20,6	17,6	8,04	-14,56	-54,32	-60,97
Córdoba	15,1	13	6	-13,91	-53,85	-60,26
Catamarca	28,2	21,5	11,32	-23,76	-47,35	-59,86
Río Negro	23,2	17,9	9,42	-22,84	-47,37	-59,4
Mendoza	17,6	15,4	7,61	-12,5	-50,58	-56,76
Jujuy	35,5	28,8	15,47	-18,87	-46,28	-56,42
La Rioja	27	20,4	12,25	-24,44	-39,95	-54,63
Chaco	39,5	33	18,17	-16,46	-44,94	-54
Sgo del Estero	38,2	31,3	17,63	-18,06	-43,67	-53,85
Misiones	33,6	27,1	15,63	-19,35	-42,32	-53,48
Buenos Aires	17,2	15,8	8,15	-8,14	-48,42	-52,62
Tucumán	27,7	23,9	13,27	-13,72	-44,48	-52,09
Corrientes	31,4	28,5	15,08	-9,24	-47,09	-51,97
Neuquén	21,4	17	10,37	-20,56	-39	-51,54
Formosa	39,1	33,6	19,73	-14,07	-41,28	-49,54
San Juan	19,8	17,4	10,23	-12,12	-41,21	-48,33
Salta	37,1	31,6	19,42	-14,82	-38,54	-47,65
Santa Cruz	14,7	10,4	8,25	-29,25	-20,67	-43,88
T. del Fuego	22,4	14,1	14,2	-37,05	0,71	-36,61
CABA	8,1	7,8	5,98	-3,7	-23,33	-26,17
Media	24,66	20,1	11,36			
DS	8,99	7,76	4,63			
Mínimo	8,1	7,8	3,79			
Máximo	39,5	33,6	19,73			
Percentil 25	17,6	15,25	8			
Percentil 75	31,95	27,45	15,18			

Fuente: elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INDEC)

NBI= Necesidades Básicas Insatisfechas

1= año 1991

2= año 2001

3= año 2010

DS: Desvío estándar

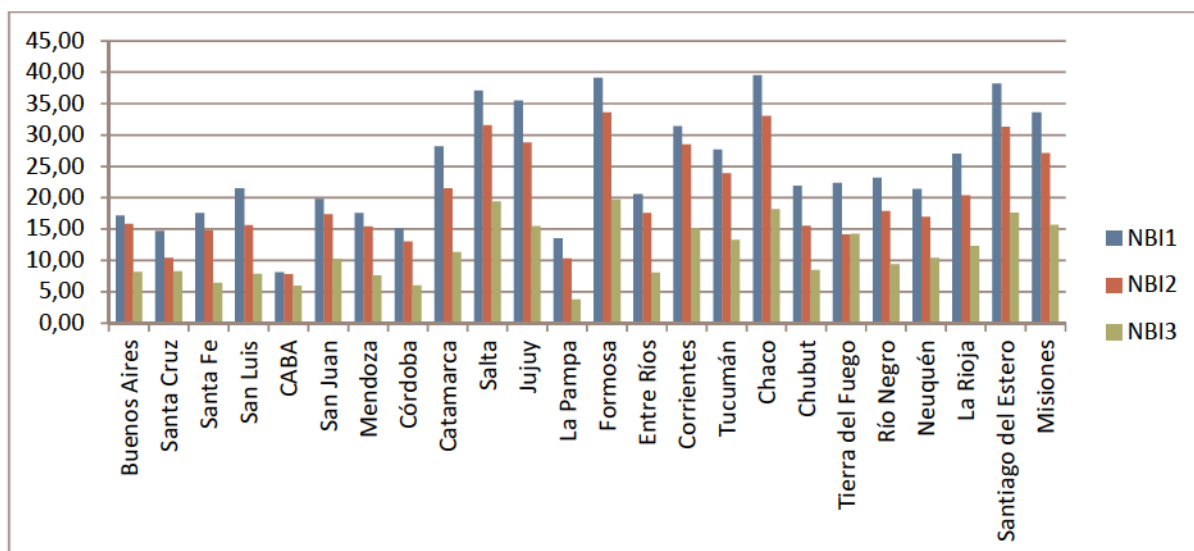
VP 1/2: variación porcentual entre período 1 y 2

VP 2/3: variación porcentual entre período 2 y 3

VPT: variación porcentual total del período de estudio (entre períodos 1 y 3)

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 62 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Figura 8: Porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas según provincias argentinas, años 1991; 2001 y 2010.



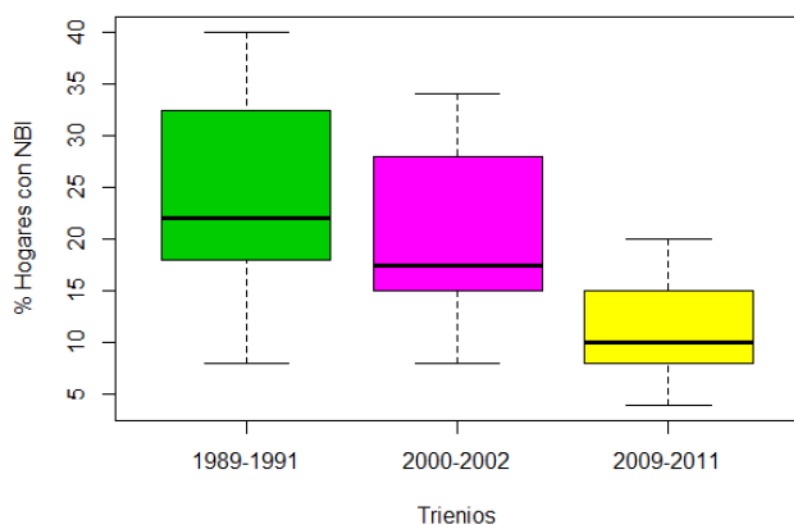
Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC.

NBI1= Necesidades Básicas Insatisfechas año 1991

NBI2= Necesidades Básicas Insatisfechas año 2001

NBI3= Necesidades Básicas Insatisfechas año 2010

Figura 9: Distribución del porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas en Argentina, años 1991; 2001 y 2010.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

NBI= Necesidades Básicas Insatisfechas

5.2 Análisis de desigualdades

5.2.1 Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)

Tanto la DT como el RAP apuntaron para una disminución progresiva de la magnitud de la desigualdad desde el inicio hasta el final del período de estudio, a partir de la comparación de los valores de la provincia con peor situación socioeconómica (medida en este caso por NBI) con la de mejor situación. La RT exhibió un aumento luego de la primera década y un descenso en la segunda, del 2000-2002 al 2009-2011.

Sin embargo, y a pesar del descenso sostenido observado en todas las unidades de análisis, las provincias con peores condiciones de vida siguen detentando mayor mortalidad infantil. De este modo, en la provincia con mayor porcentaje de NBI, el riesgo de morir de los niños menores de un año es dos veces más que en la provincia con menos privación, para todos los cortes temporales, escenario aún peor en el trienio 2000-2002 donde ese valor se acerca a tres. En un sentido absoluto, en el primer trienio, en Chaco hubo 466 muertes más en menores de 1 año que las que podrían esperarse si su situación mejorase hasta el nivel de CABA. El exceso de fallecimientos desciende a 203 en el segundo período (Formosa vs CABA) y 113 en el tercero (Formosa vs La Pampa).

Por otro lado, Si todas las provincias tuvieran la TMI de la que tiene mejor situación socioeconómica, se evitarían en promedio, para el primer trienio, 9,41 muertes por cada 1000 nacidos vivos, lo que representa el 37% de las muertes que se producen a nivel nacional. Estos valores son de 6,42 y 41,69% para el segundo período, 1,52 y 12,79% para el tercero, respectivamente (Tabla 5).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 64 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Tabla 5: Índices basados en rangos para Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.

Medida \ Indicador	TMI 1989-1991	TMI 2000-2002	TMI 2009-2011
RT(IC)	2,21 (1,99-2,45)	2,67 (2,3-3,09)	1,91 (1,45-2,62)
DT*	19,37	16,13	9,47
RAP	9,41	6,92	1,52
RAP relativo (%)	37,08	41,69	12,79

Fuente: elaboración propia

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil

RT= Razón de Tasas

DT= Diferencia de Tasas

RAP= Riesgo Atribuible Poblacional

RAP relativo %= Riesgo Atribuible Poblacional Relativo

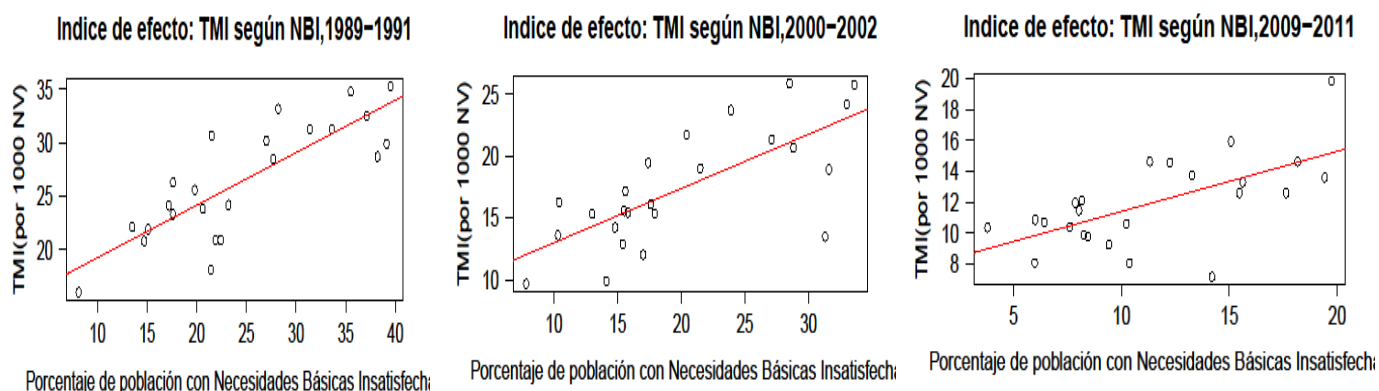
IC= Intervalo de Confianza del 95%

* = por 1000 nacidos vivos

Respecto de la relación entre la TMI y el porcentaje de población con NBI, la correlación entre ambas resultó elevada, con valores del coeficiente de correlación lineal de Pearson entre 0,63 y 0,82 de acuerdo al período. El índice de efecto mostró resultados similares para la primera y segunda década, y un descenso hacia el final del período de estudio; el mismo indica que, en promedio, la TMI aumenta en 0,49 muertes cada mil nacidos vivos en el trienio 1, 0,44 en el 2 y 0,39 en el 3 por cada incremento de un punto en el porcentaje de NBI por provincias; los intervalos de confianza del índice de efecto se superponen, por lo que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas. El modelo mostró un mejor ajuste para el trienio 1989-1991; la figura 10 muestra el intervalo de confianza del índice de efecto, los valores del coeficiente de correlación de Pearson y sus respectivos intervalos de confianza, y los coeficientes de determinación como medida de la bondad del ajuste del modelo de regresión. El test de Shapiro-Wilk resultó no significativo para la variable TMI, lo cual avaló la utilización de la medida del índice de efecto, basado en regresión.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 65 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Figura 10: Índices basados en el concepto de regresión para la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto



	TMI 1989-1991	TMI 2000-2002	TMI 2009-2011
Índice de efecto (IC)	0.492 (0.34-0.645)	0.439 (0.255- 0.623)	0.388 (0.178-0.598)
R ²	0.671	0.5257	0.4003
R ² ajustado	0.6561	0.5041	0.373
r (IC)	0.82 (0.62-0.92)	0.72 (0.45- 0.87)	0.63 (0.31-0.82)

Fuente: elaboración propia

r = coeficiente de correlación lineal de Pearson

R²= coeficiente de determinación

IC= Intervalo de Confianza del 95%

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil

5.2.2 Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años (TMM5a)

En líneas generales, la TMM5a mostró un comportamiento similar al de la TMI: de los índices basados en rangos, sólo la DT y el RAP presentaron una tendencia progresivamente descendente desde el inicio hacia el final de la fase. En tanto que la RT y el RAP% exhibieron un aumento luego de la primera etapa, seguida de un descenso en la segunda; el RAP% disminuyó su valor a menos de la mitad desde 2000-2002 a 2009-2011.

Para el período 2000-2002, en la provincia con peor situación socioeconómica (Formosa) murieron casi tres veces más niños menores de cinco años cada mil nacidos vivos, en relación con la provincia de mejor situación (CABA). Respecto de las diferencias absolutas

del riesgo de morir, para el primer período, en la unidad con mayor privación (Chaco) murieron casi 600 niños menores de cinco años más, que los que podrían esperarse si su situación mejorase hasta el nivel de CABA; mientras que este valor fue de 156 más niños para el último trienio (Formosa vs La Pampa).

Si todas las provincias tuvieran la tasa de la que tiene mejores condiciones socioeconómicas, se hubieran reducido en promedio el 36% de las muertes de menores de cinco años en el primer trienio, el 43% en el segundo y el 17% de ellas en el tercero; en términos absolutos, se evitarían en promedio 10,62 muertes de menores de cinco años por cada 1000 niños que nacen para el primer trienio; 8,17 para el segundo período, 2,29 para el tercero (Tabla 6).

Tabla 6: Índices basados en rangos para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.

Medida \ Indicador	TMM5a 1989-1991	TMM5a 2000-2002	TMM5a 2009-2011
RT (IC)	2,32 (2,12-2,55)	2,97 (2,59-3,38)	2,13 (1,66-2,88)
DT*	24,9	21,66	13,04
RAP	10,62	8,17	2,29
RAP relativo (%)	36,04	42,55	16,59

Fuente: elaboración propia

TMM5a: Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años

RT= Razón de Tasas

DT= Diferencia de Tasas

RAP= Riesgo Atribuible Poblacional

RAP%= Riesgo Atribuible Poblacional Relativo

IC= Intervalo de Confianza de la Razón de Tasas (95%)

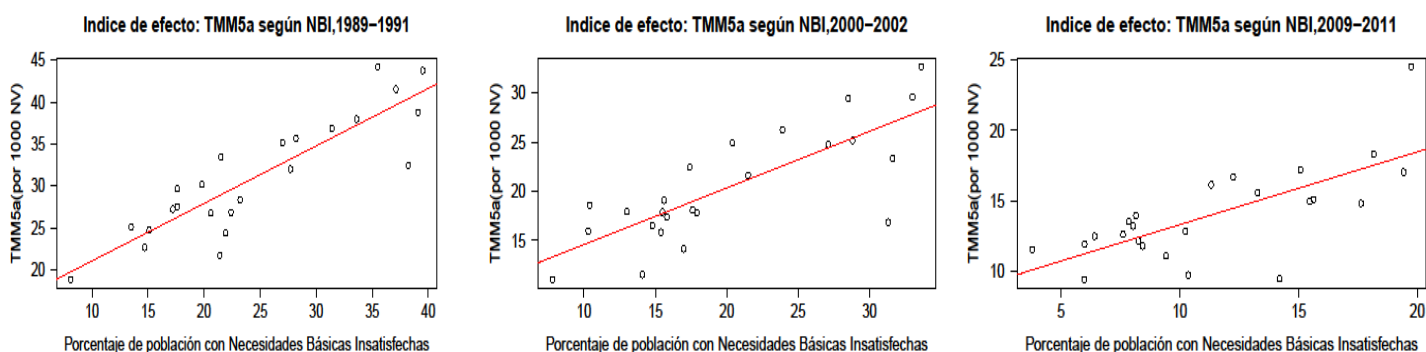
*= por 1000 nacidos vivos

El índice de efecto, si bien con intervalos de confianza sobrepuestos, manifestó una tendencia lentamente descendente desde el inicio hacia el final del período; su análisis revela que, en términos medios, la TMM5a aumenta en 0,68; 0,57 y 0,51 muertes por mil nacidos vivos, por cada unidad de aumento del porcentaje de NBI en la unidad de análisis, para los trienios 1989-1991; 2000-2002 y 2009-2011 respectivamente (Figura 11). Como en el caso de la TMI, la correlación entre TMM5a y NBI resultó elevada, con valores del coeficiente de correlación lineal de Pearson entre 0,71 y 0,88 de acuerdo al período. El test de Shapiro-Wilk

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 67 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

resultó no significativo para la variable TMM5a para los períodos 1 y 2, lo cual avaló la utilización de la medida del índice de efecto, basado en regresión. El ajuste del modelo es mejor para el primer trienio; la figura 13 muestra el intervalo de confianza del índice de efecto, los valores del coeficiente de correlación de Pearson y sus respectivos intervalos de confianza, y los coeficientes de determinación como medida de la bondad del ajuste del modelo de regresión .

Figura 11: Índices basados en el concepto de regresión para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto



	TMM5a 1989-1991	TMM5a 2000-2002	TMM5a 2009-2011
Índice de efecto (IC)	0.685 (0.52- 0.851)	0.575 (0.376- 0.775)	0.518 (0.293- 0.743)
R ²	0.7708	0.6195	0.508
R ² ajustado	0.7604	0.6023	0.4857
r (IC)	0.88 (0.73- 0.95)	0.79 (0.56-0.9)	0.71 (0.43- 0.87)

Fuente: elaboración propia
r = coeficiente de correlación lineal de Pearson
R²= coeficiente de determinación
IC= intervalo de confianza del 95%
TMM5a: Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años

5.2.3 Razón de Mortalidad Materna (RMM)

Este indicador mostró un patrón de comportamiento propio, con algunas características distintivas respecto de los dos previamente analizados. Los tres índices basados en rango

exhibieron un marcado incremento luego de la primera década, con un importante descenso luego de la segunda; el RAP relativo y porcentual mostró un valor atípico (negativo) para el tercer trienio. Esto no ocurrió al realizar el ordenamiento por la variable de salud, en vez de hacerlo por NBI; tal como será analizado más adelante, puede que esto se deba a que el NBI no sea un proxy adecuado del nivel socioeconómico, como variable explicativa del comportamiento de la mortalidad materna.

La RT reveló diferencias abismales entre las unidades de análisis en el primer y segundo trienios; para la línea de base, en la provincia con peor situación de NBI (Chaco), el riesgo de morir de las mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio fue de seis veces más que en la provincia con menos privación (CABA) En el trienio 2000-2002, este valor fue de trece veces más (Formosa respecto de CABA). Los intervalos de confianza para la RT (Tabla 7) son más amplios que en el caso de la TMI y la TMM5a; esto puede deberse al menor número de eventos en el numerador de la RMM respecto de las otras dos medidas de salud; a su vez, los mismos se superponen, por lo que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

En un sentido absoluto, en la unidad con peores condiciones socioeconómicas, ocurrieron en Chaco, para el trienio 1989-1991, 25 muertes maternas más que las que podrían esperarse si su situación mejorase hasta el nivel de CABA; el exceso de muertes maternas fue de 18 para el segundo período y de 10 para el tercero.

Según este análisis, si todas las provincias tuvieran la tasa de la que tiene mejor condición socioeconómica, se hubieran reducido en promedio 3 muertes maternas cada 10.000 nacidos vivos en el primero y segundo trienio (Tabla 7).

Tabla 7: Índices basados en rangos para Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.

Medida desigualdad \ Indicador	RMM 1989-1991	RMM 2000-2002	RMM 2009-2011
RT (IC)	5,99 (3,17-16,47)	13,48(6,07-74,62)	2,59**
DT*	10,53	14,83	8,43
RAP	2,95	2,97	---
RAP relativo (%)	57,27	70,63	---

Fuente: elaboración propia

** El intervalo de confianza da un valor no coherente
RMM= Razón de Mortalidad Materna

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 69 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

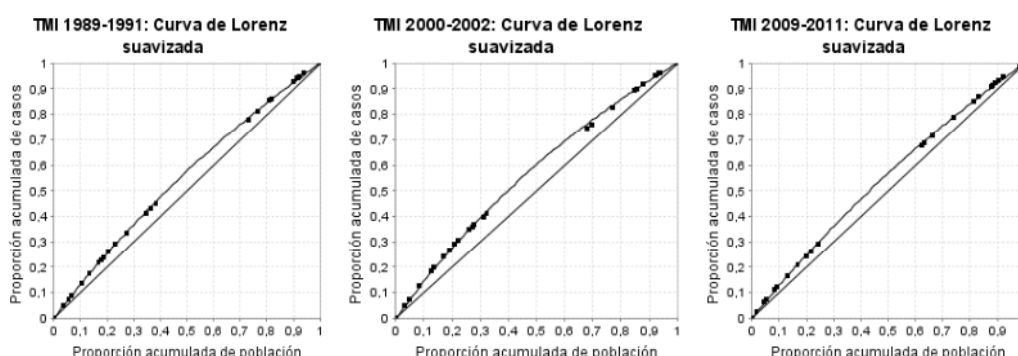
RT= Razón de Tasas
 DT= Diferencia de Tasas
 RAP= Riesgo Atribuible Poblacional
 RAP relativo%= Riesgo Atribuible Poblacional Relativo
 IC= Intervalo de Confianza de la Razón de Tasas (95%)
 * = por 10.000 nacidos vivos

Para la RMM no se utilizaron medidas de regresión debido a que en este caso no se cumple el requisito de relación lineal entre la variable de salud y la socioeconómica para los períodos 2 y 3, con un test de normalidad de Shapiro-Wilk significativo. El ajuste del modelo es en términos generales más pobre que para el caso de la TMI y la TMM5a (ver anexo)

5.2.4 Índice de Gini para TMI; TMM5a y RMM.

Para la TMI, si bien el índice de Gini mostró valores más cercanos a cero (igualdad perfecta) que a uno (desigualdad total) en los tres cortes temporales, en términos comparativos se observó un aumento luego de la primera década, y un descenso hacia el final de la fase de estudio, en que alcanzó valores inferiores a los de la línea de base de 1989-1991. En el trienio 2000-2002, momento que exhibió la mayor desigualdad, la curva de Lorenz muestra que el 30% de los eventos de muerte infantil ocurrieron en un 20% de la población de nacidos vivos (figura 12).

Figura 12: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz



	TMI 1989-1991	TMI 2000-2002	TMI 2009-2011
Índice de Gini suavizado	0,1023	0,1372	0,092

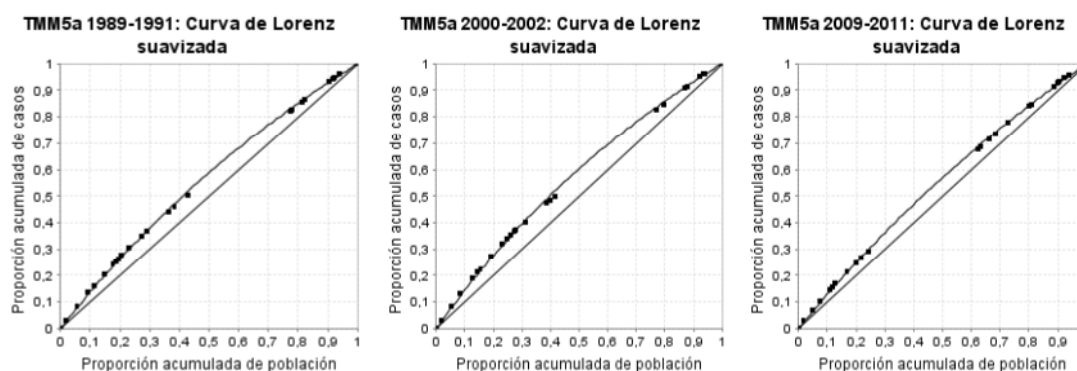
Fuente: elaboración propia

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 70 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil

Respecto de la TMM5a, el índice de Gini mantuvo un comportamiento similar al registrado para la TMI, con valores más cercanos a cero que a uno en los tres trienios; en el período 2000-2002 el índice de Gini indica mayor desigualdad, luego disminuye a valores inferiores a los de la línea de base del trienio 1 en el tercer período. (Figura 13).

Figura 13: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz



	TMM5a 1989-1991	TMM5a 2000-2002	TMM5a 2009-2011
Índ. Gini suavizado	0,1186	0,1394	0,0943

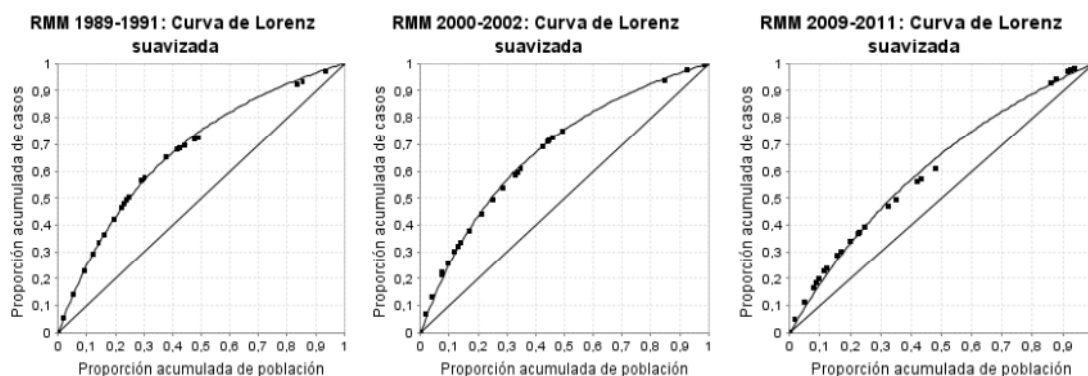
Fuente: elaboración propia

TMM5a= Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años

En relación a la mortalidad materna, también en este caso observamos una desigualdad mayor que en el caso de la TMI y la TMM5a. Aquí los valores se acercan más a uno (desigualdad total), con niveles estables del primero al segundo trienio, y valores más cercanos a cero hacia el tercero. En el trienio 2000-2002, momento de mayor desigualdad, el 40% de los eventos de muerte materna se concentraron en un 20% de los nacidos vivos (figura 14).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 71 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Figura 14: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz



	RMM 1989-1991	RMM 2000-2002	RMM 2009-2011
Índice Gini suavizado	0,3557	0,359	0,2253

Fuente: elaboración propia

RMM= Razón de Mortalidad Materna

6. DISCUSIÓN

Los indicadores relacionados con la salud infantil mostraron una evolución favorable a lo largo de las dos décadas estudiadas. Desde la óptica de las desigualdades, se registró una disminución de la brecha a lo largo del período de estudio, a expensas principalmente del período 2000-2010. La TMI mostró una tendencia descendente para cada una de las provincias, situación concordante con el comportamiento que viene exhibiendo la tasa desde mediados del siglo pasado en Argentina y América Latina en general, propendiendo al descenso mismo en períodos de crisis o en contextos políticos y socioeconómicos adversos.

El comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años fue similar al descrito para la mortalidad infantil, las tres primeras causas son las mismas para ambas debido a la significativa proporción de defunciones de niños menores de un año que integran la TMM5a (PNUD, 2012).

¿Cuáles fueron las características del contexto argentino que sirvieron de soporte a la tendencia favorable de la desigualdad en el eje infantil? Por un lado, tal como apuntamos previamente, los años noventa estuvieron marcados por políticas neoliberales de ajuste que dieron como resultado un achicamiento del Estado y un aumento de la desprotección de amplios sectores de la población. Luego de la crisis del 2001 sobrevino un período de recuperación económica y con él una serie de medidas beneficiosas en términos de ampliación de la cobertura de agua potable; cloacas; empleo y otros indicadores socio sanitarios, sumado a la implementación de programas orientados a niños menores de 6 años, en el marco del Plan Federal de Salud; incluso algunas iniciativas se llevaron a cabo en forma prioritaria en regiones con indicadores sociales más desfavorables (PNUD, 2012).

Un informe de UNICEF (Ortiz & Cummins, 2012) revela que Argentina se ubica dentro de los países que presentaron aumento del crecimiento económico, medido a partir del PBI medio anual per cápita, junto con reducción de la desigualdad en el ingreso, a través del descenso del índice de Gini, para el período 2000-2008. Es importante resaltar aquí el rol beneficioso que en este sentido puede haber tenido la implementación de programas focalizados para mejorar los ingresos de los sectores más postergados.

Si bien la situación infantil mostró evidencias de franca mejoría durante el período observado, aún resta mucho por hacer en términos de reducibilidad: para el año 2010, el 61,8% de las muertes neonatales (durante los primeros 28 días de vida) y el 66,7% de las pos neonatales (entre los 28 días y el año de vida) fueron consideradas evitables. Más de la mitad de las defunciones infantiles acontecieron en el período perinatal, relacionadas con prematuridad

y bajo peso al nacer, luego se ubican las malformaciones congénitas y en tercer lugar las enfermedades respiratorias (PNUD, 2012); a su vez, los porcentajes de reducibilidad presentan diferenciales entre provincias.

En cambio, el comportamiento de la mortalidad materna exhibió un patrón particular, demostrando que todavía representa un problema de salud pública prioritario para Argentina. Se observó un marcado aumento de la desigualdad a nivel subnacional durante la década de los noventa, y una disminución de la brecha en el período 2000-2010; a su vez, las diferencias abismales entre provincias; la escasa variación de la media de la RMM; la situación desfavorable de la mortalidad hacia el final del período respecto de la línea de base para un 30% de las unidades de análisis, entre otros hallazgos obligan a preguntarnos sobre las determinaciones de la muerte materna. En ella confluyen factores relacionados con la pobreza, étnicos y de género, que acentúan situaciones de desigualdad en relación al cuidado de la salud sexual y reproductiva y el acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Por otro lado, llama la atención el hecho de que las provincias que demostraron la situación más desfavorable respecto de la evolución de la RMM, con valores más altos en el trienio 3 con relación al 1, no fueron aquellas con peor porcentaje de NBI. En este punto, consideramos varios factores probables: puede que la capacidad explicativa del NBI en relación al comportamiento de la muerte materna sea limitada, que la complejidad de las múltiples determinaciones de la mortalidad materna que operan a diferentes niveles, interpelando particularmente los servicios de salud, exceda esta relación; que el NBI presente limitaciones propias como proxy del nivel socioeconómico. Pese a las restricciones mencionadas, se eligió trabajar con el nivel de NBI por varias razones, entre ellas disponibilidad de datos comparables entre las unidades de análisis para los tres cortes temporales seleccionados y correlación demostrada con la mortalidad infantil.

