

Los cambios en la distribución espacial de la pobreza en el Norte Grande Argentino a fines del siglo XX*

Hugo Fernando Longhi**

Si bien varias disciplinas han abordado el estudio de la pobreza, no ha sido su interés principal el análisis de la distribución espacial y de sus variaciones. En este trabajo se ha procurado realizar una aproximación al fenómeno y sus variaciones en el territorio del Norte Grande Argentino a partir del estudio de la mortalidad infantil. Tal análisis adquiere particular interés en la década de los noventa, cuando se dieron profundas transformaciones en los planos económico, político y social.

Palabras clave: pobreza, Norte Grande Argentino, distribución espacial, mortalidad infantil.

Fecha de recepción: 14 de septiembre de 2010.

Fecha de aceptación: 8 de noviembre de 2010.

Changes in the Spatial Distribution of Poverty in the Argentinean Great North in the Late 20th Century

Although several disciplines have dealt with the study of poverty, they have not focused on the analysis of spatial distribution or its variations. This study has explored the phenomenon and its variations in the territory of the Argentinean Great North on the basis of a study of child mortality. This analysis acquired particular interest in the 1990s which saw profound transformations at the economic, political and social level.

Key words: poverty, Argentinean Great North, spatial distribution, child mortality.

* Este artículo forma parte de mi tesis de doctorado "Los cambios en la distribución espacial de la pobreza en el territorio del Norte Grande Argentino durante la década de 1990. Una aproximación al proceso a partir de la mortalidad infantil". Agradezco los valiosos comentarios y sugerencias de mi director, el doctor Alfredo Bolsi. Los errores que el lector pueda hallar en el escrito son totalmente atribuibles a mi persona.

** Instituto Superior de Estudios Sociales (Universidad Nacional de Tucumán, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas). Correo electrónico: fernandolonghi@hotmail.com.

Introducción

Numerosos trabajos procedentes de distintas disciplinas han abordado el estudio de la pobreza. Así, en términos generales, desde la economía se desarrollaron principalmente métodos econométricos para su medición; desde la sociología y la antropología se profundizó en la concepción del fenómeno, en el estudio de las estrategias de supervivencia de las familias pobres, y en los efectos que determinadas condiciones de vida precaria ocasionan en la salud, la educación y las perspectivas laborales. En este contexto, no se ha concedido un interés principal al análisis en términos de distribución espacial de la pobreza.¹ Quizás sea ésta una de las mayores deudas de los estudios sociales en la actualidad. La distribución espacial de un fenómeno y sus variaciones constituyen herramientas importantes y tal vez imprescindibles para el diseño y la aplicación de las políticas públicas.

Ya algunos estudios han puesto de manifiesto la magnitud y extensión que alcanza la pobreza en el territorio del Norte Grande Argentino (NGA).² En ellos se ha analizado la distribución espacial del fenómeno a inicios y finales de los años noventa, para identificar las áreas más críticas, denominadas *núcleos duros de pobreza*, pero poco se conoce respecto a las variaciones en la distribución espacial de la pobreza durante el periodo intercensal.

En búsqueda de un indicador sociodemográfico de génesis continua para analizar los cambios en la distribución espacial de la pobreza, hallamos que la mortalidad infantil da cuenta de las condiciones de vida de la población.³

¹ El problema de la distribución espacial ha sido primordial dentro de los estudios geográficos. Carl Sauer, un geógrafo clásico, sostiene que “la ubicación de los fenómenos en el espacio expresa el problema geográfico central de la distribución, y nos lleva a preguntar acerca del significado de la presencia o ausencia, agrupamiento o dispersión de cualquier cosa o grupos de cosas en lo que respecta a extensión de área. En el sentido más estricto, el método geográfico se ocupa de examinar la localización sobre la Tierra de cualquier fenómeno. Los alemanes han llamado a esto el *standortsproblem* –el problema de la posición terrestre– y representa la expresión más general y más abstracta de nuestra tarea” (Sauer, 1941: 4). En este sentido cabe afirmar que no es posible estudiar fenómeno social alguno sin considerar su distribución espacial. Tissot y Poupeau (2005) afirman que la cuestión de la pobreza ya no puede decirse, describirse y discutirse de otro modo que no sea en un registro espacial y con la ayuda de categorías territoriales.

² Véase Bolsi y Paolasso, 2009; Bolsi, Paolasso y Longhi, 2006; Bolsi y Meichtry, 2006; Ortiz de D’Arterio, Longhi y Madariaga, 2009.

³ Ante la pregunta ¿por qué usar la mortalidad infantil y no otro indicador como variable sociodemográfica indirecta de la pobreza? pueden hallarse respuestas en el hecho de que las altas tasas de mortalidad infantil están determinadas por factores que

De esta manera han surgido los principales interrogantes que han guiado esta investigación. Por un lado se indagará ¿qué tipo de relaciones conectan los fenómenos de la pobreza y la mortalidad infantil?, ¿qué características adquieren tales relaciones?, y ¿es posible concebir alguna de las manifestaciones de la mortalidad infantil como una medida de la pobreza?; y por otro lado, suponiendo la existencia de tales relaciones, se procurará responder, ¿hubo cambios en la distribución espacial de la pobreza en el NGA durante los noventa?, ¿dónde creció el fenómeno y dónde disminuyó?, ¿cuál fue la magnitud del cambio?, ¿a cuántos hogares afectaron el aumento o el descenso de la pobreza?, ¿qué asociaciones pueden establecerse entre las áreas de crecimiento o decrecimiento y las variaciones de los principales grupos de causas de muerte infantil? Estos ejes orientaron la búsqueda de respuestas en la presente investigación.

La pobreza. Aproximaciones a su concepto, enfoques y medición

La pobreza conforma un “yacimiento de subjetividades diverso” (González, 1997: 285), dada la elección –a veces de sesgo determinista– de las variables que procuran identificar las legítimas necesidades de la población. De la misma manera los umbrales que definen la insatisfacción de dichas necesidades presentan también el mencionado sesgo.

En las ciencias sociales se suele asociar la pobreza con numerosos conceptos que exhiben distintas manifestaciones del fenómeno, como la marginalidad, la exclusión y el nivel de vida, entre otros.⁴ Asimismo las fuentes disponibles y el tamaño del “universo” estadístico considerado han posibilitado una variedad de concepciones al respecto. De esta manera, el número de pobres que registremos dependerá estrechamente del marco conceptual utilizado y de su correspondiente método.

tienen una reconocida incidencia también en la pobreza, y esta relación es más fuerte en condiciones de pobreza estructural que coyuntural. Entre ellas merecen destacarse la calidad de la vivienda, la disponibilidad de agua, el nivel educativo, la deposición de excretas, etc. Véase Behm Rosas, 1962; Cervantes Carson, 1989; Ramírez, 1995; Hommes y Soto, 1999; Álvarez, 2002; Trifiró, 2001; y Fantín, 2007. Sin embargo, no se pretende aquí abordar las causas de fenómenos como la pobreza y la mortalidad infantil, sino estudiar las relaciones que existen entre ambos para justificar la utilidad de alguna manifestación de la mortalidad infantil para caracterizar su evolución en la distribución espacial de la pobreza en los periodos en que no existe suficiente información.

⁴ Para mayor detalle sobre los alcances de tales conceptos véase Naciones Unidas, 1961; Nun, 1969 y 2001; Gasparini *et al.*, 2002; y Arriagada, 2005.

