

# Introducción a la problemática de las políticas demográficas de frontera

*Carlos de Jorge\* - Carlos de Jorge\* (h)*

*“Dios es Juez y vengador de la sangre inocente que clama de la Tierra al cielo.”*

Génesis, 4, 10.

El proceso que se verifica en los estudios de mortalidad en Iberoamérica, especialmente la infantil, es el resultado de aportes de profesionales de diversas especialidades que tratan el tema desde varios ángulos y con diferentes perspectivas teóricas y metodológicas. Si bien la preocupación de los estudiosos contiene algunos denominadores comunes, en general se basan en las ideas del sacerdote anglicano Tomás Roberto Malthus (1766-1834), quien fuera el primero en alertar (y, además, equivocadamente) sobre la finitud de los recursos y la necesidad de implementar políticas de restricción a la natalidad en su obra “Ensayo sobre el principio de población”<sup>1</sup>.

\* Licenciado en Geografía. Profesor de Geografía Política y Económica de la Argentina de la Escuela de Ciencias Políticas de la UCA

\* Profesor de Geografía

1. Hoy, tras aquel dislate, un nuevo “neomalthusianismo” está en vigencia, llegándose en ciertos casos a promover, lisa y llanamente, el genocidio infantil. En realidad Malthus no afirmaba que para detener el crecimiento de la población eran necesarias las medidas de “planificación familiar”, o la legalización del aborto, o el uso de anticonceptivos. Sólo se limitó a plantear el retraso del matrimonio hacia una mayor edad de la mujer y a proponer el espaciamiento de los nacimientos. Lo que constituye una diferencia abismal con lo que propone el “neomalthusianismo”. Con respecto a esto dice la “Carta

Se ha buscado dimensionar el problema (si es que puede denominarse “problema” al hecho más común de la naturaleza, cual es el nacer) a través de estimaciones del cuántum y de las tendencias de la mortalidad. Se analiza pseudocientíficamente la cuestión por medio de publicitados estudios<sup>2</sup> y se intenta cualificarla a través de la identificación de los grupos poblacionales de mayor o menor riesgo y de los determinantes al nivel de la estructura social, del hogar y del individuo. Lo que no se dice es que la “política” que desciende del primer mundo es la del “control de la natalidad” (eufemismo por asesinato intencionado), programado a través de la famosa “Alianza para el Progreso”, los créditos del Banco Mundial, el ecologismo pseudocientífico, las iniciativas del “Club de Roma”, las intromisiones en los asuntos internos de los Estados desde las Naciones Unidas y la Secretaría de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica, a partir del famoso “Informe 2000”, secreto en su momento y actualmente desclasificado y desde Henry Kissinger hacia aquí. El objetivo de todo esto, según afirman, es lograr medidas que mejoren la “calidad” de vida de la población y mantener en vigencia la corriente de pensamiento “sanitarista”, tan vigente en las Facultades de Medicina de Iberoamérica y evitar la posibilidad que estalle cualquier tipo de epidemia que arrastre hacia arriba las milagrosas tablas que

---

de los Derechos de la Familia” en su Preámbulo, punto C. “el matrimonio es la institución natural a la que está exclusivamente confiada la misión de transmitir la vida” (Negritas es nuestro). *Misión y obligación*. El punto D. Aclara, además y especifica que “.. la familia.. existe antes que el Estado o cualquier otra comunidad y posee derechos propios que le son inalienables”.

2. Vg. “Los límites del crecimiento”, de Dennis L. Meadows, escrito conjuntamente con su esposa, Donatella H. Meadows y a pedido expreso del Club de Roma, Institución que luego lo rechazó por los gravísimos errores aparecidos en su confección, “Conservación de los recursos”, de Ciriacy Wantrup o el más divulgado “La explosión demográfica”, de Paul Ehrlich)

miden la (MI). Si a esto se lo denomina “Política Demográfica”, estamos en presencia de una increíble falacia. La verdadera política es otra<sup>3</sup>.

Puede afirmarse que no existe nación en Iberoamérica cuyos niveles de mortalidad infantil (MI) y de la niñez sean desconocidos, lo que no implica a su vez que los datos a publicar sean correctos, debido al manifiesto subregistro en ciertos países. La Argentina muestra uno de los indicadores de mayor integridad y calidad de los datos y, por ende, los más confiables para el análisis.

La (MI) en nuestro país ha tenido tendencias interesantes. La población del país disfrutaba de las tasas más bajas en el concierto Iberoamericano, junto con la población de Uruguay, hasta aproximadamente la mitad del siglo XX. Hoy éste ya no es el caso. ¿Qué ha fallado?. ¿Falta inversión sanitaria?. ¿Políticas lógicas y accesibles a las actuales necesidades de nuestra población?. ¿Es necesario re-educar a la ciudadanía sobre estos temas?.

El objetivo de este trabajo es tratar de analizar concretamente y tomándola como un ejemplo paradigmático a la MI en una zona fronteriza entre la República Argentina y la República de Bolivia, con la finalidad de responder, aunque más no sea parcialmente, a algunos de estos interrogantes. En lo posible intentaremos ver por que se produce el fenómeno y definir a que tipo de estructura