El problema de la mortalidad materna adquiere una trascendencia mayor si consideramos que el fallecimiento de una mujer en edad reproductiva tiene consecuencias devastadoras para las familias en las que ocurren estos hechos (principalmente para los niños), y para la comunidad en general; más aún si tenemos en cuenta que en nuestro país prácticamente todas las muertes maternas se consideran evitables, dado que responden a causas destituibles con los conocimientos técnicos y científicos vigentes aplicados a la estructura institucional que da cobertura a la atención del embarazo y el parto (Ministerio de Salud de la Nación, 2004).

La mortalidad materna irrumpe además como un problema de derechos, en tanto puede considerarse como expresión de la negación de múltiples de ellos, emergiendo como la punta de un iceberg: derecho a la vida y seguridad de la persona (derecho vulnerado en una muerte evitable); a conformar una familia; el derecho a la salud; a la igualdad y a gozar de los beneficios del progreso científico (Ramos et al., 2004).

Esta situación nos exige revisar conductas ligadas a las prácticas de los servicios de atención y control del embarazo, parto y puerperio en todos sus niveles; desde la implementación de la estrategia de planificación familiar y el cuidado del embarazo en el primer nivel de atención (captación precoz; calidad e integridad de los controles); hasta la atención institucional del parto en los niveles de complejidad superiores.

La mortalidad materna, como indicador, pone de manifiesto fallas en las respuestas ante situaciones de emergencia que interpelan a los servicios asistenciales: durante el año 2010, la mayor cantidad de muertes maternas estuvieron vinculadas a causas obstétricas directas, tales como hemorragias, infecciones; complicaciones de hipertensión arterial y del puerperio (PNUD, 2012).

Otro aspecto relevante es el peso de las muertes relacionadas con aborto, que en el año 2010 representaron el 20% de las defunciones maternas, porcentaje que puede ser aún mayor considerando el subregistro alrededor de esta causa. Debe llamarse la atención sobre los decesos producidos por procedimientos utilizados para interrumpir el embarazo, realizados en condiciones clandestinas, "poco seguras" (situación agravada en los sectores de bajos recursos) lo cual suele desembocar en incapacidad o muerte de la mujer objeto de dichas prácticas. Las mujeres pobres suelen contar con atención médica cuando acuden a los servicios de salud públicos con alguna complicación relacionada con la práctica abortiva, siendo que los riesgos del aborto se asocian al tipo de método utilizado y la competencia técnica de quien lo realiza (Ramos et al., 2004). La razón de mortalidad materna postaborto presenta grandes variaciones entre provincias, lo cual posiblemente se asocie al acceso a los servicios de atención de calidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Si analizamos las variaciones anuales de la RMM durante las dos décadas para todo el país, observamos que la misma mostró una mejoría entre 1990 y 2000, luego de la crisis del 2001 aumentó. Posteriormente presentó ascensos y descensos, para ubicarse en 2010 en valores levemente inferiores a los de 1990 (PNUD, 2012). Uno de los aspectos a tener en cuenta en el análisis de las fluctuaciones de la tasa y la comparabilidad entre períodos, es que a partir del año 2001 se incorporó una pregunta al informe estadístico de defunción sobre el

antecedente de embarazo con el objetivo de mejorar el subregistro de muerte materna; esto consiguió detectar una mayor cantidad de casos; lo cual puede haber obstaculizado el descenso del indicador.

De alguna manera la mortalidad materna constituye un área donde el sector salud tiene amplia injerencia y condiciones de operar para mejorar la situación del problema en el país; la muerte materna, si bien inmersa en un contexto donde operan las determinaciones socioeconómicas estructurales, está íntimamente relacionada con la organización del sistema sanitario, la cobertura y la calidad de la atención brindada.

En este sentido, frente a la persistencia del aborto como una de las primeras causas de muerte materna, se plantea la necesidad de reforzar las acciones que garanticen los derechos de salud sexual y procreación responsable, asegurando el acceso a información y métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado, así como el rol de los efectores de salud que reciben una mujer en circunstancias de aborto.

Uno de los objetivos de la investigación fue identificar las provincias en situación de mayor desventaja, en este sentido, aparecen como áreas definidas con exceso de problemas de salud Chaco; Formosa y Corrientes, que fueron las unidades con peores indicadores de salud materno infantil; mientras que CABA; Neuquén y Tierra del Fuego exhibieron los mejores valores. Respecto del indicador socioeconómico, CABA; La Pampa y Córdoba se ubicaron en la posición más favorable; en tanto Chaco; Santiago del Estero; Formosa y Salta fueron las provincias más pobres. Resulta necesario tener en cuenta que los elevados niveles de subregistro de muerte infantil observados en Santiago del Estero (Fernández et al, 2008), aspecto presentado en la sección "limitaciones", pueden haber operado en el hecho de que esta provincia no aparezca dentro de las mencionadas al principio del párrafo, en peor situación de salud infantil.

Un estudio desarrollado en nuestro país reveló que, para el año 2002, alrededor del 36 % de las muertes maternas en Formosa acontecieron en mujeres de comunidades indígenas, siendo que la población indígena representaba apenas el 7% de la población total (Ramos et al., 2004), poniendo de manifiesto desigualdades étnicas.

En el informe del PNUD sobre los ODM para Argentina del año 2012 se publica una tendencia de la desigualdad para la TMI; la TMM5a y la RMM: se calculó el índice de Gini para el año 1990, y luego en forma anual para el período 2000-2010. Los valores, si bien presentados para cada uno de los años, son similares a los calculados para los trienios contruidos en nuestra investigación, alrededor de esos años. La publicación del PNUD muestra

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

también una escasa mejoría en la situación de la mortalidad materna durante las dos décadas seleccionadas.

Los hallazgos de la investigación sintonizan con la situación esbozada, para los años 2005-2006, por la sala de situación del Ministerio de Salud de la Nación (2011); si bien realiza el estudio por regiones y el nivel de agregación al interior de ellas es departamental, demostró mayores niveles de desigualdad para la mortalidad materna respecto de la infantil, para todas las regiones analizadas, exhibiendo algunas mayor desigualdad que otras (región sur con el mayor índice de Gini para MI y MM). En el análisis según situación socioeconómica, para varias de las regiones el riesgo de morir en el primer año de vida en las provincias con mayor pobreza fue un 50 % más que en las provincias menos pobres, mientras que las mujeres embarazadas duplicaron el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo o el parto en relación con las provincias con situación más desfavorable.

Un análisis de desigualdades llevado a cabo en Brasil en el año 2006 (Ministério da Saúde Brasil) reveló que la mortalidad infantil también sigue una tendencia a la disminución en dicho país en los últimos años, sin embargo, el nivel de descenso mostró diferenciales para las regiones y según las características individuales y coyunturales analizadas. Respecto de la muerte materna, el principal determinante para su ocurrencia fue el hecho de residir en municipios con gran concentración de pobreza, lo cual refleja peores condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud; a su vez, las mujeres negras tuvieron mayor riesgo de muerte por causas maternas.

Si bien en general la evolución de los diferentes indicadores de desigualdad mostró coherencia, en algunos casos esto no fue así, situación por otro lado habitual en la medición de desigualdades en salud.

Uno de los ejemplos de lo mencionado en el párrafo precedente es el comportamiento de la desigualdad relativa y absoluta para la TMI y la TMM5a del trienio 1989-1991 al 2000-2002: se observa un aumento de la desigualdad relativa y una disminución de la absoluta. Tal como señalan Harper y colaboradores (2014), este escenario suele observarse cuando el ritmo de mejoría es menor en el grupo con peor situación inicial, cuestión que ha impulsado a que algunas personas argumenten que las medidas relativas de desigualdad son más útiles para documentar un avance en términos de desigualdades en salud, ya que ellas estarían dando cuenta de un ritmo relativo de mejoría de la salud más rápido entre los grupos menos favorecidos. De todos modos, la mejoría de la desigualdad absoluta también es deseable, en el sentido de que revela una mejoría de ambos grupos sin perjuicio de ninguno de los dos.

Por otro lado, para la TMI y la TMM5a el índice de Gini mostró un aumento para el segundo trienio respecto del primero, siendo que el índice de efecto disminuyó. Esta cuestión puede deberse, por un lado, a que el índice de Gini no se basa en una variable socioeconómica mientras que el índice de efecto sí lo hace, la distribución de la variable de salud sigue por consiguiente reglas diferentes; por otro, se basan en lógicas distintas: el Gini es una medida de desproporcionalidad que se basa en la lógica de la concentración, mientras que el índice de efecto modela, mediante regresión, la relación entre una variable de salud y una socioeconómica (Xunta de Galicia., 2011)

Otro de los aspectos que merece reflexión es la elección del grupo de referencia; cuando se opta por medir la desigualdad como diferencia respecto de la salud del grupo en mejor posición socioeconómica (como es el caso de las medidas basadas en rango y regresión del presente trabajo) implica una sensibilidad mayor a la igualdad del grupo social que a los resultados de salud por sí mismos (Harper et al, 2014).

6.1 Limitaciones

Algunos aspectos de la utilización del NBI ya fueron discutidos; existen limitaciones propias del indicador como estimador del nivel socioeconómico: no es sensible a situaciones de pobreza reciente; no da cuenta de la intensidad de la pobreza y puede tener problemas de mensurabilidad (Feres & Mancero, 2001). Una de las cuestiones que hacen que sea una medida ampliamente usada es quizás que realiza una utilización efectiva de la información censal, que le permite identificar situaciones de pobreza con un alto grado de desagregación geográfica, para orientar la acción política focalizada. Inicialmente se intentó incorporar el índice de desarrollo humano, dado que es una medida que toma en cuenta tres dimensiones importantes, como lo son nivel de educación; esperanza de vida al nacer y nivel de ingresos promedio; sin embargo, se desechó la posibilidad de su uso debido a que los datos no resultaban comparables entre las unidades de análisis geográficas en las unidades temporales elegidas: para el año 1990 las provincias no utilizaban aún una metodología de cálculo uniforme para el indicador.

Quizás podría plantearse la utilización de otro indicador socioeconómico que hubiere demostrado asociación con la mortalidad materna para la medición de desigualdades sociales en salud, como es el caso del nivel de ingreso promedio per cápita, que sí mostró cumplir con esta condición en otros estudios (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

El uso de las medidas basadas en rango presenta ciertas limitaciones para el caso de la RMM, en que la distribución del indicador socioeconómico no resultó uniforme con la distribución del indicador de salud.

Respecto de la calidad de los datos utilizados en el eje infantil, un estudio llevado a cabo en nuestro país en el año 2003 develó diferenciales entre las provincias estudiadas (Fernández et al, 2008). En cuanto a la omisión de nacidos vivos o su inscripción tardía; si bien fue aceptable para todo el país, se registraron niveles elevados de omisión de inscripción en establecimientos de Chaco; Formosa y Santiago del Estero; por otro lado, Tucumán y Misiones presentaron valores intermedios. Si bien con el decreto de gratuidad del documento nacional de identidad al nacimiento del año 2003 los niveles de inscripción mejoraron, aún persistieron elevados en las provincias mencionadas, relacionados con condiciones socioeconómicas desfavorables.

En relación a la omisión de defunciones infantiles, cabe destacar el elevado nivel que ostentó Santiago del Estero (77 % en establecimientos seleccionados); el subregistro también fue elevado, aunque en menor medida, en Tucumán; Misiones y el interior de la provincia de Formosa. En Santiago del Estero se detectó además subtransmisión de datos, cuestión que agrava el problema.

En referencia a la calidad de los datos para la construcción de la RMM, operan las mismas dificultades mencionadas sobre la omisión de nacidos vivos, sumado al posible subregistro de muerte materna. En un trabajo llevado a cabo en nuestro país que realizó un análisis exhaustivo de múltiples dimensiones involucradas en la muerte materna; uno de los aspectos estudiados fue el subregistro: se observó un nivel de subregistro de la defunciones maternas del 9,5% para el conjunto de las seis provincias consideradas (Chaco; Formosa; Mendoza; San Luis; San Juan y Tucumán), con variaciones que van del 21,1% en Tucumán a ningún nivel de subregistro en Chaco y Mendoza (Ramos et al., 2004).

6.2 Fortalezas

La cobertura de los registros relativos a los indicadores del eje materno infantil que fueron incluidos en la investigación resultó aceptable, situación que no fue similar para otros indicadores con los que inicialmente se procuró trabajar (ejemplo: tasa de notificación de VIH); los cuales presentaban problemas de calidad principalmente para la década del noventa.

Uno de los aspectos a considerar para estimar el valor informativo de las fuentes de datos y evaluar la relevancia y validez de la comparación a través del tiempo, es la respuesta a

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

la pregunta de si los puntos en el tiempo a ser comparados cubren un período de tiempo lo suficientemente largo, de alrededor de diez años o más; por otro lado, que la medida del indicador socioeconómico sea comparable en el tiempo (Kunst, Mackenbach, 1996). Ambas cuestiones están respetadas en la investigación.

Los indicadores de desigualdad utilizados resultaron, en términos generales, consistentes; el hecho de haber incorporado diferentes tipos de medidas permite enriquecer el abordaje en el sentido de que ellas aportan información complementaria sobre el mismo problema.

7. CONCLUSIONES

La salud infantil exhibió una tendencia favorable para todas las provincias argentinas desde 1990 a 2010; sin embargo, la reducción de la brecha entre ellas se produjo fundamentalmente durante el período 2000-2010, en concordancia con una disminución marcada de la desigualdad en la distribución del porcentaje de población con NBI durante la misma etapa en nuestro país. En cambio, la mortalidad materna configura un escenario que ha permanecido relativamente estable y sin signos de franca mejoría durante la primera década del siglo actual, mismo en un contexto socioeconómico general del país ventajoso respecto de la década de los noventa, lo cual la coloca como un problema relevante de salud colectiva para la Argentina.

La situación de la mortalidad materna y la emergencia del aborto como una de sus principales causas obligan a revisar el marco legal y político en torno a dicha problemática, con el fin de resguardar la salud de una mujer que se somete a un procedimiento de ese tipo.

Es nítida la situación de desventaja en la que se encuentran provincias del noreste (NEA) y noroeste argentino (NOA). Considerando que son las regiones del país con mayor proporción de población perteneciente a los pueblos originarios, cabe aquí reflexionar en torno a la desigualdad de etnia que podría estar operando, cuestión que exige saldar esa deuda histórica con acciones políticas y económicas específicas hacia esos grupos humanos.

El trabajo intentó abordar el tema de la desigualdad en la situación de salud materno infantil en nuestro país en el espacio de lo particular, en términos de Castellanos (1989), donde los problemas aparecen definidos como variaciones del perfil de salud-enfermedad a nivel de grupos poblacionales. La explicación en este nivel pone la mirada en los procesos de reproducción social; de las condiciones objetivas de existencia de cada grupo; y en las leyes que rigen las acumulaciones.

Con la intención de que la información producida resulte útil para la acción transformadora, se espera que los resultados del análisis disparen la discusión sobre los hechos que es necesario producir en los diferentes niveles del proceso de reproducción social: el nivel de lo general, representado por la organización política; económica y cultural, que determina la forma de inserción del grupo; el de lo particular demanda acciones bajo la forma de planes y programas de salud, sin dejar de considerar la mediación con los niveles de lo singular y lo general.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 81 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

El sector salud tiene las condiciones de abordar la parte del problema relacionada con la provisión de servicios de calidad, con cobertura adecuada y basados en los principios de eficiencia y equidad; respecto del nivel estructural de determinación, demanda que nos preguntemos, al interior de las diferentes instancias de organización social, qué tipo de políticas económicas y sociales deberían llevarse adelante para continuar en el camino de reducción de desigualdades.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abriata MG, Fandiño ME. Sala de situación. Abordaje de la mortalidad infantil en Argentina desde la perspectiva de las desigualdades en salud. Revista Argentina de Salud Pública [Internet] 2010 [citado 23 may 2014]; 1 (2): 43-45. Disponible en:

<http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen2/mortalidad-infantil-arg.pdf>

Acuña C, Kessler G, Repetto F. Evolución de la política social argentina en la década de los noventa: cambios en su lógica, intencionalidad y en el proceso de hacer la política social.[Internet] Proyecto Self-Sustaining Community Development in Comparative Perspective. Buenos Aires, mayo 2002 [citado 11 sept 2012]. Disponible en:

<http://www.lanic.utexas.edu/project/laoap/claspo/dt/0003.pdf>

Alazraqui M, Mota E, Spinelli H, Guevel C. Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet] 2007 [citado 11 sept 2012]; 21 (1): 1-10. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/a01v21n1.pdf>

Alazraqui M, Spinelli H, organizadores. Desigualdades en salud en el nivel local/municipal. Buenos Aires: UNLa; 2008.

Almeida Filho N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: Análise de produção científica na América Latina e Caribe e bibliografía anotada. Projeto ELAC 19. Organización Mundial de la Salud; Washington [Internet]; 1999 [citado 15 sept 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/Portuguese/HDP/HDR/s%E9rie19composite.pdf>

Almeida Filho N. Revisitando la metodología epidemiológica. En: La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.

Almeida Filho N. A problemática teórica da determinação social de saúde (Nota breve sobre Desigualdades em Saúde como objeto de conhecimento). Seminário Rediscutindo a Questão da Determinação Social de Saúde. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) [Internet] Río de Janeiro (Brasil); may 2009 [Citado 30 mar 2011] Disponible en: <http://www.cebes.org.br/media/File/seminario%20determinacao%20social%20da%20saude/NAOMAR%20ALMEIDA%20-%20A%20PROBLEMTICA%20TERICA%20DA%20DETERMINAO%20SOCIAL%20DA%20SADE.pdf>

Almeida Filho N; Rouquayrol MZ. Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Alleyne GA, Castillo-Salgado C, Schneider C, Mujica OJ, Loyola E, Vidaurre M. La Medición de las Desigualdades en Salud: Algunos Ejemplos de la Región de las Américas. En: Equity & Health. Views from the Pan American Sanitary Bureau. Pan American Health Organization. Occasional Publication No. 8 [Internet]. Washington, D.C: PAHO, 2001 [citado 20 febr 2013] Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/9275122881.pdf>

Alleyne GA, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the region of the Americas, using various methodological approaches. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 15 sept 2012]; 12 (6): 388-397. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a07v12n6.pdf>

Anino P, Mercatante E. El crecimiento posconvertibilidad: aprovechando el legado neoliberal. En: Anuario EDI. Economía Argentina. La actualidad del modelo y sus perspectivas. Año 6 N° 5. Buenos Aires: EDI; 2010.

Bacallao J, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Mujica O, Loyola E, Vidaurre M. Índices para medir las desigualdades de salud de carácter social basados en la noción de entropía. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 15 sept 2012]; 12 (6): 429-435. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002001200008&script=sci_arttext

Behm H. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. [Editorial]. Salud Colectiva. 2011; 7(2): 231-253.

Bortman M, Verdejo G, Sotelo JM. Situación de la equidad en salud Argentina 1999. Organización Panamericana de la Salud [Internet] OPS: 1999 [citado 23 may 2014]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/situacion%20de%20equidad.pdf>

Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Buchbinder M. Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal. Archivos Argentinos de Pediatría. 2008; 106(3): 212-218.

Bunge M. Causalidad. El principio de causalidad en la ciencia moderna. Buenos Aires: Eudeba; 1961.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus determinantes Sociais. Salud Colectiva [Internet]. 2007 [citado 31 oct 2012]; 17(1): 77-93. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Castellanos PL. Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Boletín Epidemiológico OPS [Internet] 1989 [citado 11 sept 2012]; 10(4):1-7. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/BE_v10n4.pdf

Castillo JE. La economía argentina desde mediados de 2002 a la fecha: crecimiento económico record sin perspectivas de desarrollo. En: Anuario EDI. Economía Argentina. ¿Coyuntura favorable o nuevo modelo? Año 3 N°3. Buenos Aires: Luxemburg; 2007.

Celton D, Ribotta B. Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina. Niveles y tendencias durante el siglo XX [Internet]. I° Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población [Internet] Caxambú (MG) Brasil, sept 2004 [citado 11 sept 2012]. Disponible en: http://www.alapop.org/2009/images/PDF/ALAP2004_390.PDF

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Estrategia de monitoreo y evaluación. Publicación Científica 1593 [Internet] Montevideo: CLAP/SMR; 2012 [citado 10 dic 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/clap/?cx=014283770845240200164%3Afppm7ubx0nu&q=Plan+de+acci%C3%B3n+para+acelerar+la+reducci%C3%B3n+de+la+mortalidad+materna+y+la+morbilidad+materna+grave>

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [Internet] 2008 [citado 21 sept 2012] Disponible en: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>

Danani C. América Latina luego del mito del progreso neoliberal: las políticas sociales y el problema de la desigualdad. Ciencias Sociais Unisinos [Internet] 2008 [citado 09 jun 2013]. 44(1), 39-48. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93844104>

Da Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. Revista Panamericana de Salud Publica [Internet]. 2002 [citado 17 sept 2012]; 12 (6): 375-386. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a05v12n6.pdf>

Félix M, López E. Contradicciones, barreras y límites en la dinámica del capitalismo periférico posneoliberal desarrollista. En: Anuario EDI. Economía Argentina. La actualidad del modelo y sus perspectivas. Año 6 N°5. Buenos Aires : EDI; 2010.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 85 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Feres JC, Mancero X. El método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL, 2001 [citado 09 dic 2013]. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/6564/lcl1491e.pdf>

Fernández M, Guevel C, Krupizki H, Marconi É, Massa C. Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles: magnitud, desigualdades y causas [Internet] Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud; 2008 [citado 29 jul 2014]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/Omision%20de%20registro.pdf>

Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. [Editorial]. Salud Colectiva. 2011; 7 (3): 285-315.

Gigliani G. La política económica en la primera década del siglo. En: Anuario EDI. Economía Argentina. La actualidad del modelo y sus perspectivas. Año 6 N° 5. Buenos Aires: EDI; 2010.

Grassi E. Política, cultura y sociedad: la experiencia neoliberal en la Argentina. En: Lidenboim J, Danani C, coord. Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada. Buenos Aires: Biblos; 2003.

Harper S, King NB, Meersman SC, Reichman ME, Breen N, Lynch J. Juicios de valor implícitos en la medición de las desigualdades en salud. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 10 jun 2014]; 35 (4): 293-304. Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=729&lang=en

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Aquí se cuenta. Revista informativa del censo 2001 [Internet]. Buenos Aires: INDEC, sept 2003 (7) [citado 11 dic 2013]. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/webcenso/aquise cuenta/Aqui7.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. El estudio de la pobreza con datos censales: índice de privación material de hogares (IPMH). Algunos resultados desde la perspectiva de género [Internet]. Buenos Aires: INDEC, sept 2003 [citado 23 may 2014]. Disponible en: http://www.eclac.org/mujer/reuniones/pobreza_genero/SMario.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (a). Porcentaje de hogares y personas bajo la línea de pobreza e indigencia, para el total de aglomerados urbanos y regiones estadísticas, según la EPH continua, desde el primer semestre 2003 en adelante [Internet]. Buenos Aires:

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

INDEC, [citado 26 sept 2012]. Disponible en: http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/74/sh_pobrezaeindigenc.Xls

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (b). Tasas de desocupación y subocupación demandante y no demandante para el total de aglomerados urbanos, desde Mayo 1990 hasta mayo 2003, según la EPH puntual [Internet]. Buenos Aires: INDEC [citado 26 sept 2012]. Disponible en: <http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/4/grafempleo8.xls>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (c). Tasas de desocupación y subocupación: evolución trimestral en el total de los aglomerados desde el primer trimestre 2003 en adelante, según la EPH continua [Internet]. Buenos Aires: INDEC [citado 26 sept 2012]. Disponible en: http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/4/graf_evol_desocupysu.xls

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (d). Tasas de actividad y empleo: evolución trimestral en el total de los aglomerados desde el primer trimestre 2003 en adelante, según la EPH continua [Internet]. Buenos Aires: INDEC [citado 26 sept 2012]. Disponible en: http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/4/graf_evol_activyempl.Xls

Kawachi I, Subramanian SV, Almeida Filho N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology Community Health* [Internet]. 2002 [citado 17 sept 2012]; 56 (9): 647-652. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full.pdf+html>

Kliksberg B ¿Cómo enfrentar La pobreza y La desigualdad? Mitos, falacias y racionalizaciones sobre la pobreza y la desigualdad. Página/12 [Internet]. 30 oct 2011 [citado 18 sept 2012]. Sec. Biblioteca Bernardo Kliksberg. Disponible en: http://www.pagina12.com.ar/especiales/archivo/bernardo_kliksberg/005-KLIKSBERG.pdf

Kunst A, Mackenbach J. Measuring socioeconomic inequalities in health. Organización Mundial de la Salud; Oficina Regional de la OMS para Europa: Copenhagen; 1996.

Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico-Sociales [Internet] 1982 [citado 23 sept 2012]; 19: 1-11. Disponible en: <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n19a061.pdf>

Lidenboim J, Danani C. La escasez de lo que sobra: sobre la articulación entre políticas económicas y políticas sociales; 1º Congreso Nacional de Políticas Sociales [Internet] Quilmes (Buenos Aires) may 2002; [citado 14 sept 2012]. Disponible en: <http://www.ps.unq.edu.ar/ponencias/960.rtf>

Lidenboim J, Danani C, coordinadores. Entre El trabajo y La política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada. Buenos Aires: Biblos; 2003.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Loyola E, Castillo-Salgado C, Nájera-Aguilar P, Vidaurre M, Mujica O, Martínez-Piedra R. Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2002 [citado 30 jul 2012]; 12 (6): 415-428. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200007

Maydana E, Serral G, Borrell C. Desigualdades socioeconómicas y mortalidad infantil en Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet] 2009 [citado 23 may 2014]; 25 (5): 401-10. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n5/04.pdf>

Metzger X. La agregación de datos en la medición de desigualdades e inequidades en la salud de las poblaciones. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2002 [citado 25 sept 2012]; 12 (6) 445-453. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a12v12n6.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (a). Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Publicaciones. Indicadores Básicos [Internet]. Buenos Aires: DEIS [citado 14 sept 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/indicadores.htm>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (b). Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Definiciones y conceptos. [Internet]. Buenos Aires: DEIS [citado 05 sept 2013]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm#5>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (c). Guía para investigaciones en salud humana. Régimen de buena práctica clínica para estudios de farmacología clínica [Internet]. Buenos Aires: MSAL [citado 26 sept 2012]. Disponible en: http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/Guia_en_baja.pdf

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Morbi-mortalidad Materna y Mortalidad Infantil en la República Argentina. Estrategias para mejorar el desempeño de los sistemas de salud materno infantil [Internet]. Buenos Aires: MSAL, 2004 [citado 05 sept 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/morbimor.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes [Internet]. Buenos Aires: MSAL, 2010 [citado 21 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.unfpaargentina.com.ar/sitio/archivos/planreduccionmm.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Sala de Situación de Salud 2011 [Internet]. Buenos Aires: MSAL, 2011 [citado 26 sept 2012]. Disponible en: http://msal.gov.ar/html/site/sala_situacion/index.asp

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Estadísticas Vitales. Información Básica - Año 2011, Serie 5, N° 55 [Internet]. Buenos Aires: MSAL, 2012 [citado 26 ago 2013]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf>

Ministério da Saúde Brasil. Saúde Brasil 2006: Uma análise da desigualdade em saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 18 sept 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/40207856/UMA-ANALISE-DA-DESIGUALDADE-EM-SAUDE>

Morelos J. El comportamiento de la mortalidad infantil en las áreas metropolitanas de las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey 1990. Papeles de población. Universidad Autónoma del Estado de México [Internet] 2001 [citado 23 may 2014]; 27 (7): 169-205. Disponible en: <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=112>

Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. Um proposta de monitoramento. Organización Panamericana de la Salud. Brasília, OPAS/OMS, 2001. [Internet] [citado 25 febr 2013]. Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medindo_desigual.pdf

Oakes M, Kaufman J. Methods in Social Epidemiology. San Francisco (Estados Unidos): Jossey-Bass; 2006.