Para identificar y medir la pobreza los estudios fijan habitualmente su atención en las privaciones severas de bienes y servicios que sufre una parte variable de la población debido a sus magros ingresos (Ferullo, 2009); no obstante, para Sen (1997) el confiar exclusivamente en la pobreza en términos de ingreso puede esconder aspectos cruciales de la privación económica. Sen centra su atención en las potencialidades de la gente y en las condiciones que restringen la libertad de ser poseedor de lo que cada uno considera racionalmente que vale la pena ser y tener. Así, la condición de pobreza de una persona se corresponde con algún grado de privación que le impida el desarrollo pleno de sus capacidades, y en última instancia de su libertad (Ferullo, 2009).⁵

Son dos los enfoques principales que se relacionaron con la pobreza y que además se asocian con las fuentes disponibles: el *directo* sostiene que una persona es pobre cuando no puede satisfacer una o varias necesidades básicas; el *indirecto* considera pobres a aquellos que no cuentan con recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas. El enfoque directo se asoció con el concepto de las *necesidades básicas insatisfechas (NBI)* y, más recientemente, con el *índice de desarrollo humano (IDH)* y su derivado, el *índice de pobreza humana (IPH)*; mientras que el indirecto se vincula casi de manera excluyente con el de la *línea de pobreza (LP)*.

Sen (1997) observa que no se trata de formas alternativas de medir la misma cosa, sino de dos concepciones diferentes de la pobreza. Tanto las NBI como el IDH se basan en la noción de capacidad para satisfacer necesidades consideradas esenciales, mientras que la LP se sustenta en la concepción de consumo real relacionado con determinadas convenciones sobre necesidades mínimas.

Cualquiera que sea el resultado que se obtenga a partir de distintos tipos de medición sobre bases estadísticas, consideramos que ni los pobres conforman una clase social, ni podría sostenerse que existe algo así como una “cultura” de la pobreza. Los pobres, en este caso, son un agregado estadístico. Resultaría poco razonable atribuir a un agregado estadístico rasgos sociales, culturales u otros que no sean estadísticos, valga lo redundante.

Sin embargo, una de las maneras de ingresar al mundo de la pobreza es por la vía estadística, dado que resulta conveniente referirse

⁵ Igualmente Córdoba Ordóñez y García Alvarado (1991) plantean que la pobreza define una situación carencial en un contexto vital del ser humano, y aunque probablemente sea simplista reducir éste a su componente económico, es indudable que en un sistema como el nuestro –de filosofía utilitarista y práctica consumista– cada situación carencial en el marco vital debe asociarse a una deficiente disponibilidad material que, en consecuencia, debe estar en la base de cualquier definición de pobreza.

a ella en términos de distribución espacial en un contexto territorial.⁶ El “territorio” es una noción geográfica que engloba la articulación entre las sociedades (esto es, la cultura) y la naturaleza, a lo largo del tiempo; Foucault (2008) añadió que esa noción es también jurídica. De manera que el cálculo estadístico sería una puerta de entrada al mundo de la pobreza, y su distribución espacial otra puerta que nos contesta *dónde* (en el territorio) y nos orienta hacia los *porqué*.

Pobreza y mortalidad infantil

Es sabido que las altas tasas de mortalidad infantil están condicionadas por factores que tienen reconocida incidencia en la pobreza; esta relación es más significativa en situaciones de pobreza estructural. No se pretende aquí estudiar las causas de hechos tan distintos, sino las de las relaciones entre ambos.

En efecto, las asociaciones entre ellos se entrecruzan en las condiciones de vida del hogar, dado que son claramente dependientes.⁷ La tasa de mortalidad infantil, entonces, se articula funcionalmente con las condiciones de vida de la población.⁸

En la figura 1 se esquematiza el tratamiento conceptual de la pobreza en su articulación con la sobrevida infantil. Una noción elemental que conviene tener en cuenta en esta articulación se relaciona con los procesos de *territorialización*, esto es, con la manera en que las sociedades construyen su territorio. Otro concepto también central que actúa como nexo entre la pobreza y las condiciones de salud infantil es el de *ingeniería social*. Dicho término fue acuñado por Popper (1957) y readaptado por Bolsi y Ortiz (2001) para dar cuenta de los aspectos

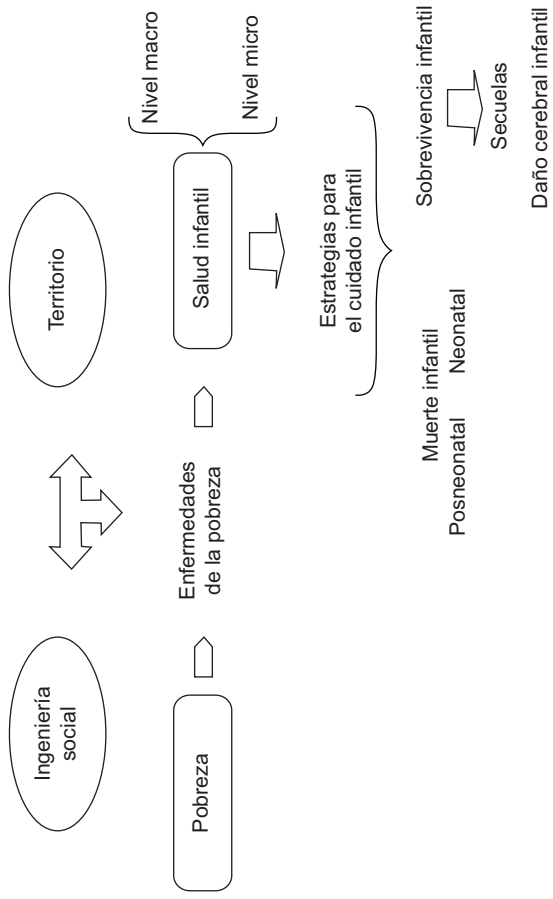
⁶ Fueron varias las metodologías que procuraron identificar la pobreza y definir su distribución espacial. Todas usaron como fuente de información el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, cuya mayor ventaja radicó en el elevado grado de desagregación geográfica de la información. Entre éstas destacan el método de las necesidades básicas insatisfechas (aplicado en América Latina a partir de los años ochenta), el índice de pobreza compuesto, el índice de privación de medios de vida y el índice de privación material de los hogares (desarrollado por el INDEC y aplicado en Argentina en 2001).

⁷ Se ha reconocido que “son los pobres los que están más expuestos a los riesgos de salud que entraña el medio ambiente y el contagio, resultante de viviendas inadecuadas y hacinadas, carentes de servicios sanitarios o de agua no contaminada, a menudo ubicadas en zonas insalubres, tanto urbanas como rurales” (Naciones Unidas, 2003).

⁸ Hommes y Soto (1999: 192) sostienen que “la mortalidad infantil es considerada como un indicador de privación y como una de las medidas más reveladoras del alcance de una sociedad para satisfacer las necesidades de su gente” y concluyen que “la mortalidad infantil es una buena *proxy* [*sic*] de la pobreza” (p. 206).