Organización Panamericana de La Salud. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico OPS [Internet]. 2001 [citado 24 sept 2012]; 22 (4): 1-5. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/eb_v22n4.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Reseña de la revista de desigualdades en salud. Boletín Epidemiológico OPS [Internet]. 2004 [citado 17 sept 2012]; 25 (4): 9-11. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n4-desigual_salud.htm

Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Volumen I regional. Publicación Científica y Técnica N° 622 [Internet]. Washington DC: OPS; 2007 [citado 18 sept 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Front%20Matter.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. OPS y UNICEF acuerdan colaboración para mejorar la salud de la población en América Latina y el Caribe. OPS/OMS-UNICEF [Internet]. 26 jun 2013 [citado 15 dic 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8824%3Aapaho-unicef-join-forces-to-improve-the-health-of-the-people-in-latin-america-and-the-caribbean&catid=1443%3Anews-front-page-items&lang=es

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Ortiz I, Cummins M. Desigualdad global: La distribución del ingreso en 141 países. Documento de trabajo sobre política económica y social. Nueva York: Unicef [Internet] 2012 [citado 11 dic. 2013]. Disponible en: http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Desigualdad_Global.pdf

Peralta Ramos M. La economía política Argentina: poder y clases sociales (1930-2006). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe Argentina País 2012. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. [Internet]. 2012 [citado 19 oct 2013]. Disponible en: <http://www.politicassociales.gov.ar/odm/PDF/IP2012.pdf>

Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer RC, Insua IV, del Río Fortuna CA. Para que cada muerte materna importe [Internet] Centros de Estudios de Estado y Sociedad CEDES, Ministerio de Salud de la Nación, 2004 [citado 09 dic 2013] Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/libros/2004/libroMM.pdf>

Reidpath DD, Allotey P. Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology Community Health* 2003; 57:344–346

Regidor E. Measures of health inequalities: part 1 and 2. *Journal of Epidemiology Community Health*. [Internet]. 2004 [citado 11 febr 2013]; 58 (10) 858-861; 900-903. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/58/10/858.full.pdf+html>

Salvia A, Tissera S, Bustos JM, Sciarrotta F, Persia J, Herrera Gallo G, Cillis N, García Allegre V. Reformas laborales y precarización del trabajo asalariado (Argentina 1990-2000) [Internet] Equipo Cambio Estructural y Desigualdad Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires; 2000 [citado 30 jul 2012]. Disponible en: <http://www.econ.uba.ar/www/institutos/economia/Ceped/publicaciones/cuadernosceped/Cuad%204/6%20Equipo.PDF>

Sandoval-Vargas YG, Eslava-Schmalbach JH. Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años (2000-2001), (2005-2006) y (2008-2009). *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 23 may 2014];15 (4) 577-588. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n4/v15n4a04.pdf>

Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica O, Vidaurre M, Roca A. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 90 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

[Internet]. 2002 [citado 30 jul 2012]; 12 (6): 398-415. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892002001200002&script=sci_arttext

Serruya SJ. A morte Materna no Brasil: Razão e sensibilidade. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [internet]. 2012 [citado 12 dic .2013]; 34 (12) 531-535. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001200001&lng=en&nrm=iso. ISSN 0100 hasta

7.203. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012001200001>

Silva Paim J, Da Silva LMV, Costa MCN, Prata PR, Lessa I. Desigualdades na situação de saúde do município de Salvador e relações com as condições de vida. Revista de Ciências Médicas e Biológicas [Internet]. 2003 [citado 19 sept 2012]; 2 (1): 30-39 Disponible en: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4163/3038>

Szklo M, Nieto J. Epidemiología intermedia: conceptos y aplicaciones. Madrid (España): Ediciones Díaz de Santos; 2003

Spinelli H, Alarzaqui M, Calvelo L, Arakaki J. Mortalidad infantil, un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos Aires en 1998. Publicación N° 51 [Internet]. Buenos Aires: OPS; 2000 [citado 20 sept 2012]. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub51.pdf

Spinelli H, Urquía M, Bargalló L, Alarzaqui M. Equidad en Salud: teoría y praxis. En: Spinelli H, compilador. Salud colectiva. Cultura, Instituciones, Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

Spinelli H. Condiciones de salud y desigualdades sociales: historia de iguales, desiguales y distintos [Internet]. 2005 [citado 17 sept 2012]; Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/departamentos/desaco/carreras/maestrias/epidemiologia/archivos/publicaciones/violencia/Spinelliigualesdesigualesydistintos.pdf>

Vitora C, Barros F, Vaughan JP. Epidemiología de la desigualdad. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992.

Weller J. Reformas económicas y situación del empleo en América Latina. En: Lidenboim J, Danani C, coord. Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada. Buenos Aires: Biblos; 2003.

Whitehead M, Dahlgren G. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población. Parte 1. Organización Mundial de la Salud; Oficina Regional de la OMS para Europa [Internet]; 2006 [citado 10 sept 2012]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y->

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

[atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Desigualdades%20sociales%20Europa%201.pdf](#)

Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services* [Internet]. 1992 [citado 17 sept 2012]; 22 (3): 429-445. Disponible en: [salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf](#)

Xunta de Galicia. Consellería de Sanidades. Epidat 4: Ayuda de medición de desigualdades en salud. [Internet]. Xunta de Galicia- OPS; 2011 [citado 18 oct 2013]. Disponible en:

[http://www.sergas.es/gal/documentacionTecnica/docs/SaudePublica/Apli/Epidat4/Ayuda/Medici%C3%B3n%20de%20desigualdades%20en%20salud.pdf](#)

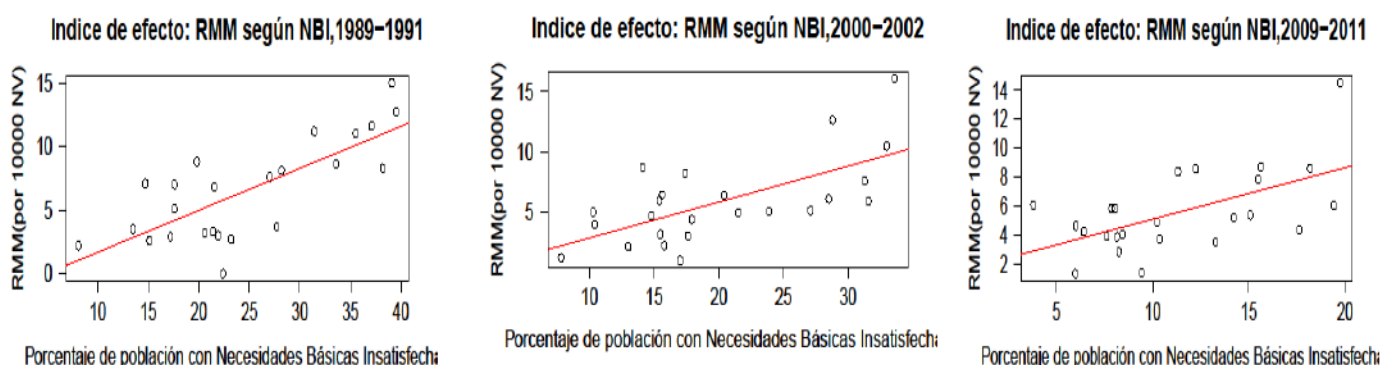
Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

ANEXOS

ANEXO A - Figura 15: Índices basados en el concepto de regresión para la Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto.....	93
--	-----------

ANEXO A

Figura 15: Índices basados en el concepto de regresión para la Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto



	RMM 1989-1991	RMM 2000-2002	RMM 2009-2011
Índice de efecto (IC)	0.33 (0.204-0.455)	0.298 (0.146-0.449)	0.355 (0.135- 0.575)
R ²	0.5736	0.429	0.3369
R ² ajustado	0.5542	0.403	0.3067
r (IC)	0.76 (0.51-0.89)	0.65 (0.34-0.84)	0.58 (0.23-0.79)

Fuente: elaboración propia

r = coeficiente de correlación lineal de Pearson

R²= coeficiente de determinación

IC= Intervalo de Confianza del 95%

RMM= Razón de Mortalidad Materna



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
10ª COHORTE (2007-2009)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

TENDENCIA DE LA DESIGUALDAD EN LA SITUACIÓN DE SALUD MATERNO
INFANTIL DE ARGENTINA DURANTE EL PERÍODO 1990-2010

AUTORA

María Jimena Marro

Médica

DIRECTORA DE TESIS

Mgr. Gisel Fattore

Médica

FECHA DE DEFENSA

17/11/2014

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

10ª COHORTE (2007-2009)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

TENDENCIA DE LA DESIGUALDAD EN LA SITUACIÓN DE SALUD MATERNO
INFANTIL DE ARGENTINA DURANTE EL PERÍODO 1990-2010

MAESTRANDA

María Jimena Marro

Médica

DIRECTORA DE TESIS

Mgr. Gisel Fattore

Médica

JURADOS

Mgr. Cristina Massa
Bioq. Juan Carlos Bossio
Lic. Carlos Guevel

FECHA DE DEFENSA

17/11/2014

NOTA OBTENIDA: 8 puntos

A mis padres, Aurora y Juan...de quienes aprendí
la pasión por la salud colectiva

AGRADECIMIENTOS

A la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón por haberme autorizado viajar para el cursado de la maestría mientras presté mis servicios allí. A los profesionales del Centro de Salud Ameghino, por tanta tarea compartida; a los del Instituto Nacional de Epidemiología, por su apoyo en las etapas finales de la investigación.

A los docentes y compañeros de la décima cohorte, por haber incentivado el ejercicio de un pensamiento crítico en salud.

A Gisel, por sus valiosos aportes a esta construcción y su seguimiento riguroso y cercano, sin el cual este trabajo no hubiera podido concretarse.

A mis hermanos: Guillermo; Martín; Milena y Katia, por su amor, su compañía a la distancia y la motivación constante.

A mi hijo Juan Vicente, quien cedió algunas horas de mi tiempo con él para sumarlas a esta producción.

A Christian, por hacer que la vida sea más linda.

A Gabi, compañera de luchas incansables.

A Andrea, por haberme enseñado mis primeros pasos en el manejo de más de un software y por el sostén afectivo. A Alicia, por el estímulo en la recta final. A Nené, por sus enormes contribuciones en las últimas correcciones.

A Marcela y Nicolás, por el acompañamiento durante este largo camino de producción de la tesis.

La desigualdad separa a cada uno de los otros en las escuelas, los vecindarios, en el trabajo, en los aviones, en los hospitales, en lo que comemos, en la condición de nuestros cuerpos, en lo que pensamos, en el futuro de nuestros chicos, en cómo fallecemos...la desigualdad mina la democracia (Packer 2011, apud Kliksberg, 2011).

RESUMEN

Argentina experimentó importantes cambios en su situación económica, política y social en las últimas dos décadas: deterioro en los años noventa, y crecimiento económico con mejoría en varios indicadores luego del 2002. El objetivo fue describir la tendencia de la desigualdad en la situación de salud maternoinfantil de Argentina durante el período 1990-2010. Diseño ecológico con nivel de agregación provincial; indicadores: Tasa de Mortalidad Infantil; Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años y Razón de Mortalidad Materna. Proxi de situación socioeconómica: porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas. Cortes temporales: 1990; 2000 y 2010, contruidos a partir de trienios: 1989-1990-1991; 2000- 2001-2002 y 2009-2010-2011 respectivamente. Medidas de desigualdad: razón de tasas; diferencia de tasas; riesgo atribuible poblacional absoluto y porcentual; coeficiente de Gini/curva de Lorenz e índice de efecto. Software: Excel; Epidat, R. Los indicadores relacionados con la salud infantil mostraron una tendencia favorable a lo largo de las dos décadas; con disminución de la desigualdad a expensas fundamentalmente del período 2000-2010. Respecto de la mortalidad materna, si bien la desigualdad mostró una tendencia levemente favorable, persisten provincias con una razón de mortalidad materna igual o mayor que la que presentaban al inicio de la fase. Es nítida la situación de desventaja en la que se encuentran provincias del noreste y noroeste argentino. Se propone el fortalecimiento de programas de salud maternoinfantil con especial atención a las provincias en situación de desventaja, y la implementación de políticas económicas y sociales orientadas a la reducción de la brecha social y de salud.

PALABRAS CLAVES

Desigualdades en la salud; inequidad social; mortalidad infantil; mortalidad materna; Argentina

ABSTRACT

Argentina experienced significant changes in its economic, political and social reality in the last two decades: deterioration in the nineties and economic growth with improvement in several indicators after 2002. The objective was to describe the trend of inequality in Argentine maternal infant health during the 1990-2010 period. Ecological design with provincial aggregation; indicators: Infant Mortality Rate, Under 5 Mortality Rate and Maternal Mortality Ratio. Proxy for socioeconomic status: Unsatisfied Basic Needs percent. Temporary cuts: 1990; 2000 and 2010, constructed from 1989-1990-1991; 2000-2001-2002 and 2009-2010-2011 trienniums, respectively. Inequality measures: rate ratio; rate difference; population attributable risk (absolute and relative); Gini coefficient/Lorenz curve and effect index. Software: Excel; Epidat; R. The child health-related indicators showed a favorable trend during two decades, a reduction in the gap between them mainly for the 2000-2010 period was recorded. Regarding maternal mortality, although inequality showed a slightly positive trend, there are still provinces with maternal mortality rates equal to or greater than those at the beginning of the phase. The disadvantageous scenario found in the Argentine North Eastern and North Western provinces is clear. Strengthening of maternal infant health programs with special attention to disadvantaged provinces is proposed, as well as the implementation of economic and social policies aimed at reducing the social and health gaps.

KEY WORDS

Health inequalities; social inequity; infant mortality; maternal mortality; Argentina

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	15
1.1 Propósito:	16
1.2 Problema:	16
1.3 Preguntas:	17
1.4 Hipótesis:	17
1.5 Objetivo General	18
1.6 Objetivos específicos	18
2. ESTADO DEL ARTE	20
3. MARCO TEÓRICO	23
3.1 Algunas definiciones	23
3.2 Un poco de historia	26
3.3 Contexto en América Latina	28
3.4 Contexto: Argentina	31
3.5 Aproximaciones a las causas de las desigualdades	36
3.6 Marco teórico metodológico	39
4. MATERIAL Y MÉTODOS	45
4.1 Diseño	45
4.2 Población y Unidad de Análisis	45
4.3 Fuentes de datos	45
4.4 Variables. Indicadores	47
4.5 Estrategia de análisis	50
4.6 Consideraciones éticas	52
5. RESULTADOS	53
5.1 Análisis descriptivo	53
5.2 Análisis de desigualdades	63
5.2.1 Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)	63
5.2.2 Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años (TMM5a)	65
5.2.3 Razón de Mortalidad Materna (RMM)	67
5.2.4 Índice de Gini para TMI; TMM5a y RMM	69

6. DISCUSIÓN.....	72
6.1 Limitaciones.....	77
6.2 Fortalezas.....	78
7. CONCLUSIONES.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXO A.....	92

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Coeficiente de Gini. Desigualdad en el ingreso entre regiones, para América Latina y el Caribe, otras regiones y grupo de países, 1990 y 2000 y proyecciones para 2015.....	30
Figura 2. Tasas de desocupación y subocupación demandante y no demandante para el total de aglomerados urbanos, Argentina, desde Mayo 1990 hasta mayo 2003.....	33
Figura 3. Evolución trimestral de las tasas de desocupación y subocupación en el total de los aglomerados urbanos, Argentina, desde el 1° trimestre 2003 en adelante.....	35
Figura 4. Evolución trimestral de las tasas de actividad y empleo en el total de aglomerados, Argentina, desde el 1° trimestre 2003 en adelante.. ..	36
Figura 5: Distribución de la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 nacidos vivos) en Argentina por trienios: 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	53
Figura 6: Distribución de la Tasa de Mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) en Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	55
Figura 7: Distribución de la Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos) en Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	58
Figura 8: Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas según provincias argentinas, años 1991; 2001 y 2010.....	62
Figura 9: Distribución del porcentaje de viviendas con Necesidades Básicas Insatisfechas en Argentina, años 1991; 2001 y 2010.....	62
Figura 10: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz.....	65
Figura 11: Índices basados en el concepto de regresión para la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto.....	67
Figura 12: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz.....	69
Figura 13: Índices basados en el concepto de regresión para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto.....	70

Figura 14: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz.....	71
Figura 15: Índices basados en el concepto de regresión para la Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto.....	93

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1: Fuentes de datos para los indicadores seleccionados en la investigación.....	46
Cuadro 2. Matriz de datos de la investigación.....	51

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.....	54
Tabla 2: Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.....	56
Tabla 3: Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.....	59
Tabla 4: Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas por provincias argentinas, años 1991; 2001 y 2010. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.....	61
Tabla 5: Índices basados en rangos para Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	64
Tabla 6: Índices basados en rangos para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	66
Tabla 7: Índices basados en rangos para Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.....	68

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AL: América Latina
CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CEPAL: Comisión Económica para América Latina
CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
CMI: Coeficiente de Mortalidad Infantil
CNDSS: Comisión Nacional de Determinantes Sociales de la Salud
DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
DT: Diferencia de Tasas
FMI: Fondo Monetario Internacional
IDP: Índice de Desigualdad de la Pendiente
INB: Ingreso Nacional Bruto
INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
IRD: Índice Relativo de Desigualdad
MI: Mortalidad Infantil
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
NV: Nacidos Vivos
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PBI: Producto Bruto Interno
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PSE: Proceso de Salud-Enfermedad
PSEA: Proceso de Salud-Enfermedad-Atención
RAP%: Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual
RT: Razón de Tasas
RMM: Razón de Mortalidad Materna
TMI: Tasa de Mortalidad Infantil
VP: Variación Porcentual

1. INTRODUCCIÓN

Nuestro país ha experimentado importantes cambios en su situación económica, política y social en las últimas décadas; dichos avatares han repercutido sobre las condiciones de vida y la situación de salud de la población. Haciendo referencia a la última década del siglo pasado y la primera del actual, podemos hablar de un gran deterioro en los años noventa, y de una mejoría en varios aspectos ligados a ellas en los primeros años del siglo corriente.

Sin desconocer lo positivo de los avances en torno del crecimiento económico en la Argentina contemporánea, uno de los interrogantes que surgen es si se ha avanzado en términos de reducción de desigualdades al interior del país. Dado que el crecimiento económico no es sinónimo de reducción de la brecha entre ricos y pobres, resulta pertinente incorporar la dimensión de desigualdades a la lectura que realizamos sobre la situación de salud en el país.

Entendemos por desigualdades a las diferenciaciones dimensionales o variaciones cuantitativas en poblaciones, las cuales pueden ser expresadas por indicadores epidemiológicos como evidencia empírica de diferencias (Almeida Filho, 2009).

Por otro lado, la salud materno infantil constituye un escenario donde las desigualdades en las condiciones materiales de existencia se manifiestan sensiblemente, generando brechas en los indicadores de muerte infantil y materna entre diferentes espacios geográficos. El eje materno infantil ha sido objeto, en repetidas oportunidades, de políticas públicas que demuestran la preocupación de los países y los organismos internacionales por mejorar la situación de este área; su inclusión en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es demostrativo de ello (CLAP, 2012; PNUD, 2012; OPS 2013; Ministerio de Salud Argentina 2004; Ministerio de Salud Argentina 2010; Ramos et al., 2004; Serruya, 2012).

En la línea de lo que venimos planteando nos preguntamos: ¿por qué es necesario evaluar las desigualdades? Hay varias cuestiones que justifican una aproximación a su medición, entre ellas: se han descripto diferencias en las condiciones de salud entre zonas geográficas de un mismo país; los grupos menos favorecidos tienen una menor esperanza de vida y mueren a edades más tempranas que los más favorecidos; hay grandes diferencias en la “experiencia de enfermedad”, es decir, aquellos que viven en peor situación socioeconómica sufren mayor carga de enfermedad y experimentan más temprano el comienzo de enfermedades crónicas y de discapacidades (Bacallao et al, 2002).

Lo valioso de los análisis de desigualdades es que ellos ponen en relieve diferencias que no se visualizan con los métodos tradicionales de análisis de indicadores de salud/enfermedad

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

(Alleyne et al, 2002). La medición de desigualdades en salud constituye el primer paso para que las políticas puedan orientar su accionar en pos de una reducción de la brecha (Kunst & Mackenbach, 1996; Schneider et al, 2002).

La intención del presente trabajo es aportar a la construcción del conocimiento sobre la tendencia de las desigualdades en la salud materno infantil en la Argentina contemporánea, desde una perspectiva de una epidemiología ligada a la gestión; es decir, con aspiraciones de convertirse en soporte útil para la acción transformadora. Otro de los objetivos es revalorizar el uso de datos secundarios disponibles en los sistemas de información del país; trabajar con ellos aplicando el arsenal metodológico disponible para el estudio de desigualdades; ampliar las posibilidades de proyectar escenarios futuros a partir del análisis de la tendencia de desigualdad.

1.1 Propósito:

Contribuir con información epidemiológica pertinente al estudio de las desigualdades en la situación de salud materno infantil de la República Argentina contemporánea para la gestión de políticas que tiendan a abordarlas.

1.2 Problema:

El perfil de salud-enfermedad de un grupo se deriva de sus condiciones objetivas de existencia (Castellanos, 1989); esta relación entre condiciones de vida y situación de salud de las poblaciones ha sido extensamente demostrada por numerosos estudios y para diferentes continentes: los grupos con peores condiciones socioeconómicas son quienes se encuentran en mayor desventaja en cuanto a su perfil de morbilidad y acceso a servicios de salud de calidad (Whitehead, 1992; Alazraqui et al 2007; Vitora, Barros F & Vaughan, 1992; Whitehead & Dahlgren 2006; Schneider et al 2002). Esta cuestión es aún más evidente aún para la mortalidad infantil y materna, representativos de la situación de salud materno infantil de una población, dada su estrecha determinación por el contexto socioeconómico y sanitario de un país.

En las últimas dos décadas Argentina ha experimentado importantes cambios en su contexto socioeconómico y político (Salvia et al 2000; Acuña et al 2002; Lidenboim & Danani 2002; Peralta Ramos, 2007); estas modificaciones han repercutido de modo diferencial en las

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

condiciones de vida de los grupos poblacionales en el país y, por lo tanto, en su situación de salud materno infantil.

Desde hace unos años diferentes informes técnicos e investigaciones en América Latina vienen llamando la atención para el hecho de que se ha producido una mejoría global del perfil de morbilidad y de la situación de salud en general de las poblaciones; sin embargo, dicho avance se ha producido de modo desigual a nivel subnacional (Loyola et al. 2002; Schneider et al 2002; Celton & Ribotta 2004).

Entonces cabe preguntarnos: ¿cuál es la tendencia de la situación de salud materno infantil en la Argentina en el período?, ¿ella es homogénea al interior del país?

El hecho de incorporar la dimensión de desigualdades a la descripción del devenir del perfil de salud de las poblaciones permitiría inicialmente constituirse en un aporte para la problematización del tema en la Argentina, reflexionar si los avances experimentados por el país en términos socioeconómicos y políticos han repercutido de modo similar para sus diferentes provincias, e identificar aquellas que se hallan en mayor desventaja y requieren, por lo tanto, intervenciones tendientes a mejorar su situación.

1.3 Preguntas:

¿Cuál es la tendencia de las condiciones de salud materna infantil, medida a partir de indicadores de mortalidad, en ese período?

¿Existen diferencias entre las provincias?

¿Cuál fue el devenir de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de la Argentina en las últimas dos décadas?

¿La tendencia en la situación de salud es diferente según las condiciones socioeconómicas de las provincias?

1.4 Hipótesis:

Compartimos en el presente trabajo el siguiente posicionamiento, demostrado en el famoso estudio de cohorte iniciado en Pelotas, Brasil, en el año 1982 (Vitora, Barros F & Vaughan, 1992): “la manera en que la sociedad está estructurada produce inevitablemente la enfermedad y la muerte...” (p. 179).

Si bien se ha registrado una tendencia a la mejoría global de la situación de salud de la Argentina en las últimas décadas, ésta se ha producido de modo desigual para diferentes

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

grupos poblacionales. Tanto el Ministerio de Salud de la República Argentina, a través de los análisis de situación de salud por regiones del país (2011), como diferentes grupos de investigación vienen incorporando la dimensión de desigualdades en salud en distintos niveles de análisis.

Siguiendo a Lidenboim & Danani (2002), si pensamos en un diagnóstico de la situación argentina a principios del siglo actual, sobre todo a partir de los noventa y el auge del neoliberalismo, podemos mencionar: políticas laborales que inducen precarización; políticas económicas que establecen mecanismos de transferencia de ingresos desde los sectores del trabajo a los más concentrados de la economía; políticas sociales que desatienden los principios protectores y garantistas. Este conjunto de políticas ha traído aparejado un deterioro de las condiciones de vida de los individuos y grupos poblacionales, y una consolidación de la desigualdad.

Luego de la crisis que experimentó Argentina en 2001, sobrevino un período de importante crecimiento económico y recuperación paulatina de varios indicadores socioeconómicos (Castillo, 2007; Anino & Mercatante, 2010; Gigliani, 2010; INDEC, a-c). Sin embargo, el crecimiento económico resulta insuficiente por sí mismo como corrector de desigualdades (Weller, 2003; Peralta Ramos, 2007; OPS, 2007; Ortiz & Cummins, 2012).

Dado el contexto socioeconómico del país descrito para el período 1990-2010, la hipótesis de trabajo es que la brecha de desigualdad en los indicadores de salud materno infantil tiende a disminuir a lo largo del período, con aumento al final de la primera década y disminución luego de la segunda.

1.5 Objetivo General

Describir la desigualdad en la situación de salud materno infantil a partir del análisis de indicadores de mortalidad y socioeconómicos para la República Argentina durante el período 1990-2010.

1.6 Objetivos específicos

- Describir la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina para los años 1990; 2000 y 2010, a partir de indicadores de mortalidad.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

- Analizar la relación entre indicadores de mortalidad e indicadores socioeconómicos de las provincias para los años 1990; 2000 y 2010
- Identificar aquellas provincias que se hallan en situación de mayor desventaja en relación a la situación de salud materno infantil.

2. ESTADO DEL ARTE

Haremos referencia a algunos trabajos que han tomado diferentes aspectos del estado de salud de la población argentina desde la perspectiva de las desigualdades; la mayoría de estas producciones relacionan distintos aspectos del proceso salud/enfermedad/atención (PSEA) de un grupo con otros ligados a las condiciones socioeconómicas. La mortalidad infantil (MI) tradicionalmente ha representado un indicador sensible de la situación de salud de una comunidad y ha sido uno de los tópicos más estudiados.

Celton & Ribotta (2004) observaron el comportamiento de la MI en las regiones del país en la segunda mitad del siglo pasado; en el contexto del descenso de la tasa de MI como indicador global, subrayan el hecho de que las mayores desigualdades regionales ocurren a propósito de la reducción de la mortalidad pos neonatal (habitualmente relacionada con causas exógenas) y que el descenso de la mortalidad neonatal muestra un comportamiento semejante sólo al final del período en estudio.

Otro estudio de gran envergadura fue el llevado a cabo por Spinelli y colaboradores (2000) que fue objeto de la publicación científica N° 51 de la OPS. Allí, entre otros ítems, el grupo estudió el comportamiento de la MI en los partidos de la provincia de Buenos Aires para el año 1998. Analizando los componentes de la misma, encontraron fuertes diferenciales de reducibilidad según la precariedad de las condiciones de vida de los partidos de la provincia (mayor porcentaje de defunciones reducibles donde prevalecen condiciones precarias).

Nuevamente en referencia a la MI, Buchbinder (2008) analizó la tendencia temporal de la MI entre dos períodos (1995-97 y 2003-05), y su relación con un indicador de pobreza. Mismo en un contexto global de descenso de los valores de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), el estudio permitió evidenciar la desigualdad ante la muerte infantil y sus componentes según nivel de pobreza, entre los períodos bajo observación.

Alazraqui y colaboradores (2007) desarrollaron una investigación en el municipio de Lanús, durante el período 1995-2002, que intentó establecer una relación entre ciertos indicadores sociales y de salud. Como indicadores de salud tuvieron en cuenta: cobertura de vacunación de niños al ingreso escolar; tasas de embarazo en adolescentes y tasa de mortalidad por tumores de mama en mujeres mayores de 40 años. El análisis contribuyó a la producción de conocimiento local desde la perspectiva de las desigualdades sociales; encontró mejor cobertura de vacunación; menor tasa de embarazo adolescente y mayor mortalidad por tumores de mama en estratos con mejores condiciones socioeconómicas.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

En la línea de producción de conocimiento sobre desigualdades en salud en el nivel local, Alazraqui & Spinelli (2008) organizaron con formato de libro una serie de producciones que tomaron en cuenta diferentes elementos del PSEA en el Municipio de Lanús. Los aspectos estudiados fueron: la mortalidad por cáncer; la mortalidad por violencias; el embarazo adolescente; desigualdades en el acceso y calidad de los medicamentos, a través de los cuales fueron evidenciadas las desigualdades en salud y las desigualdades sociales. Uno de los trabajos abordó la mortalidad por cáncer y desigualdades, observó la tendencia de mortalidad para diferentes tipos de cáncer y la distribución de las defunciones por cáncer de cuello uterino con relación a la razón de viviendas tipo B/A por radio censal (descriptor aproximado de la situación socioeconómica); se registró mayor concentración de casos en áreas de mayor densidad de viviendas precarias.

La sala virtual de situación del Ministerio de Salud de la República Argentina (2011) presentó, para el año 2008, un análisis de situación de salud por regiones del país. En cada una de ellas, incluye un capítulo sobre desigualdades en salud; a los fines de dicho análisis, tomaron una serie de indicadores a los cuales les aplicaron medidas de desigualdad: mortalidad infantil; mortalidad materna; tasa de notificación de tuberculosis (TBC); cobertura de BCG a los siete días de nacimiento.

Tomando como ejemplo la región centro del país, algunos de los resultados obtenidos para los años 2005-2006 fueron: el 40% de las muertes de menores de un año se produjeron en el 30% de los nacidos vivos (NV) de la región; el 40% de las muertes maternas ocurrieron en menos del 20% de los NV. En los nacimientos acontecidos en los partidos pertenecientes a los quintiles con peores niveles de necesidades básicas insatisfechas (NBI), se acumularon más del 40% de las muertes infantiles y maternas; a su vez, el riesgo de morir en el primer año de vida en los departamentos con peores condiciones fue un 50% mayor que en los menos pobres.

Cabe destacar que en términos generales y con muy pocas excepciones, estas tendencias observadas para todas las regiones estuvieron en la misma dirección que las registradas a nivel país para el mismo período, mostrando que ellas se reproducen al interior del país, acentuándose en algunos casos inclusive.

En relación a la mortalidad materna (MM) se llevó a cabo en un estudio exhaustivo en nuestro país, que permitió investigar el problema desde diferentes ópticas disciplinares y metodológicas, así como reconocer provincias en situación de desventaja e identificar los determinantes alrededor de la MM (Ramos et al., 2004). Para el año 2002, aún persistían

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

niveles de desigualdad importantes entre provincias, respecto del valor de la razón de mortalidad materna (RMM).

El documento sobre ODM para Argentina muestra que la MM mantuvo un comportamiento relativamente estable en el período 1990-2010, con aumento de la desigualdad entre provincias durante la primera década, y leve disminución en la segunda; concluye que la MM representa un problema de salud pública de enorme relevancia para nuestro país (PNUD, 2012).

Respecto de la evolución de la brecha social en nuestro país, algunos autores como Mónica Peralta Ramos (2007) subrayan el hecho de que la polarización social no necesariamente se reduce en épocas de expansión económica, y que, para el momento en que culmina su análisis (año 2006), si bien se había registrado una leve mejora en la distribución del ingreso, la desigualdad social persistía en niveles muy altos. La autora llama la atención para el hecho de que la estructura productiva del país había permanecido inalterada, y eso, en parte, contribuye para el mantenimiento de índices elevados de pobreza y desigualdad social.