FIGURA 1

Modelo teórico de aproximación a las relaciones entre la pobreza y la mortalidad infantil



del proceso político y social que en conjunto tienden a mejorar la calidad de vida de las familias; plantearon que la ingeniería social se expresa en obras públicas asociadas con la salud, la educación, las comunicaciones y los servicios –especialmente electricidad, agua y gas–, capaces de generar las condiciones necesarias para provocar el descenso de la mortalidad. También Spinelli *et al.* (2000) valoran la eficacia del saber y de la tecnología médica sobre la salud, junto con la influencia del desarrollo social y la mejora en las condiciones de vida; destacan entre los efectos sociales positivos de la ingeniería social los programas de inmunización, de rehidratación oral, de control del embarazo y del parto, así como de control del recién nacido; los dirigidos contra la enfermedad diarreica aguda y contra las enfermedades respiratorias; los que promueven la educación para la salud, la transferencia de conocimientos hacia la comunidad, la lactancia materna, el estímulo para la participación popular, etcétera. La ingeniería social se materializa de alguna manera en la política social.⁹

La pobreza tiene una expresión clara en los niveles de salud infantil. Para comprender la influencia de la pobreza sobre la salud, en este caso infantil, cabría referirse a las denominadas “enfermedades de la pobreza”. Este concepto, acuñado por McKeown (1988), describe las dolencias que han predominado durante la mayor parte de la existencia de la humanidad y las distingue de las que pueden asociarse con la riqueza relativa que produjo la industrialización. La pobreza, dice, no es causa directa de muerte, sino es la principal razón por la cual existen muchas condiciones que desembocan en la enfermedad. Entre este grupo de enfermedades adquieren mayor protagonismo los padecimientos de origen infeccioso, las enfermedades respiratorias agudas y la diarrea infantil.¹⁰

El concepto de enfermedades de la pobreza es de este modo una noción central para interpretar el nexo entre la mortalidad infantil y la pobreza. Está claro que cuanto más extrema se torne la condición de pobreza, mayor importancia ha de cobrar la mortalidad infantil.

⁹ Se ha observado que cada modelo de acumulación ha seguido su propia lógica respecto a la cuestión social, pues se han advertido fuertes diferencias entre, por ejemplo, la política social que llevó a cabo el Estado de bienestar y la que ha operado el modelo neoliberal (Vilas, 1997).

¹⁰ Además el estado nutricional de las personas se manifiesta en las enfermedades mediante ciertas patologías características, tales como el sarampión, la tuberculosis, la tos ferina, los parásitos intestinales, el cólera, la lepra y el herpes (Rotberg y Rabb, 1990). De manera similar Mújica y Mesa (2006) definen el mal de Chagas como una enfermedad característica de los sectores más pobres.

Conforme a los lineamientos de Spinelli *et al.* (2000), se han definido dos grandes niveles de condicionantes del riesgo de enfermar y morir durante el primer año de vida:

1. *Nivel macroinstitucional.* La estructura socioeconómica de un país o región (aquí proponemos el concepto más amplio de territorialización) condiciona la aparición de enfermedades y su evolución, uno de cuyos cursos probables es la muerte. Los niños son los más vulnerables a las enfermedades infectocontagiosas, y una política de atención destinada al cuidado infantil disminuye el riesgo de enfermar. Dentro de la estructura socioeconómica se distinguen:
 - a) *Factores ecológicos:* guardan conexión con la producción de alimentos, las deficiencias alimenticias, la existencia de vectores de enfermedades transmisibles, etcétera.
 - b) *Factores político-económicos:* tienen relación con la accesibilidad a los servicios públicos, la organización de la producción, los patrones de distribución de los ingresos y los beneficios sociales, la distribución y costo relativo de los servicios, etcétera.
 - c) *Factores del sistema de salud:* son formas de organización de gestión, políticas y eficiencia del sistema formal de salud, etcétera.

2. *Nivel microinstitucional.* Los determinantes de la estructura socioeconómica se miden en los hogares, donde el proceso de crecimiento y desarrollo del niño es extremadamente dependiente del contexto familiar. Este contexto puede subdividirse en dos grandes categorías: condicionantes socioeconómicos y condicionantes intermedios.
 - a) *Condicionantes socioeconómicos:* operan en la familia o en sus miembros tomados individualmente; están en función de las capacidades que tienen sus miembros de producir los bienes necesarios para el desarrollo del grupo. Esta capacidad está estrechamente relacionada con la ocupación de los padres y los ingresos que de ella se derivan, y también con el nivel de instrucción que éstos alcanzaron. El ingreso y su forma de utilización adquieren un papel decisivo en la determinación de las condiciones materiales de vida. Entre dichas condiciones es particularmente importante la calidad

de la vivienda, que incluye características como la provisión de agua y la eliminación de excretas, la disponibilidad de energía, de insumos para la higiene personal y de la vivienda; asimismo son torales los medios para obtener atención preventiva y curativa del niño, y el acceso de la familia a la información.

- b) *Condicionantes intermedios*: son variables por medio de las cuales los condicionantes socioeconómicos influyen en el proceso de salud y enfermedad del niño. Mosley y Chen (1984) destacaron estos factores como condicionantes de la mortalidad infantil y distinguieron:
- *Factores maternales*: incluyen la edad de la madre (es mayor el riesgo de muerte infantil en madres menores de 19 años y mayores de 34 años), las condiciones de paridez y el intervalo intergenésico (el riesgo de muerte infantil aumenta a medida que disminuye dicho intervalo).
 - *Contaminación ambiental*: favorece la diseminación de agentes infecciosos y la incidencia de enfermedades infectocontagiosas mediante agentes que se desplazan por el aire, el agua, la comida, el suelo, la piel y algunos vectores.
 - *Dieta*: guarda estrecha relación con la deficiencia nutricional por el aporte insuficiente de nutrientes al niño y a la madre durante el embarazo y la lactancia; incluye calorías, proteínas vitaminas y minerales.
 - *Accidentes*: algunas lesiones traumáticas del niño.

Desde nuestra perspectiva, el modelo pretende dar una idea integral de la incidencia macro y micro institucional como condicionantes para la supervivencia o muerte infantil. Es importante el concepto de *estrategias de supervivencia*, entendidas éstas como ciertas conductas y habilidades de las cuales se vale la familia para enfrentar determinadas condiciones macro y micro institucionales.¹¹ Si bien la presencia de

¹¹ En efecto, en el seno de la familia se despliegan habilidades para satisfacer las necesidades de manutención y reproducción de sus miembros con los recursos disponibles. Estas estrategias implican decisiones que afectan directa o indirectamente la sobrevivencia de los niños, y si bien no actúan de modo independiente a los condicionantes estructurales macro y micro ni tampoco están desligadas de ellos, constituyen una instancia mediadora en el proceso de salud y enfermedad. Tales conductas tienden a asegurar la reproducción biológica de la familia, a preservar la vida y a efectuar todas las prácticas económicas y no económicas que son indispensables para la obtención de los medios de subsistencia y para la socialización de la progenitura (Torrado, 1986). Una

estas estrategias no participa directamente en la ocurrencia de muertes infantiles, evita con no poca frecuencia que los accidentes y las enfermedades tengan desenlaces fatales.

Estos condicionantes, permeados por la existencia de determinadas estrategias de supervivencia, pueden concluir en la muerte o en la sobrevida infantil.

Hay, pues, una fuerte relación entre la pobreza –en sus distintas formas y manifestaciones– y la mortalidad infantil. Cabe reiterar que esta relación no determina la muerte de los niños, sino que la condiciona fuertemente, y aunque el circuito no termine necesariamente en una defunción, las secuelas que deja en los niños pueden traer como consecuencia serias limitaciones físicas, psíquicas, cognitivas y afectivas, secuelas que a su vez pueden incidir sobre los niveles de pobreza.

Las enfermedades de la pobreza tienen un impacto mayor debido al incremento de la incidencia de los condicionantes exógenos en el periodo posneonatal, tramo que va de los 28 días de vida al primer año de edad. El periodo neonatal reúne mayormente causas vinculadas al componente biológico de la mortalidad infantil, en tanto en el periodo posneonatal es mayor la relación con el componente social.

Cabe advertir que la distancia entre los modelos teóricos y la información que requieren suele ser muy grande. Por ello en esta investigación varios de los condicionantes mencionados (por ejemplo las estrategias de supervivencia, el acceso a redes sociales, etc.) no pueden utilizarse a partir de la información registrada por las estadísticas vitales, especialmente en un universo aproximado de siete millones de personas.

Con el propósito de cuantificar las relaciones entre la pobreza y la mortalidad infantil se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson a distintas mediciones y manifestaciones de ambos fenómenos.¹² En los cuadros 1 y 2 se exhiben los resultados de la correlación calculados

de estas estrategias consiste en la inclusión de la familia en una red social estructurada y continua. Bronfman (2000) destaca el papel de estas redes, sobre todo en las familias pobres, ya que considera que frecuentemente son la única posibilidad de ayuda con que pueden contar y el único soporte de que disponen para aligerar las pesadas cargas de la vida cotidiana.

¹² La fórmula para el cálculo del coeficiente de correlación es:

$$r_{xy} = \frac{\sum X \cdot Y}{N \cdot S_x \cdot S_y}$$

donde: r = coeficiente de correlación, X = variable 1, Y = variable 2, N = número de datos, S_x = desvío estándar de X , y S_y = desvío estándar de Y .

en los departamentos del NGA.¹³ Obsérvese la mayor correlación entre las tasas de mortalidad posneonatal y la tasa de mortalidad infantil según patologías relacionadas con la pobreza.¹⁴

De esta manera las asociaciones teóricas y estadísticas mencionadas avalan el uso de la mortalidad infantil como indicador de la distribución espacial de la pobreza. No obstante es preciso reconocer la exigua calidad de las fuentes de información, particularmente de las estadísticas vitales. En este sentido el registro de la causa de muerte, esencial en el análisis de las enfermedades de la pobreza, presentó una calidad variable, principalmente a principios de la década; de ahí que se decidiera utilizar la tasa de mortalidad posneonatal como la manifestación específica de la mortalidad infantil en el estudio de la distribución espacial de la pobreza.¹⁵

El territorio del Norte Grande Argentino

Las nueve provincias del Norte Grande Argentino cubrían hacia 2001 alrededor de 760 000 km²; que representaban 27.5% de la superficie nacional y albergaban en su interior a 20.7% de la población argentina.¹⁶

¹³ El cálculo de dichas manifestaciones se realizó en los quinquenios 1989 a 1993 y 1999 a 2003, en torno a los censos nacionales de población. La determinación de ciertas manifestaciones específicas de la mortalidad infantil, como las enfermedades de la pobreza, hizo necesario relacionar las defunciones infantiles por patologías relacionadas con la pobreza (infecciosas, respiratorias y desnutrición) con el total de nacidos vivos en cada departamento.

¹⁴ Para mayor información sobre el desarrollo de los distintos índices de medición de la pobreza véase Ferres y Mancero, 2001; Madariaga, 2003; Gómez *et al.*, 2003, y Longhi, 2009.

¹⁵ La proporción de causas de muerte infantil identificadas como “desconocidas o mal definidas” alcanza 8.2% de las defunciones, sin contar las que no fueron registradas por el sistema estadístico o que se registraron como “paro cardiorrespiratorio” o “muerte súbita”, que muchas veces ocultan la causa básica de la defunción. El registro de la edad del fallecido presenta una mejor calidad; en esta variable se ignora sólo 0.8% de las defunciones registradas. Es preciso reconocer también la variabilidad espacial de la calidad de la información; la provincia de Santiago del Estero es la que presenta mayores limitaciones en el registro. Aunque en este estudio se decidió incluirla en el análisis, cabe advertir dichas limitaciones y mencionar que en todos los casos los coeficientes de correlación se elevan al excluir del cálculo los departamentos de dicha provincia.

¹⁶ Integrado por las cinco provincias del Noroeste (Tucumán, Jujuy, Salta, Catamarca y Santiago del Estero) y las cuatro provincias del Nordeste (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones).

CUADRO 1
Norte Grande Argentino. Coeficientes de correlación de Pearson entre metodologías de medición de la pobreza y manifestaciones de la mortalidad infantil, 1991

	<i>Hogares con necesidades básicas insatisfechas (%)</i>	<i>Prevalencia del índice de pobreza compuesto</i>	<i>Tasa de miseria de los hogares</i>
Tasa de mortalidad infantil (1989-1993)	0.27	0.36	0.35
Tasa de mortalidad neonatal (1989-1993)	-0.04	0.03	0.00
Tasa de mortalidad posneonatal (1989-1993)	0.42	0.49	0.50
Tasa de mortalidad infantil según enfermedades de la pobreza (1989-1993)	0.31	0.31	0.30

FUENTE: Elaboración propia con datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES) y del Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

CUADRO 2
 Norte Grande Argentino. Coeficientes de correlación de Pearson entre metodologías de medición de la pobreza y manifestaciones de la mortalidad infantil, 2001

	<i>Hogares</i>			<i>Tasa de miseria de los hogares</i>
	<i>con necesidades básicas insatisfechas (%)</i>	<i>Incidencia del IPMH</i>	<i>Intensidad del IPMH</i>	
Tasa de mortalidad infantil (1999-2003)	0.30	0.37	0.26	0.20
Tasa de mortalidad neonatal (1999-2003)	-0.03	-0.02	0.10	-0.13
Tasa de mortalidad posneonatal (1999-2003)	0.44	0.54	0.28	0.40
Tasa de mortalidad infantil según enfermedades de la pobreza (1999-2003)	0.49	0.49	0.46	0.49

FUENTE: Elaboración propia con datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES) y del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

Entre los numerosos estudios sobre el territorio y la pobreza del Norte Grande Argentino destacan los trabajos de Bolsi (2004 y 2007), Meichtry y Bolsi (2006), Bolsi y Paolasso (2006 y 2009). En ellos se han puesto de manifiesto el carácter marginal del NGA y la débil participación del territorio en la generación de riqueza a lo largo del siglo XX.

Dichos autores reconocen dos grandes *pulsaciones* económicas que incidieron sobre el territorio; la primera de ellas entre finales del siglo XIX y comienzos del XX, relacionada con la consolidación del capitalismo y la instalación de las grandes agroindustrias del norte, y la segunda con la “pampeanización” del Norte, que mostró sus primeros indicios hacia 1960 y se profundizó entre 1970 y 2000. La pobreza del Norte Grande estaría relacionada con las características de tales pulsaciones, con su persistencia, con el territorio, y con las articulaciones de los constructores de éste (Bolsi, 2007).¹⁷

Bolsi (2007) se pregunta cuál es la causa que posibilitó que el liberalismo generara en la Pampa Húmeda el territorio más rico del país, y en el Norte un territorio dominado por las carencias. Conjetura que las respuestas parten necesariamente del ámbito cultural; reconoce la importancia del sistema de articulaciones que se ha desarrollado entre las sociedades del Norte (donde lo tradicional desempeña un papel importante) y las sucesivas pulsaciones mencionadas; destaca así que en el NGA coexisten por lo menos dos grandes grupos, cada uno de ellos con su propio “conjunto central de cómo son y cómo deben ser las cosas” (Benedict, 1939). Está por un lado la sociedad moderna y capitalista, y por otro la sociedad tradicional, ambas con distintos grados de articulación con las pulsaciones económicas, de ahí la emergencia de un problema social casi único en el país.¹⁸

Este territorio complejo, variado, de estructura productiva débil y dominado por las carencias fue receptor durante los noventa, al igual que el resto del país, del modelo político económico neoliberal, cuestión que agravó su tradicional condición de pobreza. En este contexto

¹⁷ Sobre un territorio complejo, donde residían diversas sociedades con distintos grados de articulación, se consolidó el capitalismo a fines del siglo XIX, lo cual generó “residuos” o “víctimas colaterales del progreso” (Bauman, 2005). Estos “residuos” están relacionados con la presencia de poblaciones indígenas y de campesinos, ambas insertas en los llamados *núcleos duros de la pobreza regional* (Bolsi y Paolasso, 2009).