Un informe del PNUD (Ortiz & Cummins, 2012) revela que Argentina mostró un aumento de la brecha de ingresos, medida a partir del índice de Gini, desde 1990 a 2000, y una reducción entre 2000 y 2008; a su vez, se encuentra dentro de los países de América Latina que más han reducido la desigualdad durante el período 2000-2008.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Algunas definiciones

El gran auge del tema de las desigualdades sociales ha ido acompañado de una notoria polisemia y confusión en relación a dicho término, evidenciable en la amplia producción bibliográfica disponible en todo el mundo. Esta inconsistencia terminológica se ha presentado frecuentemente, según Almeida Filho (2009), de la mano de una pobreza teórica, en el sentido de que no se suelen explicitar las teorías sociales y políticas para comprender las diferencias en el estado de salud de las poblaciones.

Los términos “desigualdades”; “inequidades”; “iniquidades”; “disparidades”, han sido utilizados en algunas ocasiones de manera indistinta e inconsistente.

Dado que la definición de conceptos constituye un proceso epistemológico fundamental en la construcción de un trabajo científico (Almeida Filho, 1999), es preciso repasar el origen de algunos de los términos, fundamentalmente en relación al surgimiento del concepto de equidad, y luego sentar postura sobre las definiciones con las que se va a trabajar.

Margaret Whitehead elaboró un documento de consultoría para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1990; el texto resume los principales aspectos teóricos del debate europeo en torno al tema de la equidad, por lo cual se convirtió en la principal referencia conceptual sobre dicho tópico en la literatura internacional (Almeida Filho, 2009). Allí, la autora sostiene que “equidad en salud implica que idealmente todos deberían tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debería estar en desventaja de alcanzarlo, si ello se puede evitar” (Whitehead, 1992, p. 7). Whitehead define equidad refiriéndose a dos antónimos: desigualdad e inequidad. Para ella, desigualdad implica “las principales diferencias sistemáticas y evitables, entre los miembros de una población dada” (p. 5). Inequidad se refiere a “diferencias y variaciones que son no sólo innecesarias y evitables, sino también desleales e injustas” (p.5). Aparece la noción de justicia íntimamente ligada a la de equidad.

Una de las dificultades que acarrea el uso del concepto de equidad, es que el mismo fue desarrollado en países centrales, como efecto compensador de la salida de políticas universalistas, en modelos de estado benefactor (Spinelli, 2005). En muchas ocasiones se ha extrapolado el concepto de manera acrítica; por lo tanto la noción de equidad debiera ser problematizada y contextualizada a nuestra realidad si se eligiese trabajar con ella.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

La cuestión terminológica no es menor ya que las diferencias, en relación a si se utiliza un término o el otro, se dan no sólo en el plano teórico conceptual sino en el de las políticas; las definiciones articulan formas diferentes de mirar las políticas estatales y los comportamientos sociales. En este sentido, Claudia Danani (2008) llama la atención para el hecho de que, en el curso de las últimas décadas del siglo pasado de predominio neoliberal, la igualdad ha sido sustituida por objetivos como la equidad; en tanto la desigualdad lo ha sido por preocupaciones como pobreza, indigencia, exclusión. El concepto de igualdad sienta el problema en el plano de los valores, mientras que el de equidad lo hace en el de los recursos procedimentales.

Spinelli (2005) trae además la cuestión de los excluidos, refiriéndose a aquellos que no pertenecen, están fuera del estado ya que se les niega su condición de ciudadanos. En sociedades como las nuestras, con gran cantidad de excluidos, el autor plantea que sería incorrecto pensar en políticas de equidad ya que los excluidos no presentan una desigualdad injusta sino que son distintos, categoría que aparece entonces ligada al problema de la inclusión. Por lo tanto habría en primer lugar un problema de inclusión, de identidad, y luego de inequidad.

El tópico de las desigualdades en salud ha sido motivo de vasta preocupación también para los organismos internacionales. En el año 2002 se editó un número especial de la revista panamericana de salud pública, dedicado a diferentes aspectos del tema. Dos años después, en ocasión de una reseña sobre dicha revista, las desigualdades en salud fueron definidas como “una dimensión fácilmente medible del concepto de equidad, y que ha permitido una aproximación a las inequidades en salud de una sociedad” (OPS, 2004, p.10). Son además entendidas como “un término genérico que involucra diferencias, variaciones y disparidades en los logros en salud de individuos y grupos poblacionales, que no implica asumir un juicio de valor moral/ético de estas diferencias [...]” (p. 10).

Quizás esto último constituya una de las principales razones por las cuales los estudios epidemiológicos utilicen con más facilidad la categoría desigualdades. ¿Qué sentido tendría entonces la distinción entre desigualdades e inequidades? De alguna manera, la identificación de inequidades en salud lleva consigo un juicio normativo sobre las propias teorías de justicia; de sociedad; y las razones asociadas a la génesis de las mismas. De todos modos, la mayoría de las desigualdades en salud entre grupos sociales son injustas porque ellas reflejan una distribución injusta de los determinantes sociales de la salud subyacentes, por ejemplo: acceso a oportunidades educacionales; trabajo seguro; cuidado de la salud (Kawachi, Subramanian &

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Almeida Filho, 2002), por lo que la elección de trabajar con el término desigualdades no debería estar desligada de una referencia a la génesis de las mismas.

Algunos autores han desplegado el concepto de desigualdades naturales y desigualdades sociales; las primeras referidas como diferencias entre individuos, como el sexo, o edad; las segundas, consecuencia de la estructura de la sociedad donde se insertan, se originarían en la ocupación de diferentes posiciones respecto a la organización social del proceso de producción y al acceso a bienes (Silva & Barros, 2002).

Por otro lado, suele realizarse la distinción entre desigualdades en salud, en referencia a los diferenciales en la distribución de la salud entre grupos sociales, y desigualdades sociales en salud, en relación a diferencias en salud entre grupos de personas caracterizadas previamente según su condición socioeconómica (Schneider et al., 2002).

Jaime Breilh (2009), referente de la epidemiología crítica latinoamericana, realizó importantes aportes conceptuales al tema de las desigualdades desde la perspectiva de la determinación social de la salud. En sus teorizaciones, la categoría de poder resulta central en la génesis de inequidades: “las sociedades inequitativas son aquellas donde existe un proceso de desigual distribución del poder” (p. 215). Para el autor, la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y el acceso sino al proceso intrínseco que la genera, ella se refiere al modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales, al proceso que facilita la concentración de poder. Él define la desigualdad como:

[...]la expresión observable, típica y grupal de la inequidad[...]expresa un contraste, de una característica o medida, producida por la inequidad[...]es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos...es una injusticia[...]en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad de la calidad de vida[...]es la característica inherente a una sociedad que impide el bien común, e instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad (Breilh, 2009, p. 216).

El autor llama la atención para el hecho de que si se centra el análisis en el nivel de desigualdad, se estaría reduciendo la mirada a los efectos (plano empírico o fenoménico), en lugar de enfocar los procesos generativos o determinantes. En un cuadro resumen (p. 217), puede observarse que en un contexto social concentrador (de acumulación de poder) deviene como proceso genético la inequidad, cuya expresión particular es la desigualdad.

Naomar Almeida Filho (2009) produjo un texto en el que discutió definiciones de diferentes autores relacionados con el tema. El mismo procuró aportar claridad terminológica para la construcción de una matriz semántica común, tomando como objeto de conocimiento las

desigualdades en salud. Él define desigualdad como: “diferenciación dimensional o variación cuantitativa en colectividades o poblaciones. Puede expresarse por indicadores demográficos o epidemiológicos (en el campo de la salud) como evidencia empírica de diferencias” (p. 16).

El autor termina resumiendo que el concepto de diversidad se relaciona primordialmente a la especie, diferencia al plano individual, desigualdad a la esfera económico-social, inequidad al campo de la justicia, iniquidad al político, distinción al simbólico. Nótese que él coloca el punto de vista del análisis de las desigualdades en el nivel poblacional, a diferencia de otros autores u organismos que hablaban tanto del plano individual como del colectivo para las desigualdades.

En la presente investigación se trabajará con el término desigualdad, adoptaremos para ello la definición de Naomar (2009). Elegimos dicha definición por su practicidad y claridad, y debido a que el concepto remite a cuestiones descriptivas, pasibles de ser objetivadas mediante indicadores desde el punto de vista epidemiológico. Algunos documentos utilizan el término desigualdades de un modo meramente descriptivo, debido en parte a que ellas pueden ser medidas directamente, en cambio las inequidades no (Kunst & Mackenbach, 1996); sin embargo, la discusión no está saldada y asumimos que la medición de las desigualdades no es un proceso neutral (Harper et al, 2014).

De todos modos, esto no implica desconocer la génesis de las mismas ligada a la forma en que las sociedades humanas se organizan en un momento histórico dado, a la estructura política, económica y social que genera diferenciales entre poblaciones; si desconociéramos este punto, estaríamos cayendo en la despolitización del concepto. Continuando con la línea de pensamiento de Almeida Filho (2009), las desigualdades en salud constituirían la expresión concreta, empíricamente constatable, de gradientes socialmente perversos. Esta cuestión de las causas de las desigualdades será abordada más adelante.

3.2 Un poco de historia

Hemos asistido en las últimas décadas a un enorme auge del tema de las desigualdades sociales, casi como un monopolio del mismo en la epidemiología social contemporánea, en el contexto de su revitalización con el cambio de siglo (Almeida Filho, 2009). Este gran apogeo no representa un conocimiento nuevo, más bien se parece a un redescubrimiento de algo que ya era sabido hace varios siglos, que los pobres la pasan peor y se enferman más que los ricos; y

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

que la salud de las poblaciones no es independiente de su organización social (Spinelli et al, 2004; Ministério da Saúde Brasil, 2006).

Danani (2008) subraya que luego de treinta años de frenesí neoliberal, las desigualdades sociales están retornando a lugares respetables en la discusión y producción en los ámbitos técnicos y académicos.

La cuestión ha abonado cantidad de debates e investigaciones en diferentes ámbitos académicos en todo el mundo, y se ha convertido en un tema de referencia recurrentemente abordado por los organismos internacionales. Tal es así que llegó a afirmarse que “los dos valores básicos sobre los que gira el trabajo de la OPS son la equidad y el panamericanismo [...] por lo tanto el medir y monitorear las desigualdades en este campo es una actividad fundamental para la toma de decisiones” (OPS, 2004, p. 9). La preocupación por el tema de las desigualdades ha aparecido en el marco de la necesidad de abordar la agenda inconclusa de dicho organismo (OPS, 2007).

Las desigualdades sociales han sido descritas en todas las sociedades conocidas a lo largo de la historia, con patrones de ocurrencia propias. Ahora bien, la preocupación por el análisis de las desigualdades sociales, ¿de qué época data?, ¿cuándo comenzó a tomar relevancia el tema?

Si bien no es tarea fácil responder a dichas preguntas, podemos pensar que ya en Hipócrates estaba presente la mirada sobre las desigualdades en el acontecer de la enfermedad, así como algunos intentos de explicarlas. En su clásico texto “aires, aguas y lugares”, Hipócrates buscó establecer relaciones entre las condiciones ambientales y la predisposición a presentar ciertos cuadros de enfermedad (Da Silva & Barros, 2002). Esta mirada también aparecía en Snow, que intentó explicar los diferenciales que aparecían en la epidemia de cólera que azotó a Londres en el siglo XIX.

Otros referentes que colocaron la atención en la determinación social del estado de salud/enfermedad de las poblaciones merecen mencionarse. Engels registró en “la situación de la clase trabajadora en Inglaterra”, las terribles condiciones de vida en los barrios obreros de Manchester. Luis Villerme realizó un aporte indiscutible al estudio de los diferenciales socioeconómicos en la morbilidad y mortalidad humanas. William Farr implementó, en 1839, el primer registro de morbimortalidad, en Inglaterra, y lo relacionó con las clases sociales.

Con el advenimiento de la era bacteriológica, hacia finales del siglo XIX, la dimensión social del proceso salud enfermedad (PSE) quedó opacada. Puede decirse que en la segunda década del siglo XX, con los estudios de Goldberger sobre la etiología de la pelagra y su

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

relación con la pobreza urbana y rural y sus tipos de alimentación, asistimos a un resurgimiento de la dimensión social del PSE (Da Silva & Barros, 2002).

En los años ochenta, renació en Europa el interés por las desigualdades sociales, en parte a partir de la publicación, en el año 1982, de "The Black Report" en el Reino Unido. Pocos años después apareció el informe de Whitehead al que hicimos referencia antes. A partir de entonces se sistematizó en Europa el concepto de equidad en salud y se asistió a una proliferación de estudios sobre el tema (Spinelli, 2005).

En América Latina, entre las décadas del sesenta y setenta, comenzó a gestarse un movimiento que intentó cuestionar las formas hegemónicas de concebir el PSEA por parte de la salud pública y la medicina preventiva. Con fuertes referentes académicos y militantes, principalmente en Brasil, Argentina, Ecuador y México, este movimiento llegaría a constituirse en el movimiento latinoamericano de la medicina social, y sus estudios de alguna manera encuadrados en la epidemiología crítica latinoamericana. Con una base fuerte en el referencial marxista, la escuela latinoamericana procuró colocar nuevamente la cuestión de la determinación social en el PSEA (Galeano, Trotta & Spinelli, 2011).

En la década del noventa y principios del siglo actual, asistimos a un importante desarrollo de métodos para el estudio de las desigualdades. Demostrativo de esto resulta el hecho de la publicación, en el año 2002, de un número especial de la revista panamericana de salud pública dedicada a la medición de las desigualdades en salud.

Además de los avances en el campo científico, hubo un creciente involucramiento de agencias gubernamentales y no gubernamentales, a partir de la creación de oficinas, grupos de trabajo y programas tendientes a monitorear intervenciones sobre inequidades en salud (Da Silva & Barros, 2002). La relevancia de este tipo de problemas de investigación e intervención sanitaria se revela, en parte, en la diversidad de editoriales de revistas científicas sobre el tema (Silva Paim et al., 2003).

3.3 Contexto en América Latina

Las condiciones de salud de los países de la región han mejorado ostensiblemente en las últimas décadas: se han controlado varias enfermedades infecciosas; la esperanza de vida ha aumentado y la mortalidad infantil disminuido de manera sostenida; las poblaciones tienen mayores posibilidades de desarrollo y han experimentado una mejoría en la provisión de servicios públicos y de salud (OPS, 2007).

Desde mediados de los años ochenta, los países latinoamericanos llevaron a cabo una serie de reformas económicas orientadas a reforzar las fuerzas de mercado, entre ellas liberalización de las importaciones; privatizaciones de empresas públicas; apertura de la cuenta del capital; reforma tributaria (se concentró la recaudación en los impuestos al consumo). Sumado a estas reformas estructurales, las políticas macroeconómicas se centraron en el combate a la inflación; su meta principal fue alcanzar tasas de crecimiento económico más altas y estables sumado a una mayor eficiencia en la asignación de recursos, y consecuentemente un aumento de la demanda laboral (Weller, 2003).

Las reformas económicas mencionadas se llevaron a cabo en un contexto de rápidas transformaciones, señalado con el nombre de globalización, cuyo rasgo fundamental sería la creciente integración de los mercados y un acelerado cambio tecnológico; sin embargo, la inserción en los mercados globales propició la fragilidad de las economías de la región (Weller, 2003).

Desde el punto de vista del crecimiento económico, después de un período de contracciones en la economía en los años ochenta, los países comenzaron a crecer lentamente; en el año 2000, el crecimiento promedio de los países de América latina (AL) y el Caribe fue de 3,9%, con variaciones entre 12,9 % (Bélice) y -3,3% (Paraguay) (OPS, 2007).

Entre el 2000 y 2002, muchos países asistieron a una desaceleración brusca del crecimiento: Argentina, Uruguay y Venezuela vieron caer su crecimiento a niveles de alrededor del 10% y enfrentaron serias dificultades económicas. El crecimiento económico se reanudó en 2004 en que llegó a un promedio regional del 6% (los países que más crecieron fueron aquellos que habían soportado las mayores crisis, con crecimientos cercanos o superiores al 9%), continuando en valores similares en los años subsiguientes (OPS, 2007).

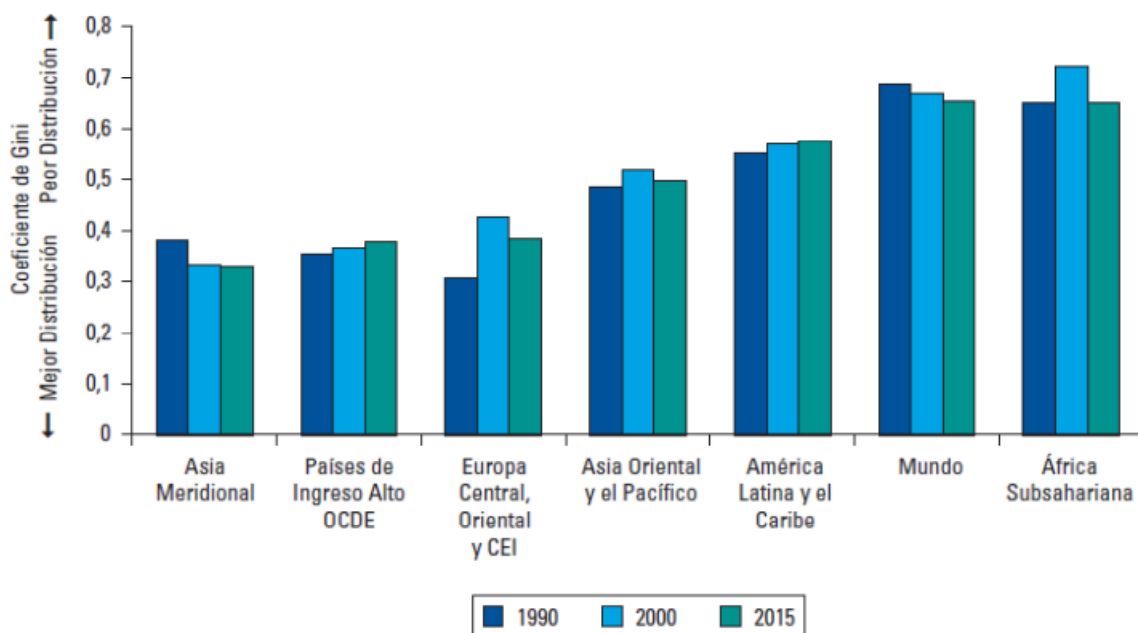
En paralelo a estos avances, en el año 2005 el 40,6% de la población de América continuaba viviendo en situación de pobreza y el 16,8 % soportaba pobreza extrema. A pesar del crecimiento económico general de la región, la brecha entre los países más ricos y los más pobres se ensanchó hacia fines de los noventa y comienzos del 2000, “una tendencia que se prevé que continuará si persisten las condiciones actuales” (OPS 2007, p. 10).

Reforzando lo expresado en el párrafo precedente, Weller (2003) concluye que el crecimiento económico tuvo un carácter excluyente en la década del noventa; la creciente brecha salarial y la segmentación en otros aspectos (educacional, urbana) incidieron en gran medida en una mayor desigualdad social.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 30 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

El coeficiente de Gini es una de las medidas que permite conocer el grado de desigualdad en algunos indicadores, por ejemplo, en la distribución de los ingresos: toma un valor de cero para la situación de máxima igualdad, y un valor de uno para la máxima desigualdad. En la figura 1 podemos observar una triste realidad frecuentemente enunciada en relación a nuestro continente: AL y el Caribe siguen siendo las regiones con la mayor desigualdad en el ingreso del mundo, a excepción del África subsahariana.

Figura 1: Coeficiente de Gini. Desigualdad en el ingreso entre regiones, para América Latina y el Caribe, otras regiones y grupo de países, 1990 y 2000 y proyecciones para 2015.



Fuente: Dikhanov& Ward, 2001 y PNUD, 2005; p. 62, apud OPS, 2007; p.36

Un ejemplo que retrata lo antedicho: en el período 2000-2005, el Ingreso Nacional Bruto por Habitante (INB¹) promedio ponderado para las Américas estaba alrededor de US\$ 19.500, a nivel de subregiones los valores eran: US\$ 5.686 para el Istmo Centroamericano; US\$ 5.300 para el Área Andina; US\$ 10.041 para el Cono Sur y US\$ 37.085 para Norteamérica. Si

1 Este indicador, antes llamado producto nacional bruto (PNB) per cápita, mide el total de bienes y servicios de uso final producido por residentes y no residentes, independientemente de su asignación en el país o en el extranjero, en relación con el tamaño de la población (OPS, 2007, p. 34)

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

miramos las variaciones entre países, las diferencias se acentúan: el INB para Haití es en este período de US\$ 1.840 y de US\$ 41.950 para Estados Unidos (OPS, 2007).

Ahora bien, ¿cómo se manifiestan las desigualdades en salud de las poblaciones? Aparecen como disparidades en su estado de salud (mortalidad y morbilidad, esperanza de vida al nacer, etc.); el acceso diferencial a los servicios y la exposición variable y desproporcionada a riesgos de la salud: abastecimiento de agua y saneamientos poco seguros, desnutrición; exposición a amenazas climáticas y geográficas.

Veamos algunos ejemplos de esto: la mayor proporción de mortalidad materna se produce en los países más pobres de AL y el Caribe; la esperanza de vida al nacer varía de un mínimo de 68,8 años en América Central a un máximo de 77,9 años en América del Norte; la mortalidad infantil sigue siendo mayor en poblaciones más desfavorecidas, en las que predominan causas de muerte evitables. En relación a las inequidades al interior de algunos países seleccionados, en la dimensión del acceso a los servicios de salud, dicha tasa es del 34% para el quintil más pobre y de 94% para el quintil más rico (OPS, 2007).

Un ejemplo paradigmático de lo que ocurre con la desigualdad en salud en nuestro continente lo constituye lo que ocurre con la MI, expresada a través del indicador Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). La TMI viene disminuyendo gradualmente en la región desde el año 1950 en adelante; sin embargo, se observa una gran heterogeneidad en la magnitud de dicho descenso entre países, regiones y conjuntos sociales (Spinelli et al., 2000).

Hay un concepto que resume muy apropiadamente los efectos de las desigualdades sociales sobre los individuos en sociedades como las latinoamericanas y es el de “accidente de nacimiento”: según el estrato social, la región geográfica y las condiciones del hogar donde se nace, habrá posibilidades de recibir buena educación y protección en salud, o sucederá lo contrario (Kliksberg, 2011).

3.4 Contexto: Argentina

Las desigualdades se manifiestan en el espacio geográfico de un país, reflejando la historia social, económica y cultural de cada grupo poblacional (Ministerio de Saúde Brasil, 2006). La idea es analizar someramente los cambios ocurridos en nuestro país en las últimas décadas y discutirlos frente a la distribución desigual en el espacio geográfico, en este caso en relación a las provincias argentinas.

Intentaremos caracterizar, a grandes rasgos, el escenario socioeconómico y político de la Argentina entre 1990 y 2010. Dada la complejidad que entraña, tal recorrido no pretende ser exhaustivo sino sólo lograr un acercamiento que permita contextualizar el análisis de la tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de las provincias en dicho período de tiempo.

Para comprender los eventos ocurridos en los noventa en el país, nos situaremos en el acontecer internacional de los años previos. Desde comienzos de la década de 1980, la desregulación y liberalización de los flujos comerciales y financieros pasaron a ser la norma oficial en los países centrales (Peralta Ramos, 2007). Dos organismos internacionales, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, formaron parte de los principales mecanismos de presión de estos países sobre los países en desarrollo, con el objetivo de lograr la total apertura de sus economías.

Así las cosas, los requisitos indispensables para acceder al crédito internacional para países como el nuestro, fueron el ajuste estructural, la eliminación de aranceles que protegían las economías en desarrollo y la privatización de sus empresas públicas.

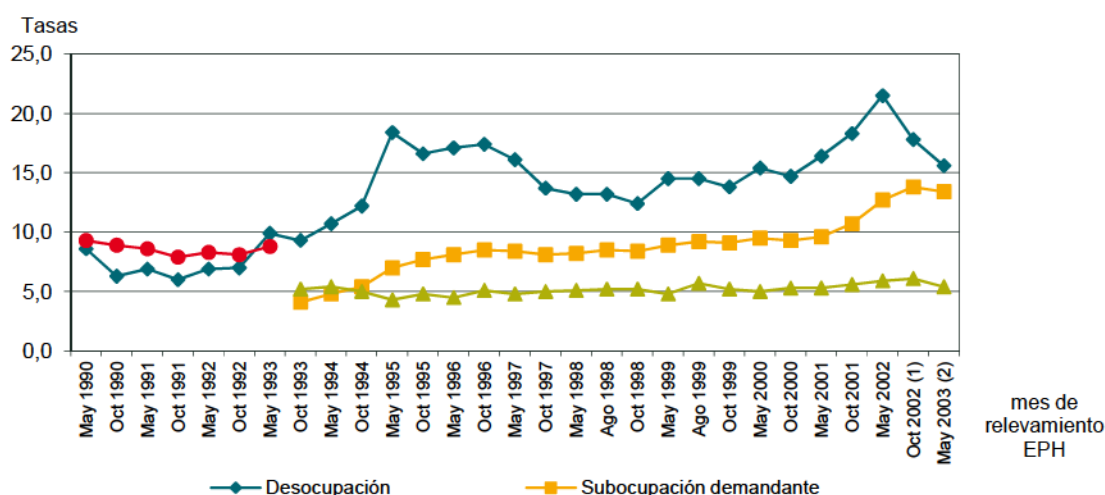
El neoliberalismo, como proceso global de reestructuración de la sociedad capitalista, se inició en los años setenta pero tuvo su período de consolidación y crisis en los años noventa (Félix & López, 2010). En palabras de Víctor Manuel Moncayo, “el neoliberalismo es una constelación estratégica para la renovación del modo de producción capitalista en el mundo. Toca desde la familia y la reproducción hasta la producción y circulación” (apud. Lidenboim & Danani, 2003, p. 258).

La mayoría de los autores recorridos en este trabajo coinciden en que los años noventa resultaron en un penoso aumento del desempleo, la pobreza y desigualdad sociales en la Argentina (Salvia et al 2000; Lidenboim & Danani 2003, Kliksberg 2011; Peralta Ramos, 2007), proceso que tomó cuerpo en la década del setenta y asumió rasgos estructurales en los noventa.

Danani (2008) plantea que el neoliberalismo no tiene siquiera una relación contradictoria con la idea de igualdad porque la detesta, y se funda en la desigualdad como una virtud. Permite apenas la preocupación por la pobreza extrema, debido en parte porque pone en peligro la gobernabilidad y es fuente de criminalidad.

Observemos la evolución, durante la década de los noventa, del desempleo y la subocupación para el total de aglomerados urbanos del país, según datos relevados por la encuesta permanente de hogares del INDEC (b) (Figura 2).

Figura 2: Tasas de desocupación y subocupación demandante y no demandante para el total de aglomerados urbanos, Argentina, desde Mayo 1990 hasta mayo 2003



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, b

Los instrumentos normativos inaugurales del Estado que se consolida en los noventa fueron la ley de reforma del estado y la ley de emergencia económica, ambas del año 1989. En nombre de ellas se puso en marcha todo un proceso de ajuste estructural, privatizaciones de empresas públicas y allanamiento del camino a las inversiones extranjeras en ciertos sectores (Grassi, 2003).

El plan de convertibilidad, que establecía una paridad fija de uno a uno entre el peso y el dólar, se constituyó en uno de los ejes del nuevo accionar económico a inicios de los noventa. Algunas de sus consecuencias fueron el aumento de la deuda externa; la rápida desindustrialización del país y el crecimiento del desempleo y la pobreza (Peralta Ramos, 2007).

El nuevo régimen cambiario característico de la política económica de este período fue inicialmente exitoso para contener la inflación y reactivar la economía, pero pronto mostró sus limitaciones que afectaron negativamente la dinámica del mercado de trabajo. El crecimiento inicial del producto y la contención del empleo determinaron un aumento de la productividad laboral, la cual no se tradujo en una mejora del ingreso de los trabajadores en términos reales; en los pocos casos en que hubo una mejora, ella no fue origen del efecto derrame que se esperaba entonces, debido al poder dispar de los actores sociales (Lidenboim & Danani, 2003).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014. 34

El proyecto político neoliberal incluyó la producción activa de un desprestigio de la política y su empobrecimiento. Las principales instituciones políticas de protección social que caracterizaban al Estado entraron en crisis, en pos de la adaptación al mercado globalizado y sus leyes, a través de una política de desregulaciones y de flexibilización del factor trabajo, constituyéndose de ese modo una sociedad desprotegida (Grassi, 2003). Para algunos autores, la experiencia neoliberal en la Argentina dio como resultado una pérdida del sentido de lo comunitario; un empobrecimiento de la vida colectiva y una devastación institucional (Lidenboim & Danani, 2003).

Ya comenzado el siglo actual, en noviembre del 2001, Argentina caminaba al borde de una cornisa, inmersa en una gran crisis económica y política. La fuga de capitales y de depósitos llevó al gobierno a adoptar una serie de medidas financieras que resultaron en una crisis económica y financiera de magnitudes inéditas en la historia del país (Peralta Ramos, 2007).

El “corralito” impuso restricciones al retiro de dinero en efectivo de las cuentas bancarias; a lo cual se sumó el rápido empobrecimiento de la clase media y sectores de bajos ingresos, que fueron afectados por esta captura de sus depósitos. Esta situación se complejizó en la medida en que las restricciones al retiro de dinero en efectivo afectaron la cadena de pagos en el conjunto de la sociedad. A partir de entonces, el conflicto social irrumpió en primer plano del escenario político (Peralta Ramos, 2007); este estallido social produciría cuatro recambios en la presidencia de la nación.

A partir del año 2002 el país inició un proceso de recuperación económica y mejoría paulatina de los indicadores de bienestar social y económico. Si bien la mayoría de los autores coinciden en que el escenario construido luego de la crisis del 2001 constituyó una instancia superadora de la década previa, existe un nutrido debate entre los intelectuales de la política y la economía, en torno a “continuidades y rupturas” del período actual respecto de la década del noventa en la Argentina.

Excede las posibilidades del presente trabajo el hecho de profundizar en dicha discusión, pero sí procuraremos subrayar algunas cuestiones relevantes para caracterizar este nuevo escenario que caracterizó el período 2002-2010.