¹⁸ Plantea Bolsi (2007) que no sólo se trata del problema que deriva de la riqueza y la pobreza. Los contrastes del NGA con el resto de Argentina incluyen también la edad de la población, la alta cuota de carga, la natalidad y la mortalidad infantil, cuyas diferencias aproximan al NGA más al universo latinoamericano que al pampeano.

la distribución del ingreso adquirió un carácter regresivo, producto del sendero por el cual transitaba la economía. Los sectores con menos ingresos han sido los que más terreno han perdido desde la instauración de las reformas; el sector medio presentó un *boom* de consumo y crédito favorecido por el fuerte ingreso neto de capitales externos en la primera mitad de la década, pero vio esfumarse dicha ventaja en la segunda mitad; y por último el sector ubicado en la cúspide evadió los efectos de la crisis e incluso incrementó sus ingresos.

En el plano territorial la década de los noventa fue testigo del último de los cambios importantes en la estructura y en la superficie agropecuaria del NGA debido a la fuerte expansión de los cultivos de cereales y oleaginosas. El de la soja fue el caso más importante: se expandió principalmente en Salta, Santiago del Estero, Chaco y Tucumán. El mundo rural sufrió ataques en casi todos sus frentes que afectaron principalmente a los sectores más frágiles, acarrearón cambios en los vínculos laborales, provocaron una precarización laboral creciente de los trabajadores dependientes del agro, y propiciaron la expansión del contratismo, todo lo cual incrementó la exclusión (Bolsi, 2004). Así, las prácticas neoliberales encontraron en el NGA una sociedad y un territorio vulnerables.

Poco se conoce sobre la distribución espacial de la pobreza en el NGA y sus variaciones durante la década de estudio, cuestión que se analiza a continuación.

Las variaciones espaciales de la pobreza en el territorio del Norte Grande Argentino

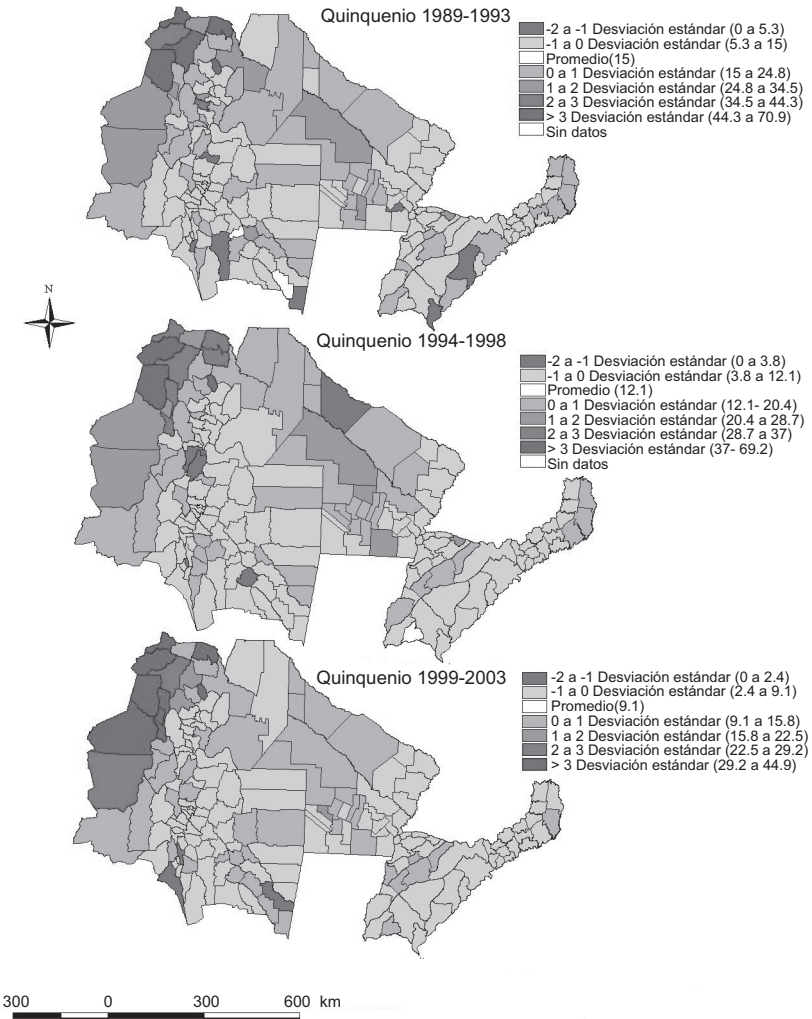
El método que se seleccionó para el análisis espacial de la pobreza implicó la consolidación de las estadísticas vitales en quinquenios, dada la gran cantidad de jurisdicciones con escaso número de nacimientos y defunciones.¹⁹ Asimismo, en un contexto de descenso de la tasa de mortalidad infantil regional²⁰ resultó conveniente definir las categorías de clasificación cartográfica y los umbrales en función del promedio de la distribución en cada quinquenio y de las desviaciones estándar. En el mapa 1 se exhibe la distribución espacial de la pobreza en el NGA en los quinquenios seleccionados. En el mapa 2 se sintetizan las varia-

¹⁹ Esta situación produce oscilaciones aleatorias en las tasas. La agrupación de muertes y nacimientos en quinquenios disminuye el riesgo de dicha aleatoriedad.

²⁰ Véase Fantín, Longhi y Ortiz, 2009.

MAPA 1

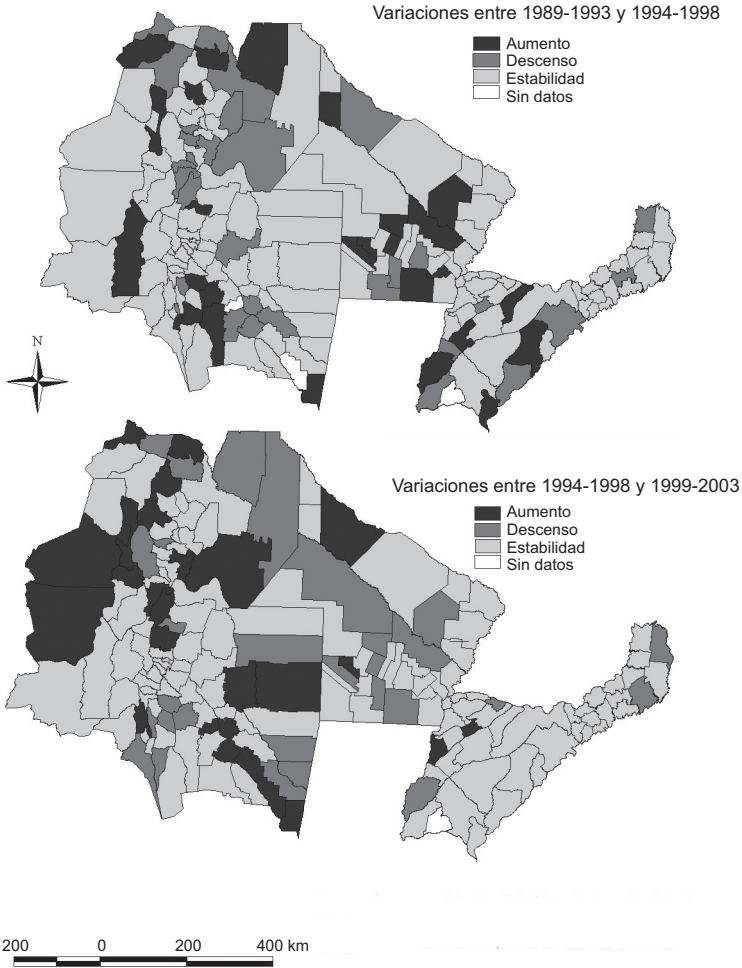
Norte Grande Argentino. Distribución espacial de la pobreza; quinquenios 1989-1993, 1994-1998 y 1999-2003



FUENTE: Elaboración del Laboratorio de Cartografía Digital, Instituto Superior de Estudios Sociales Conicet/UNT, con datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

MAPA 2

Norte Grande Argentino. Tipología departamental según variaciones espaciales de la pobreza



FUENTE: Elaboración del Laboratorio de Cartografía Digital, Instituto Superior de Estudios Sociales Conicet/UNT, con datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

ciones de dicha distribución considerando los cambios en la categoría que ocupaba cada jurisdicción según los quinquenios definidos.²¹ Estos mapas se han denominado “mapas pasaje”. Con la aplicación de este método se obtuvieron los dos resultados más importantes de la investigación.

La persistencia de los núcleos duros de pobreza

La identificación de los núcleos duros de pobreza mediante la aplicación del índice de privación material de los hogares en 2001 (Bolsi y Paolasso, 2009) puede hacerse extensiva al transcurso de la década. El área más crítica se halla en los departamentos asociados a la Puna, la selva y los valles andinos. En condiciones similares se encuentran los departamentos asociados al Chaco central y occidental, el interior santiagueño, el nordeste correntino y los departamentos misioneros orientales. En estos sectores habitan poblaciones heterogéneas, con diferentes comportamientos demográficos y que han dado distintas respuestas a las pulsaciones del capitalismo; no obstante coinciden en que ahí perviven grupos campesinos y aborígenes, los grandes “residuos” de la marcha del progreso en el NGA.²²

La estabilidad de la distribución espacial de la pobreza como el comportamiento dominante en los departamentos del NGA

Los mapas realizados muestran que en la mayor parte del territorio del NGA no ocurrieron cambios sustanciales en cuanto a los niveles de pobreza. En efecto, la categoría “estabilidad en el comportamiento” dominó ampliamente las proporciones de hogares según las variaciones de la pobreza en las comparaciones realizadas. En el cuadro 3 se muestran dichos resultados.²³

²¹ Cada departamento registra un valor en la tasa de mortalidad infantil posneonatal y además integra una categoría respecto al valor promedio y la desviación estándar en cada quinquenio. La variación en estas categorías definió el aumento, la estabilidad, o el descenso de la pobreza.

²² Véase Bolsi y Paolasso, 2009.

²³ El total de hogares para el quinquenio 1994-1998 se determinó mediante la interpolación del total de hogares entre 1991 y 2001, calculados con la herramienta censal.

CUADRO 3

Norte Grande Argentino. Proporción de hogares según variaciones de la pobreza, 1994-1998 y 1999-2003

	<i>Hogares 1994-1998 (v)</i> (%)	<i>Hogares 1999-2003</i> (%)
Aumento de la pobreza	10.0	4.7
Estabilidad en el comportamiento	79.3	83.7
Descenso de la pobreza	10.4	11.5
Sin datos	0.3	0.1
Total	100	100

FUENTE: Elaboración propia con datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud y de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1991 y 2001.

Asociaciones entre las variaciones de la pobreza y la estructura epidemiológica de la población infantil

Si bien durante los noventa la estabilidad dominó el estudio de las variaciones de la distribución espacial de la pobreza en el NGA, hubo cambios sutiles respecto a tales variaciones del fenómeno. En este apartado se pretende asociar los cambios del perfil epidemiológico infantil en las áreas que ingresaron y egresaron de la pobreza, con las principales variaciones en los grupos de causas de muerte infantil.

En los análisis observamos dos situaciones comunes:

- 1) Disminución proporcional del peso de las enfermedades de la pobreza –infecciosas, respiratorias y relacionadas con la desnutrición– y aumento proporcional de las causas más vinculadas con el componente biológico de la mortalidad infantil en las áreas donde disminuyó la pobreza. Esta característica se observó en todos los grupos de causas de muertes (cuadros 5 y 7).
- 2) Aumento proporcional del peso de las enfermedades de la pobreza y disminución de las causas más relacionadas con el componente biológico de la mortalidad infantil –afecciones del periodo perinatal y anomalías congénitas– en las áreas donde creció la pobreza. Si bien existen variaciones con signo contrario al esperado, domina la tendencia mencionada (cuadros 4 y 6).

CUADRO 4

Áreas que mostraron aumento de la pobreza. Perfil epidemiológico infantil. Pasajes 1989-1993 y 1994-1998

<i>Grupo de causas</i>	<i>Quinquenio 1989-1993</i> (%)	<i>Quinquenio 1994-1998</i> (%)	<i>Diferencias</i>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	11.5	11.8	0.3
Deficiencias de la nutrición y anemias	6.2	6.1	-0.1
Enfermedades respiratorias	9.6	9.5	-0.1
Anomalías congénitas	8.8	8.5	-0.3
Ciertas afecciones del periodo perinatal	43.9	43.3	-0.7
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	10.6	9.0	-1.6
Causas externas	2.5	4.4	1.9
Resto de causas	6.9	7.4	0.6

FUENTE: Elaboración propia con datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES).

CUADRO 5

Áreas que mostraron descenso de la pobreza. Perfil epidemiológico infantil. Pasajes 1989-1993 y 1994-1998

<i>Grupo de causas</i>	<i>Quinquenio 1989-1993</i> (%)	<i>Quinquenio 1994-1998</i> (%)	<i>Diferencias</i>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	14.2	12.0	-2.1
Deficiencias de la nutrición y anemias	6.1	4.6	-1.4
Enfermedades respiratorias	10.3	7.1	-3.2
Anomalías congénitas	8.0	9.0	1.0
Ciertas afecciones del periodo perinatal	39.1	47.3	8.3
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	10.3	8.0	-2.2
Causas externas	3.1	5.3	2.2
Resto de causas	9.0	6.6	-2.5

FUENTE: Elaboración propia con datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES).

CUADRO 6

Áreas que mostraron aumento de la pobreza. Perfil epidemiológico infantil. Pasajes 1994-1998 y 1999-2003

<i>Grupo de causas</i>	<i>Quinquenio 1994-1998</i> (%)	<i>Quinquenio 1999-2003</i> (%)	<i>Diferencias</i>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	9.6	10.3	0.7
Deficiencias de la nutrición y anemias	4.5	4.6	0.2
Enfermedades respiratorias	12.7	10.4	-2.3
Anomalías congénitas	8.2	11.3	3.0
Ciertas afecciones del periodo perinatal	36.5	37.4	0.9
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	12.6	9.7	-2.9
Causas externas	9.5	11.4	1.9
Resto de causas	6.5	4.9	-1.5

FUENTE: Elaboración propia con datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES).

CUADRO 7

Áreas que mostraron descenso de la pobreza. Perfil epidemiológico infantil. Pasajes 1994-1998 y 1999-2003

<i>Grupo de causas</i>	<i>Quinquenio 1994-1998</i> (%)	<i>Quinquenio 1999-2003</i> (%)	<i>Diferencias</i>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	11.2	7.4	-3.8
Deficiencias de la nutrición y anemias	6.4	3.3	-3.0
Enfermedades respiratorias	10.0	8.5	-1.5
Anomalías congénitas	9.4	14.2	4.7
Ciertas afecciones del periodo perinatal	41.3	50.7	9.4
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	8.1	7.4	-0.7
Causas externas	5.4	5.0	-0.4
Resto de causas	8.2	3.6	-4.7

FUENTE: Elaboración propia con datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES).