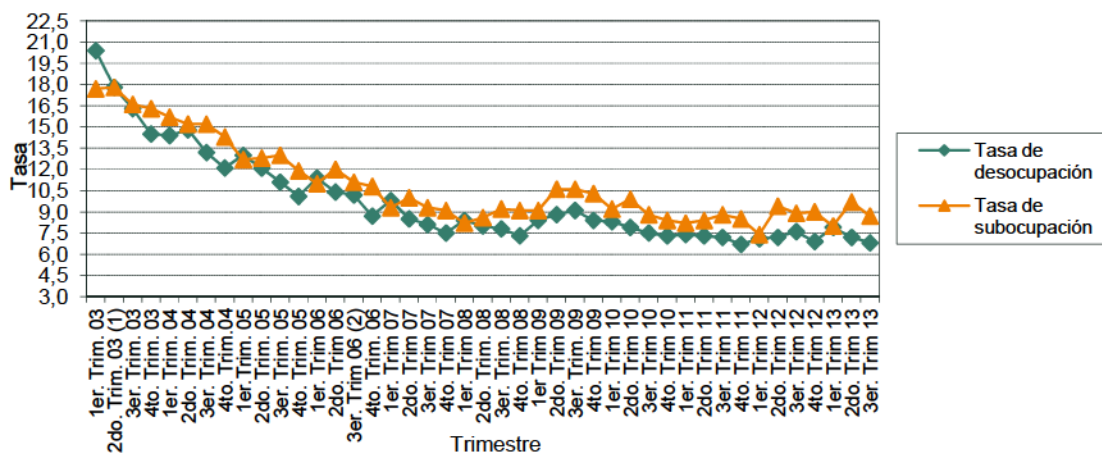
El colapso financiero de fines de 2001 y las devaluaciones de inicios del 2002 marcaron el fin de la convertibilidad. A partir de entonces, se abrió paso a una nueva etapa económica y política caracterizada por el mayor crecimiento de la historia argentina contemporánea, con aumentos principales en el producto, la inversión y el empleo. El Producto Bruto Interno (PBI)

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 35 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

creció, en siete de los nueve años considerados en el período 2002-2010, a una tasa promedio del 8% anual (Gigliani, 2010), aprovechando con eficiencia un contexto latinoamericano favorable.

Respecto de la información publicada por el INDEC, observamos que, para el total de aglomerados urbanos, tanto la desocupación como la subocupación fueron descendiendo gradualmente desde inicios de 2003 hasta fines de 2010, a excepción del año 2009 en que experimentaron un leve ascenso (Figura 3). Compárese además dicha evolución con la graficada en figura 2, para la década del noventa. En la figura 4 apreciamos el crecimiento del empleo y la actividad en el período 2003-2010.

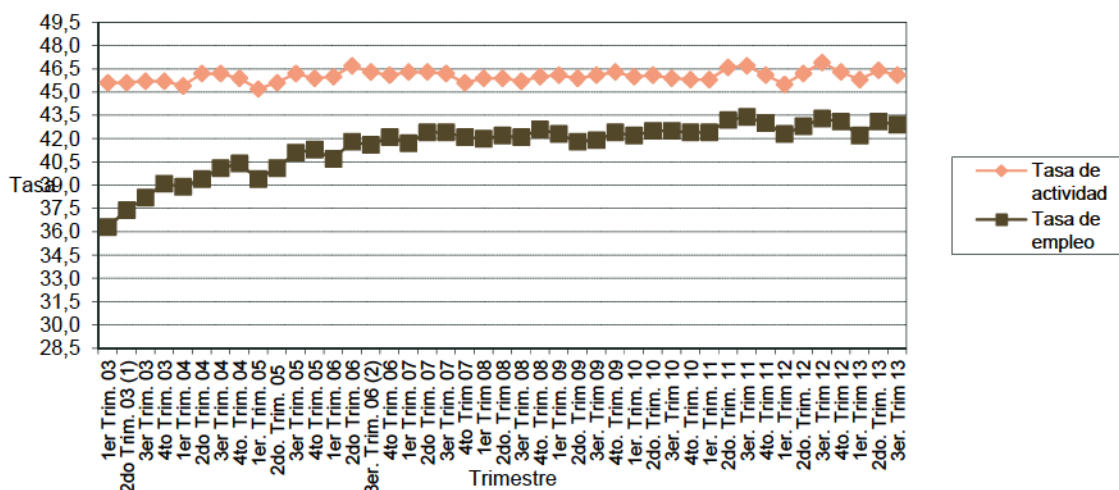
Figura 3: Evolución trimestral de las tasas de desocupación y subocupación en el total de los aglomerados urbanos, Argentina, desde el 1° trimestre 2003 en adelante.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, c

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 36 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Figura 4: Evolución trimestral de las tasas de actividad y empleo en el total de aglomerados, Argentina, desde el 1º trimestre 2003 en adelante.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, d

Un informe de la OPS (2007) reveló que Argentina se encontraba, para el año 2005, entre los países de América con mayor INB; de todos modos, el escrito termina subrayando que los aumentos del INB no se han reflejado en mejoras significativas en las tasas de pobreza y en la distribución de los ingresos en América Latina y el Caribe.

Originada luego de la crisis de la convertibilidad, esta nueva etapa en el desarrollo capitalista en Argentina iniciada luego del año 2002 fue llamada por algunos autores de pos neoliberalismo (Féliz & López, 2010), en el sentido de que se monta sobre los resultados del proceso político anterior y constituye una nueva forma de desarrollo capitalista periférico.

3.5 Aproximaciones a las causas de las desigualdades

El tema del origen de las desigualdades en las sociedades reviste enorme complejidad y ha sido objeto de nutridos debates y posicionamientos teóricos. Excede las posibilidades de esta tesis abordar este aspecto en forma profunda, pero sí procuraremos efectuar algunas aproximaciones al respecto, en un intento de no caer en la mera descripción de diferencias entre poblaciones sin un análisis acompañante del contexto económico e histórico en que ellas se ubican, y sus posibles causas.

En relación a esto, Naomar Almeida-Filho (2009) llama la atención sobre el peligro latente en la retórica de los discursos de consenso por la equidad, a pesar del amplio espectro de fuerzas políticas que los formulan. Se observan importantes omisiones y desinterés en el discurso dominante sobre el tema desigualdades en salud, el mismo muchas veces se limita a la constatación, “casi naturalizada”, de disparidades en la ocurrencia de eventos de salud-enfermedad, dejándonos cercanos a la despolitización del asunto de la salud.

Hay una cuestión que puede haber contribuido al alejamiento del debate sobre las desigualdades sociales en nuestro país en la década del noventa y es su modo de concebirlas durante ese período de hegemonía neoliberal. Estela Grassi (2003) coloca esta cuestión de cierta “lucha cultural” por imponer el proyecto neoliberal como único camino posible, por parte de los intelectuales orgánicos al mismo, ligada al establecimiento de una concepción que funda las jerarquías sociales como diferencias naturales entre individuos, y a la disposición de riqueza y poder como manifestación de cierta superioridad o de posesión de cualidades naturalmente meritorias. Esta forma de concebir las desigualdades sociales prescinde del análisis de las relaciones sociales y de las condiciones que hacen plausibles ciertas cualidades y otras no.

En esta misma sintonía, Kliksberg (2011) subraya que las políticas neoliberales aplicadas en la década del noventa en nuestro país han sido acompañadas de una serie de razonamientos sobre las causas de la pobreza y justificativos de las desigualdades: la mayoría de ellos tienen como efecto la culpabilización de los individuos víctimas de las penurias, y el deslinde de las responsabilidades a la sociedad en su conjunto.

Siguiendo la línea de pensamiento propuesta por Naomar, para comenzar sería imperativo abordar la cuestión del “qué” determina la ocurrencia de los gradientes sociales, si recordamos esto de que las desigualdades en salud constituirían la expresión concreta, empíricamente constatable, de gradientes socialmente perversos.

Para esto, es necesario mencionar otra categoría a la que se hace referencia frecuentemente en el tema de las desigualdades en salud y que es la de “determinación”. Bunge (1961) consideró que la idea de causalidad era de algún modo insuficiente para explicar la génesis de los fenómenos, y en ese sentido propuso la determinación como concepto general, con múltiples modalidades: determinación causal, dialéctica, estructural, entre otras. Para el autor, “determinación” designa varios conceptos diferentes, entre los que interesan: el de propiedad o característica; el de conexión necesaria, y el de proceso, mediante el cual un objeto ha llegado a ser lo que es. “Determinante” se desprendería de la categoría epistemológica determinación.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Existen varias definiciones de determinantes sociales de la salud; tomaremos aquella elaborada por la Comisión Nacional sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CNDSS) de Brasil: “los determinantes sociales de la salud (DSS) son los factores sociales, económicos, culturales, étnico/raciales, psicológicos, y comportamentales que influyen en la ocurrencia de problemas de salud y sus factores de riesgo en la población” (Buss & Pellegrini Filho, 2007p. 78)

Retomando la idea del “qué” produce los gradientes sociales, quienes colocan la mirada en los DSS plantean que son los determinantes más generales, como las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de una sociedad dada, los que generan una estratificación socioeconómica de los individuos y grupos de población, confiriéndoles posiciones sociales distintas, las cuales provocarían diferenciales de salud (CNDSS, 2008).

En el análisis de la bibliografía sobre el tema determinantes sociales de la salud, que tuvo un gran auge en las últimas tres décadas del siglo XX, aparece una clara hegemonía de marcos referenciales vinculados al materialismo histórico, que destacan las dimensiones políticas de los procesos de producción (condiciones de trabajo) y reproducción (estructura de clases) de la sociedad (Almeida Filho, 2009).

Entre los sistemas explicativos para la existencia de los gradientes sociales o estratificación social en las sociedades modernas, encontramos como matrices teóricas: a) la teoría marxista, que asoció la existencia de las clases sociales a la organización de las relaciones de producción; b) la teoría funcionalista, que concibe la estratificación como consecuencia inmediata de la división del trabajo; c) la teoría esbozada por Adam Smith, que relaciona la estratificación con el mercado (Da Silva & Barros, 2002).

Consideramos que los riesgos diferenciales de enfermar y morir en nuestras sociedades se originarían en las condiciones heterogéneas de existencia y de acceso a bienes y servicios.

Hugo Behm (2011), a propósito de su estudio sobre los determinantes socioeconómicos de la mortalidad en América Latina, subraya la cuestión de que la distribución no igualitaria en la población de varios de los componentes relacionados con la enfermedad y la muerte (ingreso económico, educación, saneamiento, alimentación, atención médica, etc.) constituyen la expresión visible o el eslabón medible, de una cadena causal que se origina en la organización social, política y económica.

El autor pone la mirada en el desarrollo del sistema capitalista, el cual en general ha originado mejores condiciones de vida, sobre todo en las ciudades, pero señala que las contradicciones del sistema crean en ellas importantes diferenciales socioeconómicos de

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

mortalidad. Termina concluyendo que estos diferenciales de mortalidad se originan en las relaciones sociales de producción, las cuales ocasionan un proceso de concentración y acumulación de los medios de producción, del progreso tecnológico y del valor generado por el trabajo, en algunos sectores sociales en desmedro de otros; estos últimos se encontrarían en mayor riesgo de morir.

Otra autora que liga el origen de los perfiles de salud-enfermedad (SE) en las poblaciones a la estructura de la sociedad es Laurell (1982), quien en su conceptualización sobre la génesis del proceso SE a nivel colectivo, sostiene que el mismo tiene una determinación social; es decir, está determinado por el modo en que el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado. Dicha cuestión se llevaría a cabo por medio del proceso de trabajo basado en un determinado desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales de producción.

Para Marx, la acumulación capitalista (es decir, la reproducción ampliada del capital) reproducía al mismo tiempo y en un mismo movimiento, la concentración de la riqueza y la desigualdad social (Peralta Ramos, 2007).

En el plano de la articulación teórico-metodológica, es importante definir a qué nivel de abstracción se aplica el concepto de desigualdades en salud, precisando, por ejemplo, dónde operan los determinantes sociales de la salud. Ellos pueden hacerlo en la dimensión poblacional (destacando las amplitudes territoriales); en la dimensión "micro" social (familia, grupos de pares) y "macro" social (estratos, clase social); y por último en la dimensión simbólica-cultural (Almeida Filho, 2009). En este trabajo nos referiremos a la primera dimensión, abordando la extensión territorial de las provincias.

3.6 Marco teórico metodológico

Los estudios sobre desigualdades en la situación de salud integran una de las dos grandes áreas que pueden identificarse en el análisis de las desigualdades, junto con las investigaciones sobre servicios de salud (Schneider et al, 2002). Es decir, los análisis de las desigualdades en salud pueden abarcar una gran variedad de dimensiones; una de ellas es la situación de salud colectiva expresada a través de los perfiles epidemiológicos de los diferentes grupos sociales (Nunes et al., 2001).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Resulta necesario explicitar qué entendemos cuando hablamos de situación de salud de una población. A tales fines adherimos a la siguiente definición de situación de salud de Pedro Luis Castellanos (1989):

[...] la situación de salud de un determinado grupo de población es así, un conjunto de problemas de salud, descriptos y explicados desde la perspectiva de un actor social, es decir, de alguien que decide una conducta determinada en función de dicha situación (p. 4).

Para la evaluación de las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores (OPS, 2001); fundamentalmente se ha recurrido a tales fines a medidas de mortalidad y morbilidad, con indicadores como la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer (Nunes et al, 2001; Schneider et al, 2002).

En la siguiente investigación, se decidió trabajar con el eje materno infantil como representativo de la situación de salud de las provincias; si bien existen múltiples indicadores posibles de ser utilizados, la tasa de mortalidad infantil (TMI); la Razón de Mortalidad Materna (RMM) y la Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (TMM5a) constituyen medidas sumamente sensibles de las condiciones de vida y situación de salud de un grupo (Spinelli et al. 2000; PNUD, 2012); a su vez, son notables las consecuencias de la desigualdad social sobre la salud infantil (Ortiz & Cummins, 2012).

Por otro lado, los tres indicadores hacen parte de los ODM a los que nuestro país suscribió junto con los demás países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000, comprometiéndose a monitorear los progresos hacia el logro de las metas para el 2015 (PNUD, 2012).

Respecto del indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), clásicamente utilizado para medir pobreza, en esta investigación se toma como proxy de la situación socioeconómica. Se eligió trabajar con él debido a que tiene como objetivo identificar los hogares y personas que no alcanzan a satisfacer un conjunto de necesidades consideradas indispensables para obtener determinado nivel de bienestar aceptado como universal ; en este sentido, resulta una medida sensible de las condiciones de vida, cuestión que se intenta aprehender en el presente trabajo por su relación estrecha con los indicadores de salud considerados . La metodología de NBI fue propuesta por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en la década del setenta y adoptada por Argentina desde 1984 (INDEC, 2003), si bien presenta varias limitaciones, una de las ventajas que posee es la universalidad de la cobertura de la fuente censal, de donde deriva la construcción del indicador. Algunas de las ventajas mencionadas son las responsables del amplio uso que ha tenido dicha medida en

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

estudios sobre situación de salud y socioeconómica (Bortman, Verdejo & Sotelo, 1999; Buchbinder, 2008; Sandoval-Vargas & Eslava-Schmalbach, 2013). En la sección “material y métodos” se presentan los ítems que lo integran.

En la pesquisa se recurrió a medidas de mortalidad; si bien las mismas constituyen indicadores negativos del estado de salud, en este caso materno infantil, su utilización es ampliamente recomendada, fundamentalmente para monitorear tendencias de desigualdades en el tiempo, debido en parte a la naturaleza continua y sistemática de los sistemas de datos de mortalidad (Kunst & Mackenbach, 1996).

Una cuestión que merece subrayarse es que no hay “una forma correcta” de medir las desigualdades en salud; es decir, a pesar del acuerdo sobre la importancia pública y moral de conocer las desigualdades en salud, hay una falta de consenso sobre cómo ellas deben medirse (Oakes & Kaufman, 2006, Harper et al, 2014). Existen una gran variedad de medidas para el abordaje de las desigualdades; las cuales tienen, cada una de ellas, diferentes usos, ventajas y desventajas (Alazraqui & Spinelli, 2008; Metzger, 2002); la elección de unas u otras depende fundamentalmente de los objetivos de la investigación.

Kunst & Mackenbach (1996) en su trabajo dedicado a presentar una variedad de aspectos ligados a la medición de desigualdades, llaman la atención para el hecho de que la distinción principal entre las medidas está en relación con diferencias en perspectivas más que con calidad técnica, y recomiendan el uso de una combinación de ellas. Los autores subrayan algunas cuestiones; en primer lugar, que las desigualdades en salud pueden expresarse en términos relativos y absolutos: ambas son importantes; las diferencias relativas suelen ser más fáciles de entender, pero debe tenerse en cuenta que una tasa un 50% más alta de un problema de salud raro puede ser mucho menos relevante como problema de salud pública que una tasa un 10% más alta de un problema frecuente. Por otro lado, informar sólo la medida de desigualdad relativa brinda una evaluación parcial de la situación y de algún modo ratifica la postura igualitaria en relación a que la igualdad prevalece sobre otras consideraciones, la mejora de la desigualdad absoluta nos permite tener en cuenta otras cuestiones, como que los avances han sido experimentados por ambos grupos bajo comparación, sin perjuicio de ninguno (Harper et al, 2014).

En segundo lugar resulta crucial la distinción entre medidas de efecto y medidas de impacto total; la diferencia principal entre ambas es que mientras que las primeras sólo miran el efecto del descenso del nivel socioeconómico sobre la salud, las segundas también tienen en

cuenta la extensión de las desigualdades en el nivel socioeconómico al interior de la población, por ejemplo, a partir de tomar en consideración el tamaño de los grupos con nivel más bajo.

En tercer y último lugar los autores realizan la distinción entre medidas simples, que comparan, por ejemplo, el grupo socioeconómico mejor posicionado con el peor, y medidas resumen sofisticadas que den cuenta de la magnitud de la desigualdad socioeconómica en salud.

Las medidas basadas en modelos de regresión, como el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP) basado en regresión o el índice de desigualdad de la pendiente (IDP), tienen como principal dificultad que deben cumplirse las hipótesis aplicables a los modelos de regresión (Metzger, 2002); por lo tanto se parte de asumir una relación lineal entre la variable sanitaria y la variable socioeconómica. Estos índices no deberían aplicarse en casos de una relación sustancialmente no lineal.

A su vez, en estudios de prueba en que se utilizaron medidas basadas en regresión, como el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) y el IDP a partir de datos agregados por unidades geopolíticas, estas medidas no se mostraron muy estables (Schneider et al, 2002).

Según Kawachi et al (2002), se pueden distinguir dos abordajes distintos en la medición de desigualdades en salud. El primero y más comúnmente utilizado, se refiere a la evaluación de diferencias en salud entre diferentes grupos sociales, definidos a priori por alguna variable social o económica. El segundo, intenta medir la distribución del estado de salud entre poblaciones, sin tomar en cuenta variables socioeconómicas; este último permite comparaciones más flexibles de las desigualdades a través del tiempo y el espacio.

Otros autores (Regidor, 2004), llaman a ambos abordajes de análisis bivariado y univariado, respectivamente; el índice de Gini y el índice de disimilitud son ejemplos de medidas utilizadas para el análisis univariado, mientras que la razón de tasas; la diferencia de tasas; el índice de concentración; el riesgo atribuible poblacional, constituyen ejemplos de las usadas en el análisis bivariado. El autor concluye que los dos abordajes, más que contradictorios, son complementarios.

En la línea de lo presentado por Regidor y Kawachi y col. en los párrafos anteriores, en el presente trabajo se incluirán aspectos representativos de los dos tipos de abordaje, es decir, algunos relativos a desigualdades en salud y otros que remiten a desigualdades sociales en salud; a su vez, se siguió la recomendación esbozada por varios autores de escoger diversas medidas de desigualdad que aporten visiones diferentes y complementarias sobre la misma situación de salud, con el objetivo de que el conocimiento de la misma resulte más completo

(Metzger, 2002). También tenemos conciencia de que el grado de desigualdad que pueda resultar evidente depende del nivel de agregación con que se trabaje, ya que agregaciones menores suelen poner de manifiesto mayor desigualdad.

Oakes & Kaufman (2006) proponen una serie de pasos metodológicos a seguir en el proceso de medición de las desigualdades en salud. En primera instancia, a modo de mirada o paneo global, observar los resultados en salud subyacentes de los diferentes subgrupos, sea vía tabular o inspección gráfica, a los efectos de poner en evidencia patrones de salud poblacionales relevantes y conducir a un entendimiento de cualquier heterogeneidad subyacente que la medida resumen de desigualdad en salud pudiese enmascarar. Luego, debe considerarse la pregunta que debe ser respondida; si la intención es monitorear la tendencia de la desigualdad en salud a través del rango completo de subgrupos poblacionales, entonces es conveniente utilizar medidas resumen de desigualdades.

La razón de tasas (RT) y la diferencia de tasas (DT) constituyen dos de las medidas más usadas; las mismas comparan dos grupos en situaciones extremas con respecto a un indicador de salud, generalmente una tasa de morbilidad o mortalidad; cuanto mayor el valor de la razón o diferencia, mayor la desigualdad. El RAP se interpreta como la fracción de la tasa general de mortalidad que se podría reducir en el caso de que todos los grupos tuvieran la tasa del grupo socioeconómico más alto; en otras palabras, mide el exceso de muertes por cada mil sujetos que experimenta la población general con respecto al mejor de los grupos (Schneider et al., 2002).

La curva de Lorenz es una curva de frecuencia acumulada que compara la distribución de una variable con la distribución en condiciones de uniformidad. El índice de Gini se basa en la curva de Lorenz; el eje x representa la proporción acumulada de individuos por nivel de salud, ordenadas en orden creciente, mientras que el eje y representa la proporción de salud acumulada total de esos individuos. Si la salud se distribuye en forma igualitaria entre los individuos, la curva de Lorenz es una línea diagonal; cuanto más se desvía de la diagonal, mayor el grado de desigualdad en salud; la magnitud del índice varía desde 0 (cuando la curva coincide con la diagonal) a 1, cuando toda la salud de la población se concentra en una sola persona: máxima desigualdad (Regidor, 2004). El coeficiente de Gini representa el doble del área comprendida entre la curva de Lorenz y la diagonal de la distribución uniforme (Alleyne et al, 2001).

El índice de efecto tiene en cuenta las diferencias entre todos los grupos de la población; basado en un modelo de regresión, la variable dependiente es una variable de salud (en

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

nuestro caso una tasa de mortalidad) y la independiente un indicador de la situación socioeconómica; partiendo del supuesto de linealidad entre las variables, el índice de efecto se interpreta como el cambio que experimenta la variable dependiente por cada unidad de cambio de la independiente (Schneider et al., 2002).

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño

Estudio ecológico.

4.2 Población y Unidad de Análisis

Población: niños y niñas fallecidos/as menores de 1 año; menores de 5 años y las mujeres fallecidas en circunstancias de embarazo; parto y puerperio, en la República Argentina durante los años 1989; 1990; 1991; 2000; 2001; 2002; 2009; 2010 y 2011.

Unidades de análisis: provincias en que se encuentra dividida la República Argentina, más la ciudad autónoma de Buenos Aires (CABA); es decir, se tomó el criterio político administrativo de división del país en 24 jurisdicciones.

El análisis de la desigualdad se realiza para tres indicadores de salud materno infantil: tasa de mortalidad infantil; tasa de mortalidad en menores de cinco años y razón de mortalidad materna, para los años 1990; 2000 y 2010. Se decidió trabajar con trienios alrededor de los años seleccionados con el objetivo de suavizar las tasas que podrían presentar valores distorsionados en algunas provincias con escaso volumen poblacional, para algún año en particular. Los trienios elegidos son los siguientes: para 1990: 1989-1990-1991; para 2000: 2000, 2001 y 2002; para 2010: 2009-2010-2011. El valor del indicador para cada corte temporal está constituido por el promedio de los valores del indicador para cada uno de los años componentes del trienio.

El período de tiempo seleccionado para la investigación está relacionado con la intención de evaluar la evolución de algunos indicadores de salud en un período de grandes cambios políticos y económicos en el país. La situación de salud en el año 1990 se toma como línea de base para evaluar las consecuencias de la década de los noventa, así como la del 2000 sirve de plataforma para analizar el devenir del país con la recuperación económica; la interpretación de los resultados tiene en cuenta dicho contexto.

4.3 Fuentes de datos

Se utilizaron registros, datos compilados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación para los indicadores de salud, y por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) para la variable socioeconómica.

Cuadro 1: Fuentes de datos para los indicadores seleccionados en la investigación

Indicadores	Fuente	Enlace/Referencia
TMI1989	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMI1990	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMI1991	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMI2000	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario00.pdf
TMI2001	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario01.pdf
TMI2002	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario02.pdf
TMI2009	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro53.pdf
TMI2010	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf
TMI2011	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf
TMM5a1989	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMM5a1990	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMM5a1991	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
TMM5a2000	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario00.pdf
TMM5a2001	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario01.pdf
TMM5a2002	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario02.pdf
TMM5a2009	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro53.pdf
TMM5a2010	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf
TMM5a2011	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf
RMM1989	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
RMM1990	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Cuadro 1. Continuación

RMM1991	MSAL	Indicadores de Salud seleccionados. República Argentina. Años 1980 a 1999.
RMM2000	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario00.pdf
RMM2001	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario01.pdf
RMM2002	MSAL	http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario02.pdf
RMM2009	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro53.pdf
RMM2010	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf
RMM2011	MSAL	http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf
NBI1991	INDEC	http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=12202
NBI2001	INDEC	http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=12202
NBI2010	INDEC	http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=12202

Fuente: elaboración propia

MSAL= Ministerio de Salud de la Nación Argentina
 INDEC= Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
 TMI= Tasa de Mortalidad Infantil
 TMM5a= Tasa de Mortalidad en menores de 5 años
 RMM= Razón de Mortalidad Materna
 NBI= Necesidades Básicas Insatisfechas

4.4 Variables. Indicadores

En general es aceptado que el proceso de crecimiento y desarrollo de un niño es muy sensible a las condiciones adversas de vida; con lo cual ellas influyen fuertemente en las probabilidades de enfermar y morir en este período de la vida. El nivel de mortalidad infantil es considerado un indicador del grado de desarrollo de las condiciones de vida de una población y es ampliamente utilizado en la evaluación de la situación de salud de un país (Spinelli et al., 2000). A medida que la mortalidad infantil descende, aparece un cambio en su estructura de edad y el perfil de las causas de muerte; cuando la TMI es alta predominan las muertes pos neonatales (a partir de los 28 días de vida) relacionadas con desnutrición e infecciones; cuando la TMI es baja, gana importancia la mortalidad neonatal (menores de 28 días) cuyas causas primordiales son las enfermedades perinatales y las anomalías congénitas.

La TMI corresponde en realidad a un coeficiente, por lo que suele denominarse también coeficiente de mortalidad infantil (CMI); mide el riesgo de muerte para niños menores de un año. A pesar del subregistro y otras distorsiones, el CMI constituye un indicador razonable de desigualdades regionales en salud: en las regiones pobres los coeficientes son más elevados

que en aquellas que disponen de saneamiento básico eficiente y de un ingreso adecuado para mantener una situación de salud satisfactoria (Almeida Filho & Rouquayrol, 2011). Siendo que se trata de una medida extremadamente sensible a las condiciones de vida (Spinelli et al, 2000) hay múltiples trabajos que demuestran la variación de la TMI en relación a la situación socioeconómica de una población (Abriata & Fandiño, 2010; Buchbinder 2008; Behm, 2011; Ministerio de Salud de la Nación, 2011; Maydana, Serral, Borrell, 2009; Morelos, 2001; Vitora, Barros, Vaughan, 1992). Si bien el uso del indicador como medida de salud de una población ha sido ampliamente discutido, en parte por su focalización en un grupo etario reducido, el mismo mostró adecuada correlación con medidas más complejas como la expectativa de vida ajustada por discapacidad (Reidpath & Allotey, 2003); el trabajo realza la cuestión de que las causas de la mortalidad infantil están ampliamente relacionadas con factores estructurales como el desarrollo económico; las condiciones de vida generales; el bienestar social y la calidad del medioambiente, aspectos que afectan la salud de poblaciones enteras.

La Tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMM5a) representa el riesgo de los nacidos vivos en un determinado año y lugar de morir antes de cumplir los 5 años; es un indicador estrechamente relacionado con las condiciones de vida, el sistema de salud y los determinantes socioeconómicos (PNUD, 2012).

La RMM, que refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, está relacionada con factores como asistencia sanitaria de la madre; saneamiento ambiental; nutrición y condiciones socioeconómicas generales. Las defunciones maternas pueden deberse a causas obstétricas directas, relacionadas con complicaciones obstétricas del estado de gestación; intervenciones o tratamiento incorrecto; o indirectas, aquellas que resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o que evoluciona durante el mismo (Ministerio de Salud de la Nación, 2004).

Algunas medidas de desigualdades, como la DT, la RT y el RAP, requieren comparar grupos de mayor o menor nivel socioeconómico. Se utilizó el porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) como proxy del nivel socioeconómico de las provincias.

Las definiciones de las variables de salud seleccionados son las siguientes (Ministerio de Salud de la Nación a, b):

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

- *Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)*: relaciona las defunciones de menores de un año acontecidas durante un año, con el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año.

$$TMI = \frac{\text{N}^\circ \text{ Muertes de menores de un año de edad en la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

- *Tasa de Mortalidad en menores de 5 años (TMM5a)*: relaciona las defunciones de niños menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos para un año dado en un área geográfica dada.

$$TMM5a = \frac{\text{N}^\circ \text{ Muertes de menores de cinco años de edad en la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

- *Razón de Mortalidad Materna (RMM)*: refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, parto y puerperio. La muerte materna representa la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o su atención, excluyendo aquellas accidentales.

$$RMM = \frac{\text{N}^\circ \text{ defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de una área geográfica dada durante un año dado}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 10.000$$

La variable socioeconómica es el porcentaje de hogares con NBI, que permite identificar poblaciones en situación de pobreza estructural.