Estas situaciones van adquiriendo mayor robustez a medida que avanzan los quinquenios considerados debido fundamentalmente a la mejora en el registro. Así, ha podido observarse que el grupo “signos, síntomas y estados morbosos mal definidos” muestra en todos los casos tendencia al descenso. El margen de error es mínimo, entendiéndose como tal el comportamiento inverso al esperado. El más importante entre ellos es la variación negativa de 1% en las patologías respiratorias de los pasajes 1994-1998 y 1999-2003 en los departamentos donde aumentó la pobreza.

Asimismo el grupo de causas “ciertas afecciones del periodo perinatal” mostró ser el más sensible a las variaciones de la pobreza, lo cual se justifica debido a la inexistencia de un comportamiento contrario al esperado y a la magnitud que alcanzan las variaciones de este grupo.

Consideraciones finales

A pesar de los avances logrados, el estudio de la pobreza mantiene un carácter inasible, dado el cúmulo de subjetividades que yace en su interior. En este contexto el problema de la distribución espacial del fenómeno y el de sus variaciones espaciales no han suscitado un interés principal de las ciencias sociales. Ambas manifestaciones constituyen una interesante puerta de entrada al conocimiento del problema, ya que ofrecen la posibilidad de identificar no sólo los hogares pobres, sino también sus características, así como las sociedades relacionadas con el universo detectado. De esta manera, las preguntas ¿dónde están? y ¿quiénes son los pobres? encontrarían respuestas. El análisis adquiere particular interés tratándose de la década de los noventa, cuando el modelo neoliberal se aplicó a cabalidad en el país.

La información necesaria para estudiar la distribución espacial de la pobreza en Argentina sólo proviene de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas que se realizan cada diez años. Esta limitación temporal de la serie dio pie a la búsqueda de alternativas en un indicador socioeconómico de génesis continua. Se encontró así en la mortalidad infantil posneonatal un adecuado índice que se asemeja a la distribución espacial de la pobreza y, por tanto, posibilita el análisis de las variaciones de dicha distribución. Si bien la elaboración de un modelo teórico, junto al cálculo de los coeficientes de correlación, hizo posible la articulación entre los fenómenos de la pobreza y la mortalidad infantil, su complejidad no se asocia completamente con

la información que registran las estadísticas vitales. Estas fuentes de información fueron proporcionadas por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, pero presentan diferente calidad según la provincia considerada. Santiago del Estero destaca por su inferior calidad de información.

A pesar de tales limitaciones fue posible corroborar la conocida relación entre la pobreza y la mortalidad infantil, y a partir de ello se realizó la cartografía intercensal de la pobreza. Preguntas fundamentales de la investigación referidas al dónde y al cuánto fueron respondidas mediante el análisis cartográfico y definieron los principales resultados hallados. En este sentido, la estabilidad en las variaciones de la pobreza en el NGA fue la característica principal en su evolución, pues alcanzó 80% de los hogares.

Por otro lado, la persistencia de los núcleos duros de pobreza, la mencionada estabilidad de las variaciones y los niveles que alcanza la mortalidad infantil en el NGA aproximan las características de dicho territorio a perfiles más similares al universo latinoamericano que al resto del país.²⁴ Asimismo la heterogeneidad de situaciones demostró ser otra de las características propias del NGA. Los departamentos con valores más extremos de tasa de mortalidad posneonatal (TMP) mostraron registros que como mínimo eran seis veces por encima del promedio nacional.

El análisis del perfil epidemiológico de las áreas que mostraron variaciones notables en la pobreza mostró una marcada asociación entre el aumento de las enfermedades de la pobreza –patologías infecciosas, respiratorias y desnutrición– cuando avanzó ésta, y la disminución de dichas enfermedades en caso de retroceso. También los grupos de causas relacionados con el componente biológico de la mortalidad infantil mostraron asociación con la pobreza: crecieron las afecciones del periodo perinatal y las anomalías congénitas ante la disminución de la pobreza y viceversa. El primero de estos grupos se constituyó en el grupo de causas más sensible a las variaciones de la pobreza.

Los resultados hallados nos llevan a conjeturar sobre las ventajas de la formulación de una política de Estado que reúna las siguientes características:

²⁴ Argentina poseía para el año 2006 una tasa de mortalidad infantil (TMI) de 14 por mil, mientras la TMI del NGA era 16.3 por mil, la de la Puna 28.2 por mil, la de Brasil 19 por mil, y la de Bolivia 50 por mil (UNICEF, 2007).

- 1) Estructuración de las numerosas acciones aisladas o inconexas en un contexto general.
- 2) Confección de un plan global que deberá prever la existencia de por lo menos dos sociedades, la tradicional y la moderna; de lo contrario la receta liberal seguiría produciendo residuos.
- 3) Consideración de una ingeniería social específica para los núcleos duros de pobreza.
- 4) Fortalecimiento de programas de desarrollo de la infancia para una vida más plena de los niños. El mejoramiento de la calidad de vida puede ser una parte crucial de su desarrollo, ya que las inversiones durante la niñez pueden favorecer las capacidades futuras en formas muy distintas.
- 5) Profundización del modelo de Atención Primaria de la Salud.²⁵ Son ineficaces las inversiones en equipamiento si no van acompañadas por inversiones en recursos humanos. Es fundamental que se considere la medicina como oferta de salud y no como demanda de servicios. Los ejes de dicho modelo son: la promoción, la prevención, el tratamiento, y la rehabilitación.²⁶

Este modelo, articulado con la ingeniería social y la política de Estado, sería clave en la disminución de las muertes en la infancia. El interrogante ¿por qué invertir en la infancia? bien podría ser respondido según los lineamientos de Amartya Sen: porque la reducción de la mortalidad evitable puede ser, en sí misma, una contribución importante al proceso del desarrollo, ya que la muerte prematura es una negación básica de la libertad más elemental de los seres humanos: la libertad de disfrutar y apreciar la vida.

²⁵ La Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata se realizó en Kazajistán, en 1978. Convocó a 134 países y 67 organizaciones internacionales, y definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de *atención primaria de salud* como una estrategia para alcanzar la meta de Salud para Todos para el 2000.

²⁶ Según la Declaración de Alma Ata –disponible en <http://www.ops.org.bo/alma_atta/declaracion.pdf> [7 de octubre de 2009]– estos ejes incluyen las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; el abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.

Bibliografía

- Álvarez, Gustavo (2002), "Capacidad económica de los hogares. Una aproximación censal a la insuficiencia de ingresos", *Notas de Población*, núm. 74, Santiago de Chile, CEPAL, pp. 213-250.
- Arriagada, Irma (2005), "Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género", *Revista de la CEPAL*, núm. 85, Santiago de Chile, CEPAL, pp. 101-113.
- Bauman, Zygmunt (2005), *Vidas desperdiciadas, la modernidad y sus parias*, Buenos Aires, Paidós.
- Behm Rosas, Hugo (1962), *Mortalidad infantil y nivel de vida*, Santiago de Chile, Universidad de Chile.
- Benedict, Ruth (1939), *El hombre y la cultura*, Buenos Aires, Sudamericana.
- Bolsi, Alfredo (2004), "Pobreza y territorio en el Norte Grande Argentino", trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población, Caxambú.
- Bolsi, Alfredo (2007), "El mito de la opulencia argentina, territorio y pobreza en el Norte Grande Argentino", *Actas Latinoamericanas de Varsovia*, tomo 30, Varsovia, pp. 189-206.
- Bolsi, Alfredo y Norma Meichtry (2006), "Economía de mercado y sociedades tradicionales en la generación de la pobreza en el Norte Grande Argentino", *Estudios*, núm. 19, Córdoba, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, pp. 65-89.
- Bolsi, Alfredo y Julia Ortiz de D'Arterio (2001), *Población y azúcar en el noroeste argentino. Mortalidad infantil y transición demográfica durante el siglo XX*, San Miguel de Tucumán, Universidad Nacional de Tucumán.
- Bolsi, Alfredo y Pablo Paolasso (comps.) (2009), *Geografía de la pobreza en el Norte Grande Argentino*, San Miguel de Tucumán, PNDU / UNT / Conicet.
- Bolsi, Alfredo, Pablo Paolasso y Fernando Longhi (2006), "El Norte Grande Argentino entre el progreso y la pobreza", *Población y Sociedad*, núm. 12-13, San Miguel de Tucumán, Fundación Yocavil, pp. 227-266.
- Bronfman, Mario (2000), *Como se vive se muere. Familia. Redes sociales y muerte infantil*, Buenos Aires, Lugar.
- Cervantes Carson, Alejandro (1989), "En busca de la explicación (variables socioeconómicas en el estudio de la mortalidad en la niñez)", en R. Jiménez Ornelas (coord.), *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años (Primer Seminario de Demografía Formal)*, México, UNAM, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias, pp. 65-80.
- Córdoba Ordóñez, Juan y José García Alvarado (1991), *Geografía de la pobreza y la desigualdad*, Madrid, Síntesis.
- Fantín, Alejandra, Fernando Longhi y Patricia Ortiz (2009), "Natalidad y mortalidad según los niveles de pobreza en el Norte Grande Argentino", en Alfredo Bolsi y Pablo Paolasso (comps.), *Geografía de la pobreza en el*

- Norte Grande Argentino*, San Miguel de Tucumán, UNT / PNDU / Conicet, pp. 197-208.
- Fantín, Alejandra (2007), "Situación, necesidades y demandas de los servicios de salud en el nordeste argentino", trabajo presentado en IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Huerta Grande.
- Feres, Juan y Xavier Mancero (2001), *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*, Santiago de Chile, División de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL.
- Ferullo, Hugo (2009), "Sobre los conceptos de pobreza y subdesarrollo en el pensamiento económico moderno. La pobreza de la teoría económica tradicional", en A. Bolsi y P. Paolasso (comps.), *Geografía de la pobreza en el Norte Grande Argentino*, San Miguel de Tucumán, PNDU / UNT / Conicet, pp. 41-52.
- Foucault, Michael (2008), *La arqueología del saber*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Gasparini, Leonardo, Mariana Marchionni y Walter Sosa (2000), "La distribución del ingreso en la Argentina. Evidencia, determinantes y políticas". Disponible en: <http://boiarov.com.ar/home/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=46>. Consulta: 14 de septiembre de 2006.
- Gómez, Alicia, Silvia Mario y Fernanda Olmos (2003), "Índice de privación material de los hogares (IPMH). Desarrollo y aplicación con datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001", trabajo presentado en VII Jornadas de la Asociación Argentina de Estudios de Población, Taquí del Valle.
- González, Horacio (1997), "El sujeto de la pobreza, un problema de la teoría social", en A. Minujín *et al.* (coords.), *Cuesta abajo. Los nuevos pobres, efectos de la crisis en la sociedad argentina*, Buenos Aires, UNICEF / Losada, pp. 285-297.
- Hommes, Rudolf y Carolina Soto (1999), "Determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil en países en desarrollo, un estudio de corte transversal", en M. Cárdenas y N. Lustig (comps.), *Pobreza y desigualdad en América Latina*, Bogotá, Tercer Mundo, pp. 187-210.
- Longhi, Fernando (2009), "Miseria, mortalidad infantil y perfil epidemiológico en el Norte Grande Argentino (1989-2003)", en R. Drovetta y M.L. Rodríguez (comps.), *Padecimientos en grupos vulnerables del interior de Argentina. Procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención*, Córdoba, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, pp. 109-144.
- Longhi, Fernando, Patricia Ortiz de D'Arterio y Horacio Madariaga (2009), "Caracterización de la pobreza en los hogares del Norte Grande Argentino. Su relación con la mortalidad infantil", en E. Bueno Sánchez y J. Diniz Alves (coords.), *Pobreza y vulnerabilidad social. Enfoques y perspectivas*, Río de Janeiro, Universidad de Zacatecas / ALAP / UNFPA, pp. 57-73 (Investigaciones, 3).
- Madariaga, Horacio (2003), "Propuesta de índice de pobreza y su aplicación empleando sistemas de información geográfica", trabajo presentado en VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Taquí del Valle.

- McKeown, Thomas (1988), *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Barcelona, Crítica.
- Mosley, Henry y Lincoln Chen (1984), "An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries", *Population and Development Review*, vol. 10, supl., Seattle, University of Washington, pp. 25-45.
- Mujica, Luis y Graciela Mesa (2006), "La enfermedad de chagas. Características generales de una enfermedad endémica de la pobreza", *Investigaciones y Ensayos Geográficos, Revista de Geografía*, vol. 5, núm. 5, Formosa, Universidad Nacional de Formosa, pp. 27-40.
- Naciones Unidas (1961), *Definición y medición internacional del nivel de vida*, Nueva York, Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (2003), *El estudio de la población mundial 2002*, Nueva York, Naciones Unidas.
- Nun, José (1969), "Superpoblación relativa, ejército industrial de reserva y masa marginal", *Revista Latinoamericana de Sociología*, vol. 5, núm. 2, Buenos Aires, Instituto Torcuato Di Tella, pp. 178-236.
- Nun, José (2001), *Marginalidad y exclusión social*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Popper, Karl (1957), *La sociedad abierta y sus enemigos*, Buenos Aires, Paidós.
- Ramírez, Liliana (1995), "Incidencia de factores ambientales en la mortalidad infantil. Provincia de Chaco, 1991", *Revista Geográfica*, núm. 122, México, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, pp. 169-178.
- Rotberg, Robert y Theodore Rabb (1990), *El hambre en la historia. El impacto de los cambios en la producción de alimentos y los modelos de consumo sobre la sociedad*, Madrid, Siglo XXI.
- Sauer, Carl (1941), "Foreword to Historical Geography", *Annals of the Association of American Geographers*, vol. 31, California, University of California, pp.1-24.
- Sen, Amartya (1997), *Bienestar, justicia y mercado*, Barcelona, Paidós.
- Spinelli, Hugo, Marcio Alarzaqui, Laura Calvelo y Jorge Arakaki (2000), *Mortalidad infantil, un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos Aires en 1998*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- Tissot, Sylvie y Franck Poupeau (2005), "La spatialisación des problèmes sociaux", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, núm. 159, Paris, Éditions du Seuil.
- Torrado, Susana (1986), *Salud – enfermedad en el primer año de vida. Rosario (1981-1982)*, Buenos Aires, Centro de Estudios Urbanos y Regionales.
- Trifiró, Cristina (2001), "Condiciones de vida y mortalidad infantil en los departamentos de la provincia de Mendoza", trabajo presentado en VI Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Buenos Aires.
- UNICEF (2007), *Estado mundial de la infancia*, Nueva York, UNICEF.
- Vilas, Carlos (1997), "De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo", *Desarrollo Económico*, vol. 36, núm. 144, Buenos Aires, IDES, pp. 931-952.

Acerca del autor

Hugo Fernando Longhi es licenciado en Geografía y doctor en Ciencias Sociales (orientación Geografía) por la Universidad Nacional de Tucumán. Su principal línea de investigación es la pobreza en el territorio del Norte Grande Argentino y su vinculación con la mortalidad infantil. Ha presentado trabajos en congresos nacionales e internacionales, y ha publicado capítulos de libros y artículos en revistas científicas de Argentina, México, Colombia, Brasil y España. Actualmente es becario posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (Conicet) con sede en el Instituto Superior de Estudios Sociales (ISES).