- *Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)*: los hogares con NBI son aquellos que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación (INDEC, 2003):
 - Hacinamiento: hogares con más de tres personas por cuarto.
 - Vivienda: hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, pieza de hotel o pensión, casilla, local no construido para habitación o vivienda móvil, excluyendo casa, departamento y rancho).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 50 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

- Condiciones sanitarias: hogares que no tienen ningún tipo de retrete.
- Asistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.
- Capacidad de subsistencia: hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, cuyo jefe no haya completado el tercer grado de escolaridad primaria.

4.5 Estrategia de análisis

En una primera instancia se efectuó un análisis exploratorio del comportamiento de los indicadores de mortalidad para cada una de las provincias argentinas, en los tres cortes temporales seleccionados, con el objetivo de poner de manifiesto patrones de salud poblacionales relevantes. Se realizó un análisis descriptivo de las variables escogidas; al tratarse de variables cuantitativas, fueron calculadas las medidas de tendencia central y de dispersión para cada uno de los años seleccionados, lo que nos permitió observar el cambio de la medida a lo largo del período y para las unidades de análisis. Se calculó la variación porcentual (VP) entre los períodos y la del total de la fase.

La VP expresa la modificación del indicador entre los momentos analizados; por ejemplo, la VP1/2 para la TMI, se refiere a la magnitud del cambio en el valor de la tasa entre 1990 y 2000. Para el caso de la TMI, se calcula de la siguiente manera:

$$VP \text{ período } X = \left[\frac{TMI \text{ año final} - TMI \text{ año inicial}}{TMI \text{ año inicial}} \right] \times 100$$

En segundo lugar, se construyeron indicadores de desigualdad para cada una de las variables escogidas; se observó el cambio de dichas medidas a través del período de tiempo seleccionado. Como fue referido en el marco teórico metodológico, para el análisis de las brechas se construyeron los siguientes indicadores de desigualdad: RT; DT; RAP%; índice de Gini/curva de Lorenz; índice de efecto. Para la RT, se calculó un intervalo de confianza del 95%, basado en la fórmula propuesta por Ederer y Mantel (Szklo & Nieto, 2003, pág. 381).

Se aplicó el test de Shapiro-Wilk para testear normalidad de las variables previo a la aplicación del índice de efecto, el cual, al ser una medida basada en regresión, requiere que se cumpla la condición de distribución normal de las variables. Se trabajó con un nivel de significancia del 95% a los fines de testear la hipótesis de normalidad.

A los fines del análisis de resultados, llamamos de período 1 al promedio de los valores de las variables correspondientes a los años 1989, 1990 y 1991; del mismo modo el período 2

se refiere a la media de los valores relativos a 2000, 2001 y 2002; y período 3 al promedio de los datos para los años 2009, 2010 y 2011. La información es presentada en forma de tablas y gráficos.

Software: Epidat (versión 4.0). Excel (versión 2007). R (versión 3.1.0).

En el cuadro 2 se presenta la matriz de datos de la investigación.

Cuadro 2: Matriz de datos de la investigación

UNIDADES DE ANÁLISIS	NOMBRE DE LA VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	VALORES DE LA VARIABLE						
Provincias	1990 2000 2010	TMI	Expresa el riesgo de morir en menores de un año	Nº muertes de menores de 1 año/Nº NV en ese mismo año y lugar (expresada cada 1000 NV)	0→1000					
						1990 2000 2010	TMM5a	Expresa el riesgo de morir antes de cumplir los cinco años	Nº muertes de menores de 5 años/Nº NV en ese mismo año y lugar (expresada cada 1000 NV)	0→1000

Fuente: elaboración propia

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil

TMM5a: Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años

RMM= Razón de mortalidad materna

NV= Nacidos vivos

Describiremos a continuación las medidas resumen utilizadas para el análisis de desigualdades. Poniendo como ejemplo la TMI, se calculan de la siguiente manera (Schneider et al., 2002):

$$RT = \frac{\text{TMI de la provincia con mayor \% de NBI}}{\text{TMI de la provincia con menor \% de NBI}}$$

$$DT = \text{TMI de la provincia con mayor \% de NBI} - \text{TMI de la provincia con menor \% de NBI}$$

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

$$\text{RAP\%} = \left[\frac{\text{TMI general} - \text{Tasa de la provincia con menor \% de NBI}}{\text{TMI general}} \right] \times 100$$

Índice de Gini: aplicado a salud, el eje de las abscisas representa la proporción acumulada de la población (en nuestro caso, nacidos vivos) y el eje de las ordenadas la proporción acumulada de la variable de salud bajo estudio, las poblaciones se ordenan según la variable de salud, de la peor situación a la mejor; el coeficiente de Gini es el doble del área entre la curva de Lorenz y la diagonal, toma valores entre cero (igualdad perfecta) y uno (máxima desigualdad) (Schneider et al, 2002).

Índice de Efecto: es la pendiente del modelo de regresión lineal que relaciona el indicador socioeconómico con el indicador de salud (TMI). Luego $\text{TMI} = a + b \cdot \text{NBI} + \xi_i$, donde a representa el intercepto, b la pendiente y ξ_i el error aleatorio en el grupo i (Xunta de Galicia, 2011). Se calculó el índice de efecto a partir de una regresión lineal simple de la variable de salud en función del porcentaje de población con NBI, para cada uno de los períodos de tiempo estudiados, con su intervalo de confianza del 95%. Se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson, con un intervalo de confianza del 95%.

4.6 Consideraciones éticas

Las justificaciones siguientes se basan en la Guía de Investigación en Salud Humana (Ministerio de Salud de la Nación, c).

La presente investigación intentó respetar la validez científica, en el sentido de que los métodos propuestos se adecúen a los objetivos de la misma y al campo de estudio.

El hecho de utilizar información no vinculada (aquella que no se puede relacionar con el individuo a quien se refiere), y dado que la investigadora no conoce a la persona, hacen que la confidencialidad no esté en riesgo; no resulta necesario tampoco obtener un consentimiento informado.

Dentro de las excepciones para la evaluación de los proyectos por un comité de ética, figuran las investigaciones en que no participan seres humanos o cuando se utiliza información de tipo pública, siempre que no se identifique a los individuos de ningún modo; por lo cual el presente trabajo estaría exceptuado de ser evaluado por un Comité de Ética de la Investigación.

Una vez que el trabajo final sea evaluado y aprobado, la investigadora se compromete a divulgar los resultados del mismo por alguno de los medios apropiados disponibles.

No se evidencian conflictos de intereses.

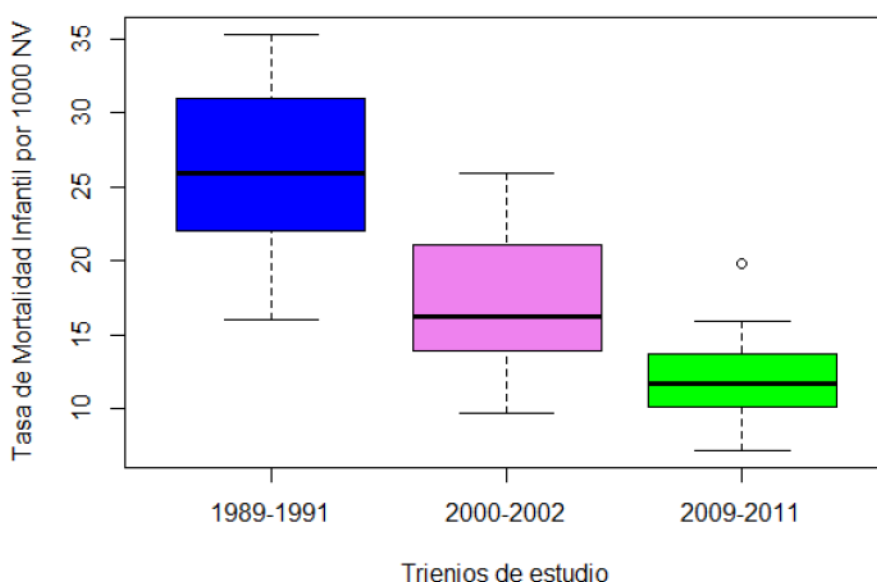
5. RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo

Durante el período comprendido entre 1990 y 2010 observamos una disminución del riesgo de morir en menores de un año, la cual fue sostenida para todas las provincias, y produjo en términos medios una reducción del 55 %.

Se observó además un descenso progresivo de los valores mínimo y máximo, la media, la mediana y el desvío estándar de la TMI, lo cual da una idea de una reducción de la variabilidad intragrupo entre las etapas evaluadas; a excepción de la provincia de Formosa que presentó un valor de TMI de 19,83, en el trienio 2009-2011, superior al conjunto de observaciones para el período (Figura 5). Provincias como San Luis, Jujuy, Tierra del Fuego y Río Negro fueron las que presentaron la mayor reducción porcentual de la variación total para la TMI, mientras que Formosa fue la que mostró el menor descenso (Tabla 1).

Figura 5: Distribución de la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 nacidos vivos) en Argentina por trienios: 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 1: Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.

provincia	TMI1	TMI2	TMI3	VP1/2	VP2/3	VPT
Tierra del Fuego	20,87	9,9	7,2	-52,56	-27,27	-65,5
Jujuy	34,8	20,7	12,6	-40,52	-39,13	-63,79
Río Negro	24,23	15,37	9,27	-36,59	-39,7	-61,76
San Luis	30,7	17,17	11,97	-44,08	-30,29	-61,02
Santa Fe	26,27	14,23	10,73	-45,81	-24,59	-59,14
Chaco	35,33	24,2	14,63	-31,51	-39,53	-58,58
San Juan	25,63	19,47	10,63	-24,06	-45,38	-58,52
Salta	32,5	18,93	13,6	-41,74	-28,17	-58,15
Misiones	31,3	21,37	13,3	-31,74	-37,75	-57,51
Sgo del Estero	28,7	13,47	12,6	-53,08	-6,44	-56,1
Catamarca	33,2	19,03	14,63	-42,67	-23,12	-55,92
Neuquén	18,13	12,03	8,1	-33,64	-32,69	-55,33
Mendoza	23,3	12,9	10,43	-44,64	-19,12	-55,22
Chubut	20,87	15,57	9,8	-25,4	-37,04	-53,04
La Pampa	22,07	13,6	10,37	-38,37	-23,77	-53,02
Santa Cruz	20,8	16,3	9,9	-21,63	-39,26	-52,4
Entre Ríos	23,8	16,1	11,47	-32,35	-28,78	-51,82
La Rioja	30,23	21,73	14,57	-28,11	-32,98	-51,82
Tucumán	28,5	23,73	13,77	-16,73	-41,99	-51,7
Córdoba	21,87	15,33	10,87	-29,88	-29,13	-50,3
Buenos Aires	24,1	15,43	12,1	-35,96	-21,6	-49,79
CABA	15,97	9,67	8,1	-39,46	-16,21	-49,27
Corrientes	31,3	25,9	15,93	-17,25	-38,48	-49,09
Formosa	29,9	25,8	19,83	-13,71	-23,13	-33,67
Media	26,4	17,41	11,93			
DS	5,41	4,7	2,84			
Mínimo	15,97	9,67	7,2			
Máximo	35,33	25,9	19,83			
Percentil 25	22,02	14,075	10,25			
Percentil 75	30,85	20,87	13,64			

Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación.

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil

1= primer trienio (promedio años 1989/1990/1991)

2= segundo trienio (promedio años 2000/2001/2002)

3= tercer trienio (promedio años 2009/2010/2011)

DS= Desvío estándar

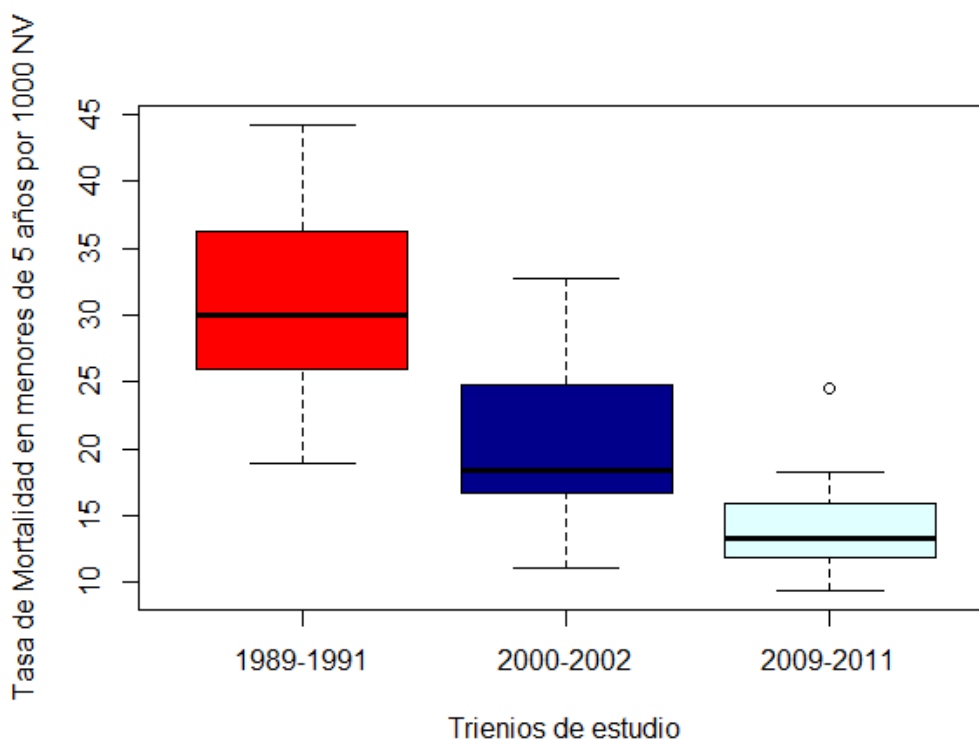
VP 1/2= variación porcentual período 1-2

VP 2/3= variación porcentual período 2-3

VPT= variación porcentual total del período de estudio (1-3)

La TMM5a exhibió un comportamiento similar a la TMI, con tendencia a la mejoría paulatina de los valores para todas las provincias durante el período de estudio, así como de las medidas de resumen y de tendencia central. Se identifican las mismas provincias en situación favorable respecto de la variación total de período para el indicador, a las que se suma Misiones; Formosa mantiene la condición desventajosa de ser la provincia con menor variación total (Figura 6 y Tabla 2).

Figura 6: Distribución de la Tasa de Mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) en Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 2: Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.

provincia	TMM5a1	TMM5a2	TMM5a3	VP1/2	VP2/3	VPT
Jujuy	44,23	25,16	14,93	-43,12	-40,66	-66,25
Tierra del Fuego	26,84	11,53	9,44	-57,04	-18,09	-64,81
Río Negro	28,32	17,83	11,07	-37,01	-37,96	-60,92
Misiones	37,97	24,73	15,09	-34,88	-38,95	-60,25
San Luis	33,48	19,08	13,51	-43,01	-29,21	-59,65
Salta	41,52	23,34	17,04	-43,78	-27	-58,96
Chaco	43,75	29,59	18,31	-32,35	-38,14	-58,15
Santa Fe	29,69	16,5	12,47	-44,42	-24,41	-57,99
San Juan	30,2	22,43	12,82	-25,73	-42,83	-57,54
Neuquén	21,72	14,14	9,71	-34,9	-31,35	-55,31
Catamarca	35,72	21,63	16,14	-39,46	-25,35	-54,8
Sgo del Estero	32,44	16,86	14,81	-48,03	-12,13	-54,34
Mendoza	27,54	15,85	12,59	-42,47	-20,56	-54,3
La Pampa	25,15	15,98	11,51	-36,46	-27,96	-54,23
Corrientes	36,87	29,47	17,18	-20,07	-41,69	-53,4
La Rioja	35,18	24,91	16,66	-29,19	-33,12	-52,64
Córdoba	24,73	17,94	11,91	-27,47	-33,59	-51,84
Chubut	24,38	17,88	11,77	-26,67	-34,17	-51,73
Tucumán	32,01	26,27	15,58	-17,92	-40,68	-51,31
Entre Ríos	26,8	18,09	13,19	-32,48	-27,12	-50,79
CABA	18,85	11,03	9,39	-41,49	-14,8	-50,15
Buenos Aires	27,23	17,43	13,96	-36	-19,92	-48,75
Santa Cruz	22,66	18,57	12,16	-18,05	-34,53	-46,35
Formosa	38,78	32,68	24,55	-15,73	-24,89	-36,71
Media	31,08	20,37	13,99			
DS	7,02	5,67	3,37			
Mínimo	18,85	11,03	9,39			
Máximo	44,23	32,68	24,55			
Percentil 25	26,38	16,77	11,88			
Percentil 75	36,01	24,77	15,72			

Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación.

TMM5a= Tasa de Mortalidad en menores de 5 años

1= primer trienio (promedio años 1989/1990/1991)

2= segundo trienio (promedio años 2000/2001/2002)

3= tercer trienio (promedio años 2009/2010/2011)

DS= Desvío estándar

VP 1/2= variación porcentual entre trienios 1 y 2

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

VP 2/3= variación porcentual entre trienios 2 y 3

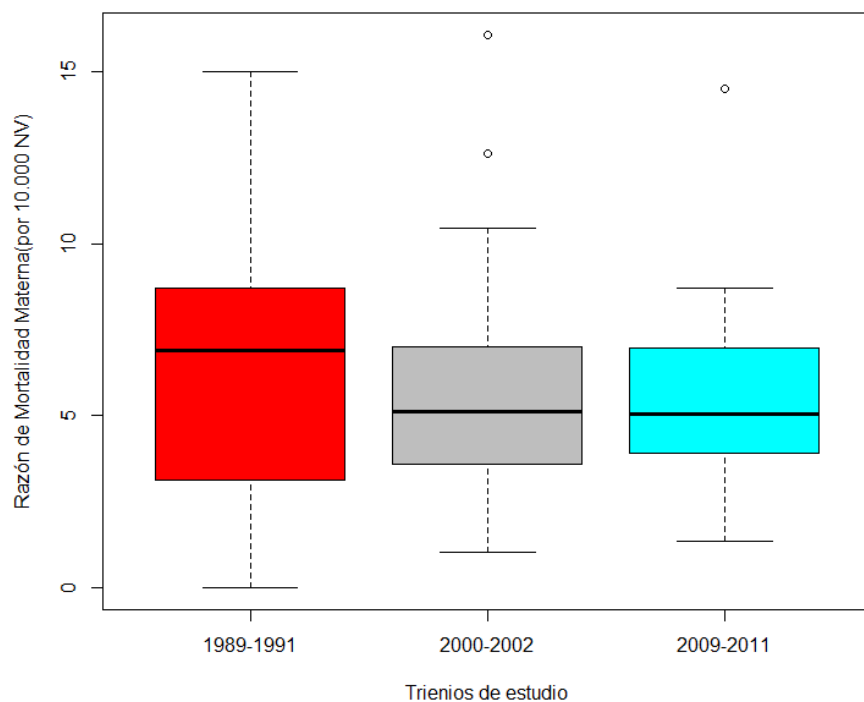
VPT= variación porcentual total del período de estudio (entre trienios 1 y 3)

En cambio, la situación es diferente respecto de la RMM. Se observó que nueve provincias presentaron una variación total de período positiva, algunas de ellas, como Entre Ríos; La Pampa y Córdoba, tuvieron valores para el trienio 2009-2011 de prácticamente el doble respecto del de 1989-1991. Algunas unidades de análisis exhibieron un descenso del período 1 al 2 y aumento del 2 al 3, mientras que otras tuvieron una tendencia creciente al aumento analizando desde el período 1 al 3.

La figura 7 muestra que la situación de la mortalidad materna se mantuvo prácticamente estable durante el período 2000-2010: el desvío estándar y la media mostraron una leve disminución; la mediana bajó de la primera a la segunda etapa, y se mantuvo prácticamente estable de la segunda a la tercera. Al igual que en la TMI, algunas provincias mostraron valores extremos, como Jujuy y Formosa en el trienio 2000-2002, y Formosa en el último trienio. Santa Cruz y Corrientes fueron las provincias que tuvieron la mayor variación total negativa, ambas disminuyeron su RMM a más de la mitad a lo largo de las dos décadas, pasando de valores de 7,1 a 2,83; y 11,2 a 5,37 respectivamente (Tabla 3).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 58 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Figura 7: Distribución de la Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos) en Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011



Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 3: Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos) por provincias argentinas, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.

Provincia	RMM1	RMM2	RMM3	VP1/2	VP2/3	VPT
Santa Cruz	7,1	4	2,83	-43,4	-29,17	-59,91
Corrientes	11,2	6,1	5,37	-45,37	-12,02	-51,94
Río Negro	2,7	4,4	1,4	62,96	-68,18	-48,15
Sgo del Estero	8,3	7,6	4,33	-8,8	-42,98	-48
Salta	11,6	5,9	6,03	-49,14	2,26	-47,99
San Juan	8,8	8,23	4,87	-6,44	-40,89	-44,7
Mendoza	7	5,97	3,9	-15,17	-34,64	-44,55
T. del Fuego	0	8,7	5,2	N/C	-40,23	-40,23
CABA	2,2	1,23	1,33	-43,94	8,11	-39,39
Chaco	12,7	10,47	8,6	-17,8	-17,83	-32,46
Jujuy	11	12,63	7,83	14,85	-37,99	-28,79
Santa Fe	5,1	4,67	4,23	-8,5	-9,29	-16,99
San Luis	6,8	6,43	5,83	-5,85	-9,33	-14,63
Tucumán	3,7	5,07	3,53	35,71	-30,26	-5,36
Formosa	15	16,07	14,5	6,87	-9,75	-3,55
Misiones	8,6	5,13	8,7	-40,54	69,48	0,77
Catamarca	8,1	4,95	8,37	-39,14	69,02	2,87
La Rioja	7,6	6,4	8,57	-15,79	33,85	12,72
Neuquén	3,3	1	3,73	-69,7	273,33	13,13
Chubut	3	3,17	4,03	4,4	27,37	32,97
Buenos Aires	2,9	2,23	3,87	-22,99	73,13	33,33
La Pampa	3,5	5	6,07	42,86	21,33	73,33
Córdoba	2,6	2,13	4,63	-18,99	117,19	75,95
Entre Ríos	3,2	3,03	5,83	-4,21	92,31	84,21
Media	6,5	5,85	5,57			
DS	3,92	3,52	2,83			
Mínimo	0	1	1,33			
Máximo	15,03	16,07	14,5			
Percentil 25	3,13	3,79	3,89			
Percentil 75	8,68	6,73	6,51			

Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación.

RMM= Razón de Mortalidad Materna

1= primer trienio (promedio años 1989/1990/1991)

2= segundo trienio (promedio años 2000/2001/2002)

3= tercer trienio (promedio años 2009/2010/2011)

DS= Desvío estándar

VP 1/2= variación porcentual entre trienios 1 y 2

VP 2/3= variación porcentual entre trienios 2 y 3

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 60 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

VPT= variación porcentual total del período de estudio (entre trienios 1 y 3)
N/C= no corresponde

En relación al indicador socioeconómico NBI, para todas las provincias se evidenció una mejoría a lo largo del período, siendo La Pampa; Santa Fe y San Luis las que mostraron mayor variación total, en tanto Tierra del Fuego y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) fueron las unidades con menor nivel de descenso. Las medidas de resumen y tendencia central disminuyeron paulatinamente durante toda la fase (Tabla 4 y figura 8); se observa claramente una reducción de la variabilidad del indicador entre las provincias a medida que se avanza en los trienios (figura 9).

Pese a la aparente mejora de este indicador, aún persisten provincias como Salta; Chaco y Formosa, que presentan valores elevados del indicador, cercanos al 20 %, siendo que La Pampa exhibe un valor de 3,79, alrededor de cinco veces menor que las tres unidades en peor situación (Tabla 4).

Tabla 4: Porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas por provincias argentinas, años 1991; 2001 y 2010. Variación porcentual entre períodos y medidas resumen.

provincia	NBI1	NBI2	NBI3	VP1/2	VP2/3	VPT
La Pampa	13,5	10,3	3,79	-23,7	-63,2	-71,93
Santa Fe	17,6	14,8	6,42	-15,91	-56,62	-63,52
San Luis	21,5	15,6	7,86	-27,44	-49,62	-63,44
Chubut	21,9	15,5	8,44	-29,22	-45,55	-61,46
Entre Ríos	20,6	17,6	8,04	-14,56	-54,32	-60,97
Córdoba	15,1	13	6	-13,91	-53,85	-60,26
Catamarca	28,2	21,5	11,32	-23,76	-47,35	-59,86
Río Negro	23,2	17,9	9,42	-22,84	-47,37	-59,4
Mendoza	17,6	15,4	7,61	-12,5	-50,58	-56,76
Jujuy	35,5	28,8	15,47	-18,87	-46,28	-56,42
La Rioja	27	20,4	12,25	-24,44	-39,95	-54,63
Chaco	39,5	33	18,17	-16,46	-44,94	-54
Sgo del Estero	38,2	31,3	17,63	-18,06	-43,67	-53,85
Misiones	33,6	27,1	15,63	-19,35	-42,32	-53,48
Buenos Aires	17,2	15,8	8,15	-8,14	-48,42	-52,62
Tucumán	27,7	23,9	13,27	-13,72	-44,48	-52,09
Corrientes	31,4	28,5	15,08	-9,24	-47,09	-51,97
Neuquén	21,4	17	10,37	-20,56	-39	-51,54
Formosa	39,1	33,6	19,73	-14,07	-41,28	-49,54
San Juan	19,8	17,4	10,23	-12,12	-41,21	-48,33
Salta	37,1	31,6	19,42	-14,82	-38,54	-47,65
Santa Cruz	14,7	10,4	8,25	-29,25	-20,67	-43,88
T. del Fuego	22,4	14,1	14,2	-37,05	0,71	-36,61
CABA	8,1	7,8	5,98	-3,7	-23,33	-26,17
Media	24,66	20,1	11,36			
DS	8,99	7,76	4,63			
Mínimo	8,1	7,8	3,79			
Máximo	39,5	33,6	19,73			
Percentil 25	17,6	15,25	8			
Percentil 75	31,95	27,45	15,18			

Fuente: elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INDEC)

NBI= Necesidades Básicas Insatisfechas

1= año 1991

2= año 2001

3= año 2010

DS: Desvío estándar

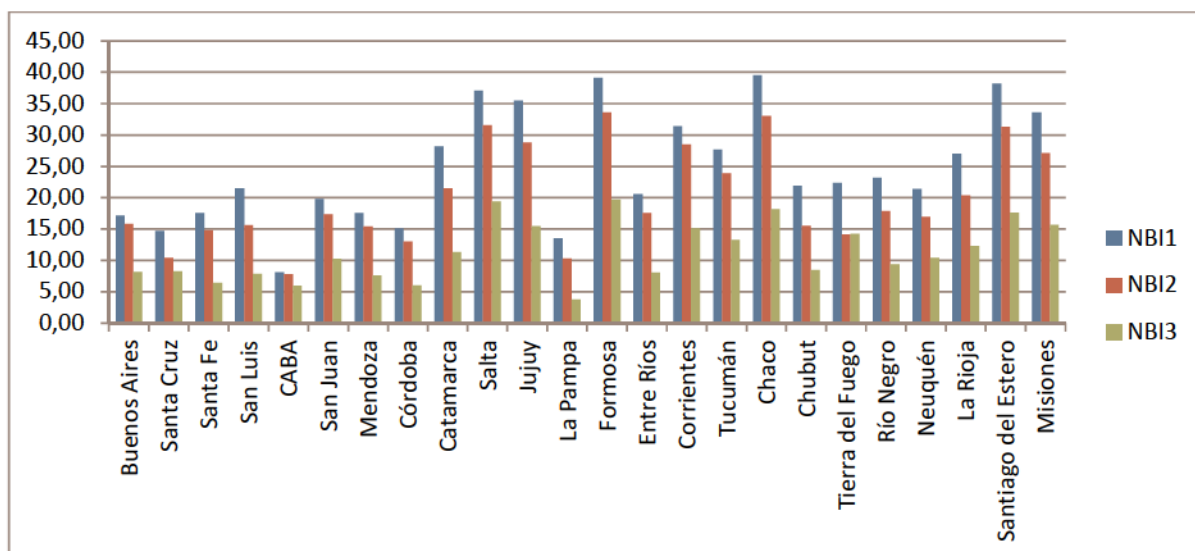
VP 1/2: variación porcentual entre período 1 y 2

VP 2/3: variación porcentual entre período 2 y 3

VPT: variación porcentual total del período de estudio (entre períodos 1 y 3)

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 62 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Figura 8: Porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas según provincias argentinas, años 1991; 2001 y 2010.



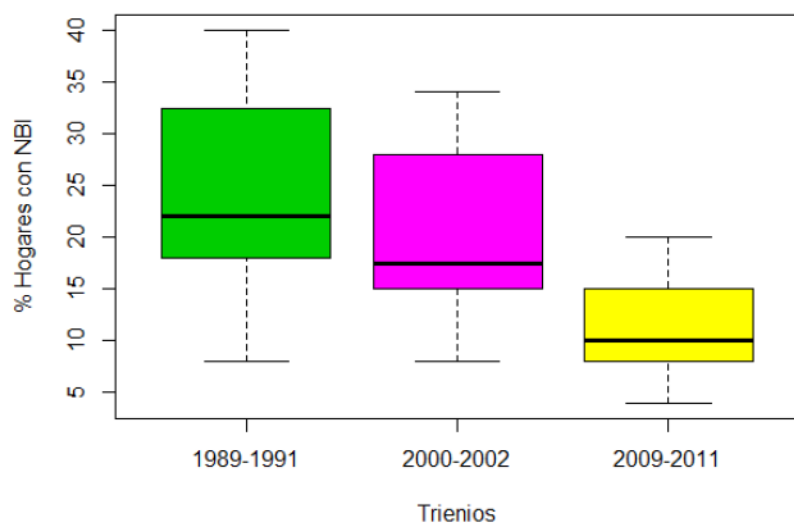
Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC.

NBI1= Necesidades Básicas Insatisfechas año 1991

NBI2= Necesidades Básicas Insatisfechas año 2001

NBI3= Necesidades Básicas Insatisfechas año 2010

Figura 9: Distribución del porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas en Argentina, años 1991; 2001 y 2010.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

NBI= Necesidades Básicas Insatisfechas

5.2 Análisis de desigualdades

5.2.1 Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)

Tanto la DT como el RAP apuntaron para una disminución progresiva de la magnitud de la desigualdad desde el inicio hasta el final del período de estudio, a partir de la comparación de los valores de la provincia con peor situación socioeconómica (medida en este caso por NBI) con la de mejor situación. La RT exhibió un aumento luego de la primera década y un descenso en la segunda, del 2000-2002 al 2009-2011.

Sin embargo, y a pesar del descenso sostenido observado en todas las unidades de análisis, las provincias con peores condiciones de vida siguen detentando mayor mortalidad infantil. De este modo, en la provincia con mayor porcentaje de NBI, el riesgo de morir de los niños menores de un año es dos veces más que en la provincia con menos privación, para todos los cortes temporales, escenario aún peor en el trienio 2000-2002 donde ese valor se acerca a tres. En un sentido absoluto, en el primer trienio, en Chaco hubo 466 muertes más en menores de 1 año que las que podrían esperarse si su situación mejorase hasta el nivel de CABA. El exceso de fallecimientos desciende a 203 en el segundo período (Formosa vs CABA) y 113 en el tercero (Formosa vs La Pampa).

Por otro lado, Si todas las provincias tuvieran la TMI de la que tiene mejor situación socioeconómica, se evitarían en promedio, para el primer trienio, 9,41 muertes por cada 1000 nacidos vivos, lo que representa el 37% de las muertes que se producen a nivel nacional. Estos valores son de 6,42 y 41,69% para el segundo período, 1,52 y 12,79% para el tercero, respectivamente (Tabla 5).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 64 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Tabla 5: Índices basados en rangos para Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.

Medida \ Indicador	TMI 1989-1991	TMI 2000-2002	TMI 2009-2011
RT(IC)	2,21 (1,99-2,45)	2,67 (2,3-3,09)	1,91 (1,45-2,62)
DT*	19,37	16,13	9,47
RAP	9,41	6,92	1,52
RAP relativo (%)	37,08	41,69	12,79

Fuente: elaboración propia

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil

RT= Razón de Tasas

DT= Diferencia de Tasas

RAP= Riesgo Atribuible Poblacional

RAP relativo %= Riesgo Atribuible Poblacional Relativo

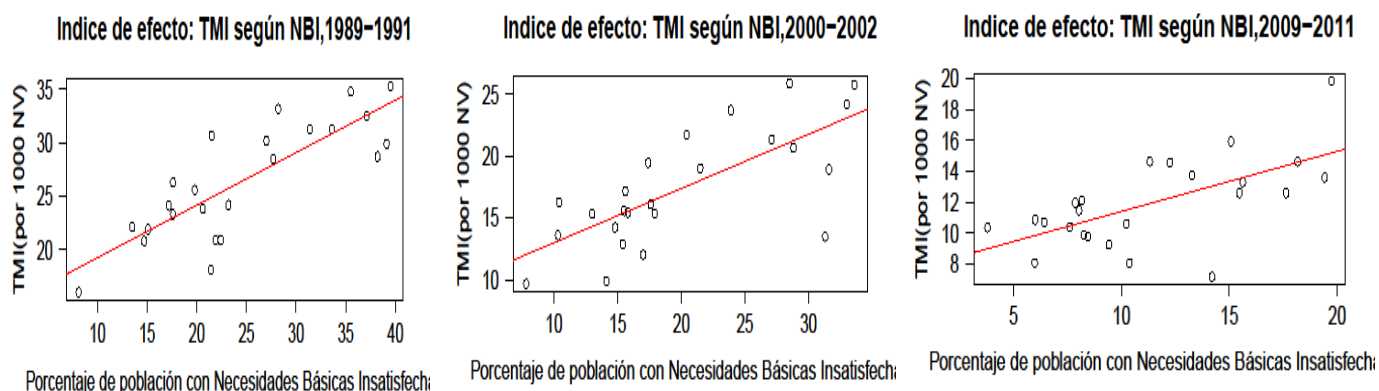
IC= Intervalo de Confianza del 95%

* = por 1000 nacidos vivos

Respecto de la relación entre la TMI y el porcentaje de población con NBI, la correlación entre ambas resultó elevada, con valores del coeficiente de correlación lineal de Pearson entre 0,63 y 0,82 de acuerdo al período. El índice de efecto mostró resultados similares para la primera y segunda década, y un descenso hacia el final del período de estudio; el mismo indica que, en promedio, la TMI aumenta en 0,49 muertes cada mil nacidos vivos en el trienio 1, 0,44 en el 2 y 0,39 en el 3 por cada incremento de un punto en el porcentaje de NBI por provincias; los intervalos de confianza del índice de efecto se superponen, por lo que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas. El modelo mostró un mejor ajuste para el trienio 1989-1991; la figura 10 muestra el intervalo de confianza del índice de efecto, los valores del coeficiente de correlación de Pearson y sus respectivos intervalos de confianza, y los coeficientes de determinación como medida de la bondad del ajuste del modelo de regresión. El test de Shapiro-Wilk resultó no significativo para la variable TMI, lo cual avaló la utilización de la medida del índice de efecto, basado en regresión.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 65 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Figura 10: Índices basados en el concepto de regresión para la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto



	TMI 1989-1991	TMI 2000-2002	TMI 2009-2011
Índice de efecto (IC)	0.492 (0.34-0.645)	0.439 (0.255- 0.623)	0.388 (0.178-0.598)
R ²	0.671	0.5257	0.4003
R ² ajustado	0.6561	0.5041	0.373
r (IC)	0.82 (0.62-0.92)	0.72 (0.45- 0.87)	0.63 (0.31-0.82)

Fuente: elaboración propia

r = coeficiente de correlación lineal de Pearson

R²= coeficiente de determinación

IC= Intervalo de Confianza del 95%

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil

5.2.2 Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años (TMM5a)

En líneas generales, la TMM5a mostró un comportamiento similar al de la TMI: de los índices basados en rangos, sólo la DT y el RAP presentaron una tendencia progresivamente descendente desde el inicio hacia el final de la fase. En tanto que la RT y el RAP% exhibieron un aumento luego de la primera etapa, seguida de un descenso en la segunda; el RAP% disminuyó su valor a menos de la mitad desde 2000-2002 a 2009-2011.

Para el período 2000-2002, en la provincia con peor situación socioeconómica (Formosa) murieron casi tres veces más niños menores de cinco años cada mil nacidos vivos, en relación con la provincia de mejor situación (CABA). Respecto de las diferencias absolutas

del riesgo de morir, para el primer período, en la unidad con mayor privación (Chaco) murieron casi 600 niños menores de cinco años más, que los que podrían esperarse si su situación mejorase hasta el nivel de CABA; mientras que este valor fue de 156 más niños para el último trienio (Formosa vs La Pampa).

Si todas las provincias tuvieran la tasa de la que tiene mejores condiciones socioeconómicas, se hubieran reducido en promedio el 36% de las muertes de menores de cinco años en el primer trienio, el 43% en el segundo y el 17% de ellas en el tercero; en términos absolutos, se evitarían en promedio 10,62 muertes de menores de cinco años por cada 1000 niños que nacen para el primer trienio; 8,17 para el segundo período, 2,29 para el tercero (Tabla 6).

Tabla 6: Índices basados en rangos para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.

Medida \ Indicador	TMM5a 1989-1991	TMM5a 2000-2002	TMM5a 2009-2011
RT (IC)	2,32 (2,12-2,55)	2,97 (2,59-3,38)	2,13 (1,66-2,88)
DT*	24,9	21,66	13,04
RAP	10,62	8,17	2,29
RAP relativo (%)	36,04	42,55	16,59

Fuente: elaboración propia

TMM5a: Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años

RT= Razón de Tasas

DT= Diferencia de Tasas

RAP= Riesgo Atribuible Poblacional

RAP%= Riesgo Atribuible Poblacional Relativo

IC= Intervalo de Confianza de la Razón de Tasas (95%)

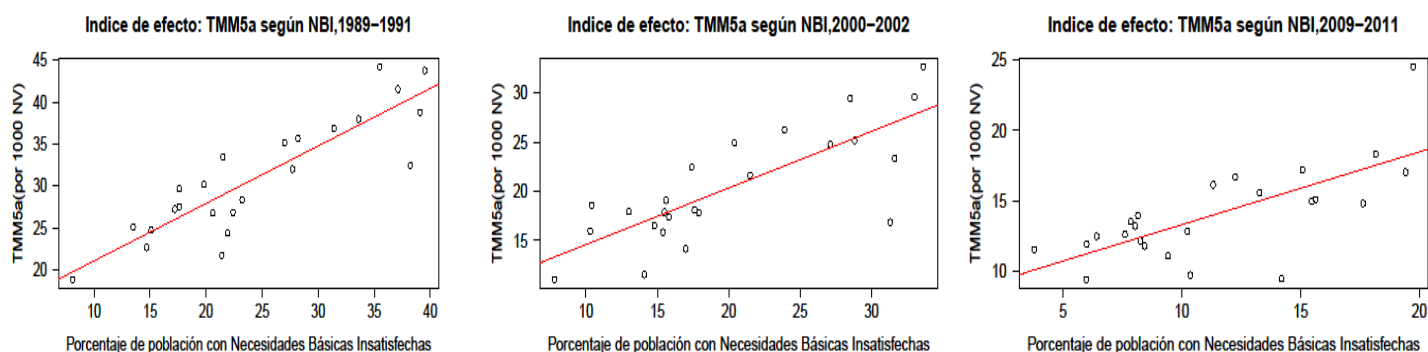
*= por 1000 nacidos vivos

El índice de efecto, si bien con intervalos de confianza sobrepuestos, manifestó una tendencia lentamente descendente desde el inicio hacia el final del período; su análisis revela que, en términos medios, la TMM5a aumenta en 0,68; 0,57 y 0,51 muertes por mil nacidos vivos, por cada unidad de aumento del porcentaje de NBI en la unidad de análisis, para los trienios 1989-1991; 2000-2002 y 2009-2011 respectivamente (Figura 11). Como en el caso de la TMI, la correlación entre TMM5a y NBI resultó elevada, con valores del coeficiente de correlación lineal de Pearson entre 0,71 y 0,88 de acuerdo al período. El test de Shapiro-Wilk

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 67 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

resultó no significativo para la variable TMM5a para los períodos 1 y 2, lo cual avaló la utilización de la medida del índice de efecto, basado en regresión. El ajuste del modelo es mejor para el primer trienio; la figura 13 muestra el intervalo de confianza del índice de efecto, los valores del coeficiente de correlación de Pearson y sus respectivos intervalos de confianza, y los coeficientes de determinación como medida de la bondad del ajuste del modelo de regresión .

Figura 11: Índices basados en el concepto de regresión para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto



	TMM5a 1989-1991	TMM5a 2000-2002	TMM5a 2009-2011
Índice de efecto (IC)	0.685 (0.52- 0.851)	0.575 (0.376- 0.775)	0.518 (0.293- 0.743)
R ²	0.7708	0.6195	0.508
R ² ajustado	0.7604	0.6023	0.4857
r (IC)	0.88 (0.73- 0.95)	0.79 (0.56-0.9)	0.71 (0.43- 0.87)

Fuente: elaboración propia
 r = coeficiente de correlación lineal de Pearson
 R²= coeficiente de determinación
 IC= intervalo de confianza del 95%
 TMM5a: Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años

5.2.3 Razón de Mortalidad Materna (RMM)

Este indicador mostró un patrón de comportamiento propio, con algunas características distintivas respecto de los dos previamente analizados. Los tres índices basados en rango

exhibieron un marcado incremento luego de la primera década, con un importante descenso luego de la segunda; el RAP relativo y porcentual mostró un valor atípico (negativo) para el tercer trienio. Esto no ocurrió al realizar el ordenamiento por la variable de salud, en vez de hacerlo por NBI; tal como será analizado más adelante, puede que esto se deba a que el NBI no sea un proxy adecuado del nivel socioeconómico, como variable explicativa del comportamiento de la mortalidad materna.

La RT reveló diferencias abismales entre las unidades de análisis en el primer y segundo trienios; para la línea de base, en la provincia con peor situación de NBI (Chaco), el riesgo de morir de las mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio fue de seis veces más que en la provincia con menos privación (CABA) En el trienio 2000-2002, este valor fue de trece veces más (Formosa respecto de CABA). Los intervalos de confianza para la RT (Tabla 7) son más amplios que en el caso de la TMI y la TMM5a; esto puede deberse al menor número de eventos en el numerador de la RMM respecto de las otras dos medidas de salud; a su vez, los mismos se superponen, por lo que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

En un sentido absoluto, en la unidad con peores condiciones socioeconómicas, ocurrieron en Chaco, para el trienio 1989-1991, 25 muertes maternas más que las que podrían esperarse si su situación mejorase hasta el nivel de CABA; el exceso de muertes maternas fue de 18 para el segundo período y de 10 para el tercero.

Según este análisis, si todas las provincias tuvieran la tasa de la que tiene mejor condición socioeconómica, se hubieran reducido en promedio 3 muertes maternas cada 10.000 nacidos vivos en el primero y segundo trienio (Tabla 7).

Tabla 7: Índices basados en rangos para Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011.

Medida desigualdad \ Indicador	RMM 1989-1991	RMM 2000-2002	RMM 2009-2011
RT (IC)	5,99 (3,17-16,47)	13,48(6,07-74,62)	2,59**
DT*	10,53	14,83	8,43
RAP	2,95	2,97	---
RAP relativo (%)	57,27	70,63	---

Fuente: elaboración propia

** El intervalo de confianza da un valor no coherente
RMM= Razón de Mortalidad Materna

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 69 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

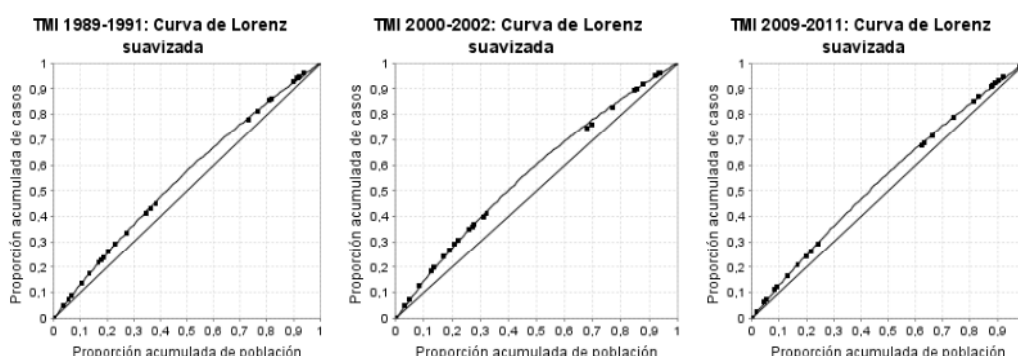
RT= Razón de Tasas
 DT= Diferencia de Tasas
 RAP= Riesgo Atribuible Poblacional
 RAP relativo%= Riesgo Atribuible Poblacional Relativo
 IC= Intervalo de Confianza de la Razón de Tasas (95%)
 * = por 10.000 nacidos vivos

Para la RMM no se utilizaron medidas de regresión debido a que en este caso no se cumple el requisito de relación lineal entre la variable de salud y la socioeconómica para los períodos 2 y 3, con un test de normalidad de Shapiro-Wilk significativo. El ajuste del modelo es en términos generales más pobre que para el caso de la TMI y la TMM5a (ver anexo)

5.2.4 Índice de Gini para TMI; TMM5a y RMM.

Para la TMI, si bien el índice de Gini mostró valores más cercanos a cero (igualdad perfecta) que a uno (desigualdad total) en los tres cortes temporales, en términos comparativos se observó un aumento luego de la primera década, y un descenso hacia el final de la fase de estudio, en que alcanzó valores inferiores a los de la línea de base de 1989-1991. En el trienio 2000-2002, momento que exhibió la mayor desigualdad, la curva de Lorenz muestra que el 30% de los eventos de muerte infantil ocurrieron en un 20% de la población de nacidos vivos (figura 12).

Figura 12: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz



	TMI 1989-1991	TMI 2000-2002	TMI 2009-2011
Índice de Gini suavizado	0,1023	0,1372	0,092

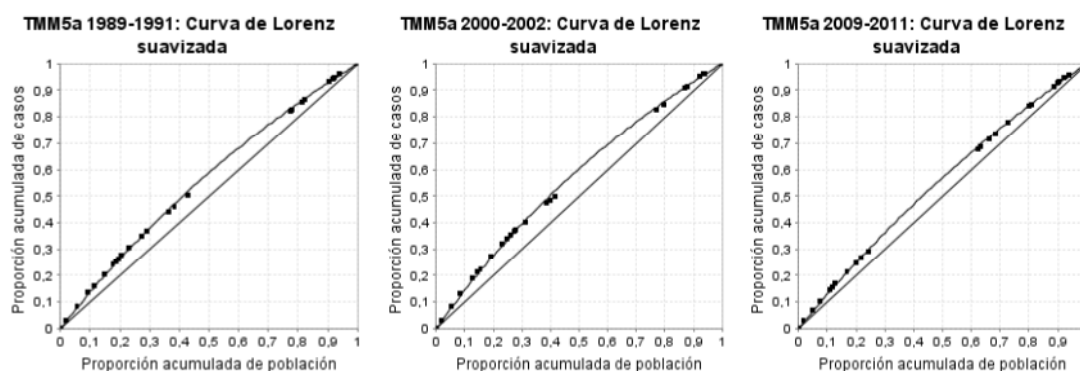
Fuente: elaboración propia

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 70 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil

Respecto de la TMM5a, el índice de Gini mantuvo un comportamiento similar al registrado para la TMI, con valores más cercanos a cero que a uno en los tres trienios; en el período 2000-2002 el índice de Gini indica mayor desigualdad, luego disminuye a valores inferiores a los de la línea de base del trienio 1 en el tercer período. (Figura 13).

Figura 13: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz



	TMM5a 1989-1991	TMM5a 2000-2002	TMM5a 2009-2011
Índ. Gini suavizado	0,1186	0,1394	0,0943

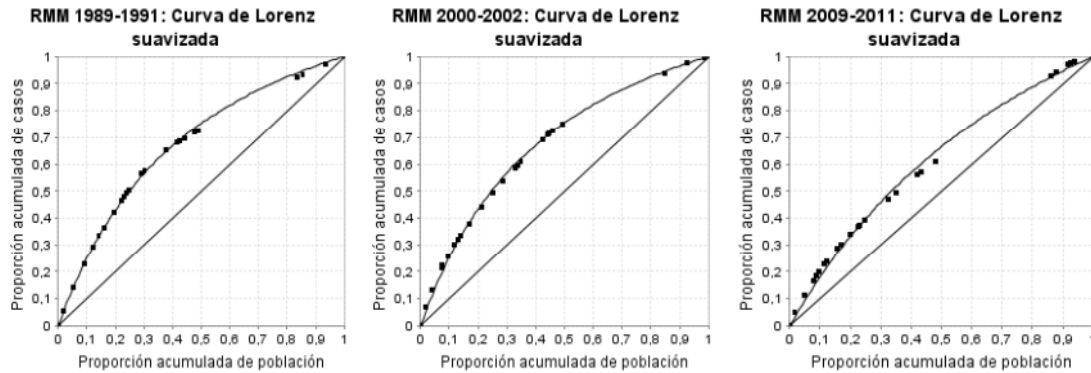
Fuente: elaboración propia

TMM5a= Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años

En relación a la mortalidad materna, también en este caso observamos una desigualdad mayor que en el caso de la TMI y la TMM5a. Aquí los valores se acercan más a uno (desigualdad total), con niveles estables del primero al segundo trienio, y valores más cercanos a cero hacia el tercero. En el trienio 2000-2002, momento de mayor desigualdad, el 40% de los eventos de muerte materna se concentraron en un 20% de los nacidos vivos (figura 14).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 71 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Figura 14: Índices basados en el concepto de desproporcionalidad para Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de Gini suavizado y curva de Lorenz



	RMM 1989-1991	RMM 2000-2002	RMM 2009-2011
Índice Gini suavizado	0,3557	0,359	0,2253

Fuente: elaboración propia

RMM= Razón de Mortalidad Materna

6. DISCUSIÓN

Los indicadores relacionados con la salud infantil mostraron una evolución favorable a lo largo de las dos décadas estudiadas. Desde la óptica de las desigualdades, se registró una disminución de la brecha a lo largo del período de estudio, a expensas principalmente del período 2000-2010. La TMI mostró una tendencia descendente para cada una de las provincias, situación concordante con el comportamiento que viene exhibiendo la tasa desde mediados del siglo pasado en Argentina y América Latina en general, propendiendo al descenso mismo en períodos de crisis o en contextos políticos y socioeconómicos adversos.

El comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años fue similar al descrito para la mortalidad infantil, las tres primeras causas son las mismas para ambas debido a la significativa proporción de defunciones de niños menores de un año que integran la TMM5a (PNUD, 2012).

¿Cuáles fueron las características del contexto argentino que sirvieron de soporte a la tendencia favorable de la desigualdad en el eje infantil? Por un lado, tal como apuntamos previamente, los años noventa estuvieron marcados por políticas neoliberales de ajuste que dieron como resultado un achicamiento del Estado y un aumento de la desprotección de amplios sectores de la población. Luego de la crisis del 2001 sobrevino un período de recuperación económica y con él una serie de medidas beneficiosas en términos de ampliación de la cobertura de agua potable; cloacas; empleo y otros indicadores socio sanitarios, sumado a la implementación de programas orientados a niños menores de 6 años, en el marco del Plan Federal de Salud; incluso algunas iniciativas se llevaron a cabo en forma prioritaria en regiones con indicadores sociales más desfavorables (PNUD, 2012).

Un informe de UNICEF (Ortiz & Cummins, 2012) revela que Argentina se ubica dentro de los países que presentaron aumento del crecimiento económico, medido a partir del PBI medio anual per cápita, junto con reducción de la desigualdad en el ingreso, a través del descenso del índice de Gini, para el período 2000-2008. Es importante resaltar aquí el rol beneficioso que en este sentido puede haber tenido la implementación de programas focalizados para mejorar los ingresos de los sectores más postergados.

Si bien la situación infantil mostró evidencias de franca mejoría durante el período observado, aún resta mucho por hacer en términos de reducibilidad: para el año 2010, el 61,8% de las muertes neonatales (durante los primeros 28 días de vida) y el 66,7% de las pos neonatales (entre los 28 días y el año de vida) fueron consideradas evitables. Más de la mitad de las defunciones infantiles acontecieron en el período perinatal, relacionadas con prematuridad

y bajo peso al nacer, luego se ubican las malformaciones congénitas y en tercer lugar las enfermedades respiratorias (PNUD, 2012); a su vez, los porcentajes de reducibilidad presentan diferenciales entre provincias.

En cambio, el comportamiento de la mortalidad materna exhibió un patrón particular, demostrando que todavía representa un problema de salud pública prioritario para Argentina. Se observó un marcado aumento de la desigualdad a nivel subnacional durante la década de los noventa, y una disminución de la brecha en el período 2000-2010; a su vez, las diferencias abismales entre provincias; la escasa variación de la media de la RMM; la situación desfavorable de la mortalidad hacia el final del período respecto de la línea de base para un 30% de las unidades de análisis, entre otros hallazgos obligan a preguntarnos sobre las determinaciones de la muerte materna. En ella confluyen factores relacionados con la pobreza, étnicos y de género, que acentúan situaciones de desigualdad en relación al cuidado de la salud sexual y reproductiva y el acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Por otro lado, llama la atención el hecho de que las provincias que demostraron la situación más desfavorable respecto de la evolución de la RMM, con valores más altos en el trienio 3 con relación al 1, no fueron aquellas con peor porcentaje de NBI. En este punto, consideramos varios factores probables: puede que la capacidad explicativa del NBI en relación al comportamiento de la muerte materna sea limitada, que la complejidad de las múltiples determinaciones de la mortalidad materna que operan a diferentes niveles, interpelando particularmente los servicios de salud, exceda esta relación; que el NBI presente limitaciones propias como proxy del nivel socioeconómico. Pese a las restricciones mencionadas, se eligió trabajar con el nivel de NBI por varias razones, entre ellas disponibilidad de datos comparables entre las unidades de análisis para los tres cortes temporales seleccionados y correlación demostrada con la mortalidad infantil.

El problema de la mortalidad materna adquiere una trascendencia mayor si consideramos que el fallecimiento de una mujer en edad reproductiva tiene consecuencias devastadoras para las familias en las que ocurren estos hechos (principalmente para los niños), y para la comunidad en general; más aún si tenemos en cuenta que en nuestro país prácticamente todas las muertes maternas se consideran evitables, dado que responden a causas destituibles con los conocimientos técnicos y científicos vigentes aplicados a la estructura institucional que da cobertura a la atención del embarazo y el parto (Ministerio de Salud de la Nación, 2004).

La mortalidad materna irrumpe además como un problema de derechos, en tanto puede considerarse como expresión de la negación de múltiples de ellos, emergiendo como la punta de un iceberg: derecho a la vida y seguridad de la persona (derecho vulnerado en una muerte evitable); a conformar una familia; el derecho a la salud; a la igualdad y a gozar de los beneficios del progreso científico (Ramos et al., 2004).

Esta situación nos exige revisar conductas ligadas a las prácticas de los servicios de atención y control del embarazo, parto y puerperio en todos sus niveles; desde la implementación de la estrategia de planificación familiar y el cuidado del embarazo en el primer nivel de atención (captación precoz; calidad e integridad de los controles); hasta la atención institucional del parto en los niveles de complejidad superiores.

La mortalidad materna, como indicador, pone de manifiesto fallas en las respuestas ante situaciones de emergencia que interpelan a los servicios asistenciales: durante el año 2010, la mayor cantidad de muertes maternas estuvieron vinculadas a causas obstétricas directas, tales como hemorragias, infecciones; complicaciones de hipertensión arterial y del puerperio (PNUD, 2012).

Otro aspecto relevante es el peso de las muertes relacionadas con aborto, que en el año 2010 representaron el 20% de las defunciones maternas, porcentaje que puede ser aún mayor considerando el subregistro alrededor de esta causa. Debe llamarse la atención sobre los decesos producidos por procedimientos utilizados para interrumpir el embarazo, realizados en condiciones clandestinas, "poco seguras" (situación agravada en los sectores de bajos recursos) lo cual suele desembocar en incapacidad o muerte de la mujer objeto de dichas prácticas. Las mujeres pobres suelen contar con atención médica cuando acuden a los servicios de salud públicos con alguna complicación relacionada con la práctica abortiva, siendo que los riesgos del aborto se asocian al tipo de método utilizado y la competencia técnica de quien lo realiza (Ramos et al., 2004). La razón de mortalidad materna postaborto presenta grandes variaciones entre provincias, lo cual posiblemente se asocie al acceso a los servicios de atención de calidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Si analizamos las variaciones anuales de la RMM durante las dos décadas para todo el país, observamos que la misma mostró una mejoría entre 1990 y 2000, luego de la crisis del 2001 aumentó. Posteriormente presentó ascensos y descensos, para ubicarse en 2010 en valores levemente inferiores a los de 1990 (PNUD, 2012). Uno de los aspectos a tener en cuenta en el análisis de las fluctuaciones de la tasa y la comparabilidad entre períodos, es que a partir del año 2001 se incorporó una pregunta al informe estadístico de defunción sobre el

antecedente de embarazo con el objetivo de mejorar el subregistro de muerte materna; esto consiguió detectar una mayor cantidad de casos; lo cual puede haber obstaculizado el descenso del indicador.

De alguna manera la mortalidad materna constituye un área donde el sector salud tiene amplia injerencia y condiciones de operar para mejorar la situación del problema en el país; la muerte materna, si bien inmersa en un contexto donde operan las determinaciones socioeconómicas estructurales, está íntimamente relacionada con la organización del sistema sanitario, la cobertura y la calidad de la atención brindada.

En este sentido, frente a la persistencia del aborto como una de las primeras causas de muerte materna, se plantea la necesidad de reforzar las acciones que garanticen los derechos de salud sexual y procreación responsable, asegurando el acceso a información y métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado, así como el rol de los efectores de salud que reciben una mujer en circunstancias de aborto.

Uno de los objetivos de la investigación fue identificar las provincias en situación de mayor desventaja, en este sentido, aparecen como áreas definidas con exceso de problemas de salud Chaco; Formosa y Corrientes, que fueron las unidades con peores indicadores de salud materno infantil; mientras que CABA; Neuquén y Tierra del Fuego exhibieron los mejores valores. Respecto del indicador socioeconómico, CABA; La Pampa y Córdoba se ubicaron en la posición más favorable; en tanto Chaco; Santiago del Estero; Formosa y Salta fueron las provincias más pobres. Resulta necesario tener en cuenta que los elevados niveles de subregistro de muerte infantil observados en Santiago del Estero (Fernández et al, 2008), aspecto presentado en la sección "limitaciones", pueden haber operado en el hecho de que esta provincia no aparezca dentro de las mencionadas al principio del párrafo, en peor situación de salud infantil.

Un estudio desarrollado en nuestro país reveló que, para el año 2002, alrededor del 36 % de las muertes maternas en Formosa acontecieron en mujeres de comunidades indígenas, siendo que la población indígena representaba apenas el 7% de la población total (Ramos et al., 2004), poniendo de manifiesto desigualdades étnicas.

En el informe del PNUD sobre los ODM para Argentina del año 2012 se publica una tendencia de la desigualdad para la TMI; la TMM5a y la RMM: se calculó el índice de Gini para el año 1990, y luego en forma anual para el período 2000-2010. Los valores, si bien presentados para cada uno de los años, son similares a los calculados para los trienios contruidos en nuestra investigación, alrededor de esos años. La publicación del PNUD muestra

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

también una escasa mejoría en la situación de la mortalidad materna durante las dos décadas seleccionadas.

Los hallazgos de la investigación sintonizan con la situación esbozada, para los años 2005-2006, por la sala de situación del Ministerio de Salud de la Nación (2011); si bien realiza el estudio por regiones y el nivel de agregación al interior de ellas es departamental, demostró mayores niveles de desigualdad para la mortalidad materna respecto de la infantil, para todas las regiones analizadas, exhibiendo algunas mayor desigualdad que otras (región sur con el mayor índice de Gini para MI y MM). En el análisis según situación socioeconómica, para varias de las regiones el riesgo de morir en el primer año de vida en las provincias con mayor pobreza fue un 50 % más que en las provincias menos pobres, mientras que las mujeres embarazadas duplicaron el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo o el parto en relación con las provincias con situación más desfavorable.

Un análisis de desigualdades llevado a cabo en Brasil en el año 2006 (Ministério da Saúde Brasil) reveló que la mortalidad infantil también sigue una tendencia a la disminución en dicho país en los últimos años, sin embargo, el nivel de descenso mostró diferenciales para las regiones y según las características individuales y coyunturales analizadas. Respecto de la muerte materna, el principal determinante para su ocurrencia fue el hecho de residir en municipios con gran concentración de pobreza, lo cual refleja peores condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud; a su vez, las mujeres negras tuvieron mayor riesgo de muerte por causas maternas.

Si bien en general la evolución de los diferentes indicadores de desigualdad mostró coherencia, en algunos casos esto no fue así, situación por otro lado habitual en la medición de desigualdades en salud.

Uno de los ejemplos de lo mencionado en el párrafo precedente es el comportamiento de la desigualdad relativa y absoluta para la TMI y la TMM5a del trienio 1989-1991 al 2000-2002: se observa un aumento de la desigualdad relativa y una disminución de la absoluta. Tal como señalan Harper y colaboradores (2014), este escenario suele observarse cuando el ritmo de mejoría es menor en el grupo con peor situación inicial, cuestión que ha impulsado a que algunas personas argumenten que las medidas relativas de desigualdad son más útiles para documentar un avance en términos de desigualdades en salud, ya que ellas estarían dando cuenta de un ritmo relativo de mejoría de la salud más rápido entre los grupos menos favorecidos. De todos modos, la mejoría de la desigualdad absoluta también es deseable, en el sentido de que revela una mejoría de ambos grupos sin perjuicio de ninguno de los dos.

Por otro lado, para la TMI y la TMM5a el índice de Gini mostró un aumento para el segundo trienio respecto del primero, siendo que el índice de efecto disminuyó. Esta cuestión puede deberse, por un lado, a que el índice de Gini no se basa en una variable socioeconómica mientras que el índice de efecto sí lo hace, la distribución de la variable de salud sigue por consiguiente reglas diferentes; por otro, se basan en lógicas distintas: el Gini es una medida de desproporcionalidad que se basa en la lógica de la concentración, mientras que el índice de efecto modela, mediante regresión, la relación entre una variable de salud y una socioeconómica (Xunta de Galicia., 2011)

Otro de los aspectos que merece reflexión es la elección del grupo de referencia; cuando se opta por medir la desigualdad como diferencia respecto de la salud del grupo en mejor posición socioeconómica (como es el caso de las medidas basadas en rango y regresión del presente trabajo) implica una sensibilidad mayor a la igualdad del grupo social que a los resultados de salud por sí mismos (Harper et al, 2014).

6.1 Limitaciones

Algunos aspectos de la utilización del NBI ya fueron discutidos; existen limitaciones propias del indicador como estimador del nivel socioeconómico: no es sensible a situaciones de pobreza reciente; no da cuenta de la intensidad de la pobreza y puede tener problemas de mensurabilidad (Feres & Mancero, 2001). Una de las cuestiones que hacen que sea una medida ampliamente usada es quizás que realiza una utilización efectiva de la información censal, que le permite identificar situaciones de pobreza con un alto grado de desagregación geográfica, para orientar la acción política focalizada. Inicialmente se intentó incorporar el índice de desarrollo humano, dado que es una medida que toma en cuenta tres dimensiones importantes, como lo son nivel de educación; esperanza de vida al nacer y nivel de ingresos promedio; sin embargo, se desechó la posibilidad de su uso debido a que los datos no resultaban comparables entre las unidades de análisis geográficas en las unidades temporales elegidas: para el año 1990 las provincias no utilizaban aún una metodología de cálculo uniforme para el indicador.

Quizás podría plantearse la utilización de otro indicador socioeconómico que hubiere demostrado asociación con la mortalidad materna para la medición de desigualdades sociales en salud, como es el caso del nivel de ingreso promedio per cápita, que sí mostró cumplir con esta condición en otros estudios (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

El uso de las medidas basadas en rango presenta ciertas limitaciones para el caso de la RMM, en que la distribución del indicador socioeconómico no resultó uniforme con la distribución del indicador de salud.

Respecto de la calidad de los datos utilizados en el eje infantil, un estudio llevado a cabo en nuestro país en el año 2003 develó diferenciales entre las provincias estudiadas (Fernández et al, 2008). En cuanto a la omisión de nacidos vivos o su inscripción tardía; si bien fue aceptable para todo el país, se registraron niveles elevados de omisión de inscripción en establecimientos de Chaco; Formosa y Santiago del Estero; por otro lado, Tucumán y Misiones presentaron valores intermedios. Si bien con el decreto de gratuidad del documento nacional de identidad al nacimiento del año 2003 los niveles de inscripción mejoraron, aún persistieron elevados en las provincias mencionadas, relacionados con condiciones socioeconómicas desfavorables.

En relación a la omisión de defunciones infantiles, cabe destacar el elevado nivel que ostentó Santiago del Estero (77 % en establecimientos seleccionados); el subregistro también fue elevado, aunque en menor medida, en Tucumán; Misiones y el interior de la provincia de Formosa. En Santiago del Estero se detectó además subtransmisión de datos, cuestión que agrava el problema.

En referencia a la calidad de los datos para la construcción de la RMM, operan las mismas dificultades mencionadas sobre la omisión de nacidos vivos, sumado al posible subregistro de muerte materna. En un trabajo llevado a cabo en nuestro país que realizó un análisis exhaustivo de múltiples dimensiones involucradas en la muerte materna; uno de los aspectos estudiados fue el subregistro: se observó un nivel de subregistro de la defunciones maternas del 9,5% para el conjunto de las seis provincias consideradas (Chaco; Formosa; Mendoza; San Luis; San Juan y Tucumán), con variaciones que van del 21,1% en Tucumán a ningún nivel de subregistro en Chaco y Mendoza (Ramos et al., 2004).

6.2 Fortalezas

La cobertura de los registros relativos a los indicadores del eje materno infantil que fueron incluidos en la investigación resultó aceptable, situación que no fue similar para otros indicadores con los que inicialmente se procuró trabajar (ejemplo: tasa de notificación de VIH); los cuales presentaban problemas de calidad principalmente para la década del noventa.

Uno de los aspectos a considerar para estimar el valor informativo de las fuentes de datos y evaluar la relevancia y validez de la comparación a través del tiempo, es la respuesta a

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

la pregunta de si los puntos en el tiempo a ser comparados cubren un período de tiempo lo suficientemente largo, de alrededor de diez años o más; por otro lado, que la medida del indicador socioeconómico sea comparable en el tiempo (Kunst, Mackenbach, 1996). Ambas cuestiones están respetadas en la investigación.

Los indicadores de desigualdad utilizados resultaron, en términos generales, consistentes; el hecho de haber incorporado diferentes tipos de medidas permite enriquecer el abordaje en el sentido de que ellas aportan información complementaria sobre el mismo problema.

7. CONCLUSIONES

La salud infantil exhibió una tendencia favorable para todas las provincias argentinas desde 1990 a 2010; sin embargo, la reducción de la brecha entre ellas se produjo fundamentalmente durante el período 2000-2010, en concordancia con una disminución marcada de la desigualdad en la distribución del porcentaje de población con NBI durante la misma etapa en nuestro país. En cambio, la mortalidad materna configura un escenario que ha permanecido relativamente estable y sin signos de franca mejoría durante la primera década del siglo actual, mismo en un contexto socioeconómico general del país ventajoso respecto de la década de los noventa, lo cual la coloca como un problema relevante de salud colectiva para la Argentina.

La situación de la mortalidad materna y la emergencia del aborto como una de sus principales causas obligan a revisar el marco legal y político en torno a dicha problemática, con el fin de resguardar la salud de una mujer que se somete a un procedimiento de ese tipo.

Es nítida la situación de desventaja en la que se encuentran provincias del noreste (NEA) y noroeste argentino (NOA). Considerando que son las regiones del país con mayor proporción de población perteneciente a los pueblos originarios, cabe aquí reflexionar en torno a la desigualdad de etnia que podría estar operando, cuestión que exige saldar esa deuda histórica con acciones políticas y económicas específicas hacia esos grupos humanos.

El trabajo intentó abordar el tema de la desigualdad en la situación de salud materno infantil en nuestro país en el espacio de lo particular, en términos de Castellanos (1989), donde los problemas aparecen definidos como variaciones del perfil de salud-enfermedad a nivel de grupos poblacionales. La explicación en este nivel pone la mirada en los procesos de reproducción social; de las condiciones objetivas de existencia de cada grupo; y en las leyes que rigen las acumulaciones.

Con la intención de que la información producida resulte útil para la acción transformadora, se espera que los resultados del análisis disparen la discusión sobre los hechos que es necesario producir en los diferentes niveles del proceso de reproducción social: el nivel de lo general, representado por la organización política; económica y cultural, que determina la forma de inserción del grupo; el de lo particular demanda acciones bajo la forma de planes y programas de salud, sin dejar de considerar la mediación con los niveles de lo singular y lo general.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 81 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

El sector salud tiene las condiciones de abordar la parte del problema relacionada con la provisión de servicios de calidad, con cobertura adecuada y basados en los principios de eficiencia y equidad; respecto del nivel estructural de determinación, demanda que nos preguntemos, al interior de las diferentes instancias de organización social, qué tipo de políticas económicas y sociales deberían llevarse adelante para continuar en el camino de reducción de desigualdades.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abriata MG, Fandiño ME. Sala de situación. Abordaje de la mortalidad infantil en Argentina desde la perspectiva de las desigualdades en salud. Revista Argentina de Salud Pública [Internet] 2010 [citado 23 may 2014]; 1 (2): 43-45. Disponible en:

<http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen2/mortalidad-infantil-arg.pdf>

Acuña C, Kessler G, Repetto F. Evolución de la política social argentina en la década de los noventa: cambios en su lógica, intencionalidad y en el proceso de hacer la política social.[Internet] Proyecto Self-Sustaining Community Development in Comparative Perspective. Buenos Aires, mayo 2002 [citado 11 sept 2012]. Disponible en:

<http://www.lanic.utexas.edu/project/laoap/claspo/dt/0003.pdf>

Alazraqui M, Mota E, Spinelli H, Guevel C. Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet] 2007 [citado 11 sept 2012]; 21 (1): 1-10. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/a01v21n1.pdf>

Alazraqui M, Spinelli H, organizadores. Desigualdades en salud en el nivel local/municipal. Buenos Aires: UNLa; 2008.

Almeida Filho N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: Análise de produção científica na América Latina e Caribe e bibliografía anotada. Projeto ELAC 19. Organización Mundial de la Salud; Washington [Internet]; 1999 [citado 15 sept 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/Portuguese/HDP/HDR/s%E9rie19composite.pdf>

Almeida Filho N. Revisitando la metodología epidemiológica. En: La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.

Almeida Filho N. A problemática teórica da determinação social de saúde (Nota breve sobre Desigualdades em Saúde como objeto de conhecimento). Seminário Rediscutindo a Questão da Determinação Social de Saúde. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) [Internet] Río de Janeiro (Brasil); may 2009 [Citado 30 mar 2011] Disponible en: <http://www.cebes.org.br/media/File/seminario%20determinacao%20social%20da%20saude/NAOMAR%20ALMEIDA%20-%20A%20PROBLEMTICA%20TERICA%20DA%20DETERMINAO%20SOCIAL%20DA%20SADE.pdf>

Almeida Filho N; Rouquayrol MZ. Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Alleyne GA, Castillo-Salgado C, Schneider C, Mujica OJ, Loyola E, Vidaurre M. La Medición de las Desigualdades en Salud: Algunos Ejemplos de la Región de las Américas. En: Equity & Health. Views from the Pan American Sanitary Bureau. Pan American Health Organization. Occasional Publication No. 8 [Internet]. Washington, D.C: PAHO, 2001 [citado 20 febr 2013] Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/9275122881.pdf>

Alleyne GA, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the region of the Americas, using various methodological approaches. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 15 sept 2012]; 12 (6): 388-397. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a07v12n6.pdf>

Anino P, Mercatante E. El crecimiento posconvertibilidad: aprovechando el legado neoliberal. En: Anuario EDI. Economía Argentina. La actualidad del modelo y sus perspectivas. Año 6 N° 5. Buenos Aires: EDI; 2010.

Bacallao J, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Mujica O, Loyola E, Vidaurre M. Índices para medir las desigualdades de salud de carácter social basados en la noción de entropía. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 15 sept 2012]; 12 (6): 429-435. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002001200008&script=sci_arttext

Behm H. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. [Editorial]. Salud Colectiva. 2011; 7(2): 231-253.

Bortman M, Verdejo G, Sotelo JM. Situación de la equidad en salud Argentina 1999. Organización Panamericana de la Salud [Internet] OPS: 1999 [citado 23 may 2014]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/situacion%20de%20equidad.pdf>

Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Buchbinder M. Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal. Archivos Argentinos de Pediatría. 2008; 106(3): 212-218.

Bunge M. Causalidad. El principio de causalidad en la ciencia moderna. Buenos Aires: Eudeba; 1961.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus determinantes Sociais. Salud Colectiva [Internet]. 2007 [citado 31 oct 2012]; 17(1): 77-93. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Castellanos PL. Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Boletín Epidemiológico OPS [Internet] 1989 [citado 11 sept 2012]; 10(4):1-7. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/BE_v10n4.pdf

Castillo JE. La economía argentina desde mediados de 2002 a la fecha: crecimiento económico record sin perspectivas de desarrollo. En: Anuario EDI. Economía Argentina. ¿Coyuntura favorable o nuevo modelo? Año 3 N°3. Buenos Aires: Luxemburg; 2007.

Celton D, Ribotta B. Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina. Niveles y tendencias durante el siglo XX [Internet]. I° Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población [Internet] Caxambú (MG) Brasil, sept 2004 [citado 11 sept 2012]. Disponible en: http://www.alapop.org/2009/images/PDF/ALAP2004_390.PDF

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Estrategia de monitoreo y evaluación. Publicación Científica 1593 [Internet] Montevideo: CLAP/SMR; 2012 [citado 10 dic 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/clap/?cx=014283770845240200164%3Afppm7ubx0nu&q=Plan+de+acci%C3%B3n+para+acelerar+la+reducci%C3%B3n+de+la+mortalidad+materna+y+la+morbilidad+materna+grave>

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [Internet] 2008 [citado 21 sept 2012] Disponible en: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>

Danani C. América Latina luego del mito del progreso neoliberal: las políticas sociales y el problema de la desigualdad. Ciencias Sociais Unisinos [Internet] 2008 [citado 09 jun 2013]. 44(1), 39-48. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93844104>

Da Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. Revista Panamericana de Salud Publica [Internet]. 2002 [citado 17 sept 2012]; 12 (6): 375-386. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a05v12n6.pdf>

Félix M, López E. Contradicciones, barreras y límites en la dinámica del capitalismo periférico posneoliberal desarrollista. En: Anuario EDI. Economía Argentina. La actualidad del modelo y sus perspectivas. Año 6 N°5. Buenos Aires : EDI; 2010.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 85 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Feres JC, Mancero X. El método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL, 2001 [citado 09 dic 2013]. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/6564/lcl1491e.pdf>

Fernández M, Guevel C, Krupizki H, Marconi É, Massa C. Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles: magnitud, desigualdades y causas [Internet] Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud; 2008 [citado 29 jul 2014]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/Omision%20de%20registro.pdf>

Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. [Editorial]. Salud Colectiva. 2011; 7 (3): 285-315.

Gigliani G. La política económica en la primera década del siglo. En: Anuario EDI. Economía Argentina. La actualidad del modelo y sus perspectivas. Año 6 N° 5. Buenos Aires: EDI; 2010.

Grassi E. Política, cultura y sociedad: la experiencia neoliberal en la Argentina. En: Lidenboim J, Danani C, coord. Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada. Buenos Aires: Biblos; 2003.

Harper S, King NB, Meersman SC, Reichman ME, Breen N, Lynch J. Juicios de valor implícitos en la medición de las desigualdades en salud. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 10 jun 2014]; 35 (4): 293-304. Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=729&lang=en

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Aquí se cuenta. Revista informativa del censo 2001 [Internet]. Buenos Aires: INDEC, sept 2003 (7) [citado 11 dic 2013]. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/webcenso/aquise cuenta/Aqui7.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. El estudio de la pobreza con datos censales: índice de privación material de hogares (IPMH). Algunos resultados desde la perspectiva de género [Internet]. Buenos Aires: INDEC, sept 2003 [citado 23 may 2014]. Disponible en: http://www.eclac.org/mujer/reuniones/pobreza_genero/SMario.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (a). Porcentaje de hogares y personas bajo la línea de pobreza e indigencia, para el total de aglomerados urbanos y regiones estadísticas, según la EPH continua, desde el primer semestre 2003 en adelante [Internet]. Buenos Aires:

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

INDEC, [citado 26 sept 2012]. Disponible en: http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/74/sh_pobrezaeindigenc.Xls

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (b). Tasas de desocupación y subocupación demandante y no demandante para el total de aglomerados urbanos, desde Mayo 1990 hasta mayo 2003, según la EPH puntual [Internet]. Buenos Aires: INDEC [citado 26 sept 2012]. Disponible en: <http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/4/grafempleo8.xls>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (c). Tasas de desocupación y subocupación: evolución trimestral en el total de los aglomerados desde el primer trimestre 2003 en adelante, según la EPH continua [Internet]. Buenos Aires: INDEC [citado 26 sept 2012]. Disponible en: http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/4/graf_evol_desocupysu.xls

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (d). Tasas de actividad y empleo: evolución trimestral en el total de los aglomerados desde el primer trimestre 2003 en adelante, según la EPH continua [Internet]. Buenos Aires: INDEC [citado 26 sept 2012]. Disponible en: http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/4/graf_evol_activyempl.Xls

Kawachi I, Subramanian SV, Almeida Filho N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology Community Health* [Internet]. 2002 [citado 17 sept 2012]; 56 (9): 647-652. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full.pdf+html>

Kliksberg B ¿Cómo enfrentar La pobreza y La desigualdad? Mitos, falacias y racionalizaciones sobre la pobreza y la desigualdad. Página/12 [Internet]. 30 oct 2011 [citado 18 sept 2012]. Sec. Biblioteca Bernardo Kliksberg. Disponible en: http://www.pagina12.com.ar/especiales/archivo/bernardo_kliksberg/005-KLIKSBERG.pdf

Kunst A, Mackenbach J. Measuring socioeconomic inequalities in health. Organización Mundial de la Salud; Oficina Regional de la OMS para Europa: Copenhagen; 1996.

Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico-Sociales [Internet] 1982 [citado 23 sept 2012]; 19: 1-11. Disponible en: <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n19a061.pdf>

Lidenboim J, Danani C. La escasez de lo que sobra: sobre la articulación entre políticas económicas y políticas sociales; 1º Congreso Nacional de Políticas Sociales [Internet] Quilmes (Buenos Aires) may 2002; [citado 14 sept 2012]. Disponible en: <http://www.ps.unq.edu.ar/ponencias/960.rtf>

Lidenboim J, Danani C, coordinadores. Entre El trabajo y La política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada. Buenos Aires: Biblos; 2003.

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Loyola E, Castillo-Salgado C, Nájera-Aguilar P, Vidaurre M, Mujica O, Martínez-Piedra R. Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2002 [citado 30 jul 2012]; 12 (6): 415-428. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200007

Maydana E, Serral G, Borrell C. Desigualdades socioeconómicas y mortalidad infantil en Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet] 2009 [citado 23 may 2014]; 25 (5): 401-10. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n5/04.pdf>

Metzger X. La agregación de datos en la medición de desigualdades e inequidades en la salud de las poblaciones. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2002 [citado 25 sept 2012]; 12 (6) 445-453. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a12v12n6.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (a). Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Publicaciones. Indicadores Básicos [Internet]. Buenos Aires: DEIS [citado 14 sept 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/indicadores.htm>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (b). Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Definiciones y conceptos. [Internet]. Buenos Aires: DEIS [citado 05 sept 2013]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm#5>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (c). Guía para investigaciones en salud humana. Régimen de buena práctica clínica para estudios de farmacología clínica [Internet]. Buenos Aires: MSAL [citado 26 sept 2012]. Disponible en: http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/Guia_en_baja.pdf

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Morbi-mortalidad Materna y Mortalidad Infantil en la República Argentina. Estrategias para mejorar el desempeño de los sistemas de salud materno infantil [Internet]. Buenos Aires: MSAL, 2004 [citado 05 sept 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/morbimor.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes [Internet]. Buenos Aires: MSAL, 2010 [citado 21 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.unfpaargentina.com.ar/sitio/archivos/planreduccionmm.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Sala de Situación de Salud 2011 [Internet]. Buenos Aires: MSAL, 2011 [citado 26 sept 2012]. Disponible en: http://msal.gov.ar/html/site/sala_situacion/index.asp

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Estadísticas Vitales. Información Básica - Año 2011, Serie 5, N° 55 [Internet]. Buenos Aires: MSAL, 2012 [citado 26 ago 2013]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf>

Ministério da Saúde Brasil. Saúde Brasil 2006: Uma análise da desigualdade em saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 18 sept 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/40207856/UMA-ANALISE-DA-DESIGUALDADE-EM-SAUDE>

Morelos J. El comportamiento de la mortalidad infantil en las áreas metropolitanas de las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey 1990. Papeles de población. Universidad Autónoma del Estado de México [Internet] 2001 [citado 23 may 2014]; 27 (7): 169-205. Disponible en: <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=112>

Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. Um proposta de monitoramento. Organización Panamericana de la Salud. Brasília, OPAS/OMS, 2001. [Internet] [citado 25 febr 2013]. Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medindo_desigual.pdf

Oakes M, Kaufman J. Methods in Social Epidemiology. San Francisco (Estados Unidos): Jossey-Bass; 2006.

Organización Panamericana de La Salud. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico OPS [Internet]. 2001 [citado 24 sept 2012]; 22 (4): 1-5. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/eb_v22n4.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Reseña de la revista de desigualdades en salud. Boletín Epidemiológico OPS [Internet]. 2004 [citado 17 sept 2012]; 25 (4): 9-11. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n4-desigual_salud.htm

Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Volumen I regional. Publicación Científica y Técnica N° 622 [Internet]. Washington DC: OPS; 2007 [citado 18 sept 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Front%20Matter.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. OPS y UNICEF acuerdan colaboración para mejorar la salud de la población en América Latina y el Caribe. OPS/OMS-UNICEF [Internet]. 26 jun 2013 [citado 15 dic 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8824%3Aapaho-unicef-join-forces-to-improve-the-health-of-the-people-in-latin-america-and-the-caribbean&catid=1443%3Anews-front-page-items&lang=es

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Ortiz I, Cummins M. Desigualdad global: La distribución del ingreso en 141 países. Documento de trabajo sobre política económica y social. Nueva York: Unicef [Internet] 2012 [citado 11 dic. 2013]. Disponible en: http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Desigualdad_Global.pdf

Peralta Ramos M. La economía política Argentina: poder y clases sociales (1930-2006). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe Argentina País 2012. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. [Internet]. 2012 [citado 19 oct 2013]. Disponible en: <http://www.politicassociales.gov.ar/odm/PDF/IP2012.pdf>

Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer RC, Insua IV, del Río Fortuna CA. Para que cada muerte materna importe [Internet] Centros de Estudios de Estado y Sociedad CEDES, Ministerio de Salud de la Nación, 2004 [citado 09 dic 2013] Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/libros/2004/libroMM.pdf>

Reidpath DD, Allotey P. Infant mortality rate as an indicator of population health. *Jornal of Epidemiology Community Health* 2003; 57:344–346

Regidor E. Measures of health inequalities: part 1 and 2. *Jornal of Epidemiology Community Health*. [Internet]. 2004 [citado 11 febr 2013]; 58 (10) 858-861; 900-903. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/58/10/858.full.pdf+html>

Salvia A, Tissera S, Bustos JM, Sciarrotta F, Persia J, Herrera Gallo G, Cillis N, García Allegre V. Reformas laborales y precarización del trabajo asalariado (Argentina 1990-2000) [Internet] Equipo Cambio Estructural y Desigualdad Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires; 2000 [citado 30 jul 2012]. Disponible en: <http://www.econ.uba.ar/www/institutos/economia/Ceped/publicaciones/cuadernosceped/Cuad%204/6%20Equipo.PDF>

Sandoval-Vargas YG, Eslava-Schmalbach JH. Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años (2000-2001), (2005-2006) y (2008-2009). *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 23 may 2014];15 (4) 577-588. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n4/v15n4a04.pdf>

Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica O, Vidaurre M, Roca A. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante 90 el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

[Internet]. 2002 [citado 30 jul 2012]; 12 (6): 398-415. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892002001200002&script=sci_arttext

Serruya SJ. A morte Materna no Brasil: Razão e sensibilidade. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [internet]. 2012 [citado 12 dic .2013]; 34 (12) 531-535. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001200001&lng=en&nrm=iso. ISSN 0100 hasta

7.203. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012001200001>

Silva Paim J, Da Silva LMV, Costa MCN, Prata PR, Lessa I. Desigualdades na situação de saúde do município de Salvador e relações com as condições de vida. Revista de Ciências Médicas e Biológicas [Internet]. 2003 [citado 19 sept 2012]; 2 (1): 30-39 Disponible en: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4163/3038>

Szklo M, Nieto J. Epidemiología intermedia: conceptos y aplicaciones. Madrid (España): Ediciones Díaz de Santos; 2003

Spinelli H, Alarzaqui M, Calvelo L, Arakaki J. Mortalidad infantil, un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos Aires en 1998. Publicación N° 51 [Internet]. Buenos Aires: OPS; 2000 [citado 20 sept 2012]. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub51.pdf

Spinelli H, Urquía M, Bargalló L, Alarzaqui M. Equidad en Salud: teoría y praxis. En: Spinelli H, compilador. Salud colectiva. Cultura, Instituciones, Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

Spinelli H. Condiciones de salud y desigualdades sociales: historia de iguales, desiguales y distintos [Internet]. 2005 [citado 17 sept 2012]; Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/departamentos/desaco/carreras/maestrias/epidemiologia/archivos/publicaciones/violencia/Spinelliigualesdesigualesydistintos.pdf>

Vitora C, Barros F, Vaughan JP. Epidemiología de la desigualdad. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992.

Weller J. Reformas económicas y situación del empleo en América Latina. En: Lidenboim J, Danani C, coord. Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada. Buenos Aires: Biblos; 2003.

Whitehead M, Dahlgren G. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población. Parte 1. Organización Mundial de la Salud; Oficina Regional de la OMS para Europa [Internet]; 2006 [citado 10 sept 2012]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y->

Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

[atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Desigualdades%20sociales%20Europa%201.pdf](#)

Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services* [Internet]. 1992 [citado 17 sept 2012]; 22 (3): 429-445. Disponible en: [salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf](#)

Xunta de Galicia. Consellería de Sanidades. Epidat 4: Ayuda de medición de desigualdades en salud. [Internet]. Xunta de Galicia- OPS; 2011 [citado 18 oct 2013]. Disponible en:

[http://www.sergas.es/gal/documentacionTecnica/docs/SaudePublica/Apli/Epidat4/Ayuda/Medici%C3%B3n%20de%20desigualdades%20en%20salud.pdf](#)

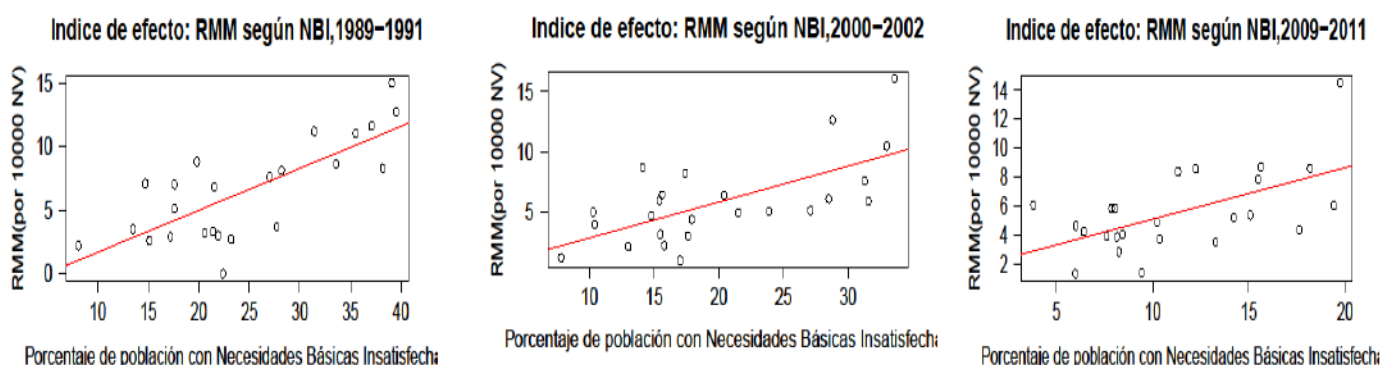
Marro MJ. Tendencia de la desigualdad en la situación de salud materno infantil de Argentina durante el período 1990-2010 [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

ANEXOS

ANEXO A - Figura 15: Índices basados en el concepto de regresión para la Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto.....	93
--	-----------

ANEXO A

Figura 15: Índices basados en el concepto de regresión para la Razón de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos), Argentina, trienios 1989-1991; 2000-2002; 2009-2011: índice de efecto



	RMM 1989-1991	RMM 2000-2002	RMM 2009-2011
Índice de efecto (IC)	0.33 (0.204-0.455)	0.298 (0.146-0.449)	0.355 (0.135- 0.575)
R ²	0.5736	0.429	0.3369
R ² ajustado	0.5542	0.403	0.3067
r (IC)	0.76 (0.51-0.89)	0.65 (0.34-0.84)	0.58 (0.23-0.79)

Fuente: elaboración propia

r = coeficiente de correlación lineal de Pearson

R²= coeficiente de determinación

IC= Intervalo de Confianza del 95%

RMM= Razón de Mortalidad Materna