3. Con respecto al aspecto eminentemente político de la familia, el control de la natalidad y la mortalidad infantil, que es en última instancia lo que estamos analizando, S.S. Pablo VI ha sido muy explícito, ya que afirma en *Humanae Vitae*: “Nos decimos a los gobernantes, que son los primeros responsables del bien común y que tanto pueden hacer para salvaguardar las costumbres morales: no permitáis que se degrade la moralidad de vuestros pueblos; no aceptéis que se introduzcan legalmente en la célula fundamental, que es la familia, prácticas contrarias a la ley natural y divina...”. *Humanae Vitae*, punto 23, “Llamamiento a las autoridades públicas”

pertenece: si al paradigma Epidemiológico-Social o al Ecológico-Biológico. Para esto, previamente, haremos una breve descripción de la evolución de la MI en el transcurso de la historia. Apuntaremos a las causales físico-geográficas del área investigada y a los aspectos económicos y políticos involucrados. Luego analizaremos y relacionaremos como se encuentra, en la actualidad, la MI a escala mundial, continental y nacional, para pasar de inmediato al marco regional. Finalmente trataremos de identificar, si es que la hay en nuestro país, una POLÍTICA DE POBLACIÓN, (PP), con sentido total e integrador, más allá del “Gobernar es poblar” de Alberdi y de lo que explicitan los Artículos pertinentes de la Constitución Nacional, base de toda sana política referida al ítem. No sólo de inmigración, que ya no es poco, sino también de salud, de mejoramiento sanitario y de atención para los primeros años de vida de los jóvenes, casi única manera de reducir seriamente la MI pensando en el futuro de la patria.

## 2. Sitio y posición del área seleccionada

### 2.1 Características generales

La frontera argentino- boliviana se extiende al noroeste del país siendo sus extremos al Oeste el cerro Zapaleri, punto trifujo que señala el límite de Argentina, Bolivia y Chile y al Este el hito Esmeralda, punto trifujo que marca el límite de Argentina, Bolivia y Paraguay.

La línea fronteriza alcanza una longitud total de 708 kilómetros, la que representa el 5% del total del perímetro terrestre argentino. (Ver Mapa N° 1).

El límite recorre, especialmente en el sector occidental, una región ora amesetada, ora elevada, conocida con el nombre de Puna. A ambos lados de la línea perimetral se asientan pequeñas poblaciones, algunas de las cuales tienen carácter de “en-

frentadas”, tales como los casos de La Quiaca-Villazón y Profesor Salvador Mazza (Estación Pocitos) – Yacuiba.

Atraviesan la zona fronteriza dos líneas férreas internacionales. Ambas rematan en los océanos Pacífico y Atlántico, respectivamente, a través de interconexiones por terceros países, lo que al momento de extraerse conclusiones sobre salud de la población debe tenerse apropiadamente en cuenta, dada la facilidad de contagios y transmisiones de distintas enfermedades en razón de la alta movilidad de los lugareños, por medio del uso de las redes de transportes ferroviarios. Con respecto a los viales es dable recordar que tanto las rutas nacionales N° 9 y 34 corren cercanas a las vías férreas antedichas, con lo aún se aumenta más la movilidad de los pobladores fronterizos. La superficie de esta frontera es de 61.673 Km<sub>2</sub> (de los cuales 15.146 Km<sub>2</sub> pertenecen a Jujuy y 46.527 Km<sub>2</sub> a Salta). En este sentido posee el 9 % del total de las fronteras nacionales, integrada por porciones de las provincias precitadas, que la atenazan en sus dos extremos. A los efectos del análisis geográfico con referencia a la salud de la población fronteriza (y por ende con la MI) debe agregarse como nota de importancia la lejanía a la Capital Federal (en el orden de los 2.000 Km), distancia que incide notoriamente en la rápida llegada de auxilio desde el centro político del país en casos de desastres naturales o urgencias médicas; al declararse epidemias (cual fue el caso del cólera entre 1.990 y 1.996) y al momento de acercarse ayuda sanitaria y/o económica, la que decrece de manera inversamente proporcional a las distancias a recorrer, ya que nadie sabe explicar por que milagro las mismas “quedan” por el camino<sup>4</sup>.

4. Es interesante citar (a sólo manera de ejemplo) que en el caso de los fondos que destinaba en la década pasada el Ministerio de Salud y Acción Social para la atención e los alienados internados en los Institutos de Salud Mental cercanos a la Capital Federal, se acercaban a la cifra de \$ 3.200 al mes, por enfermo. Lo que, al visitar a estos lugares de internación y visualizarse el deplorable estado de la población atendida, se torna evidente que esas cifras no llegan verdaderamente ni al paciente ni al Instituto.

## 2.2. Subdivisiones

A los fines de este estudio, hemos optado por subdividir la frontera con Bolivia en dos sectores o comarcas: al oriente el sector subandino-chaqueño y a occidente el sector puneño, debiéndose interpretar como PUNA a la prolongación de la de Atacama en Chile y a la del Altiplano boliviano, que en nuestro país alcanza una altura media de 3500 metros sobre el nivel del mar y que se caracteriza por su aridez (fruto de la carencia de lluvias), escasez de ríos y ausencia notoria de vegetación.

La primera de estas comarcas mencionadas comprende los Departamentos de Rivadavia (menos aproximadamente unos 10.000 Km\_ que se encuentran incomunicados y alejados del límite internacional), Orán (excepto aproximadamente 5.000 Km\_ situados fuera del área fronteriza) y en su totalidad a los de Gral. San Martín, Santa Victoria e Iruya, en la provincia de Salta. El segundo sector, por su parte, está conformado por los Departamentos Jujeños de Yavi y Santa Catalina, en su totalidad y los de Rinconada (menos aproximadamente unos 1000 Km\_ que enfrentan al límite argentino-chileno) y Cochinoaca, excepto los 3.000 Km\_ más australes y lejanos del límite internacional.

La República de Bolivia limita con la de Argentina por medio de los Departamentos de Tarija y Potosí, los que poseen características físico-geográficas similares a las que encontramos en los Departamentos que enfrentan en nuestro país. Con una mayor envergadura superficial que la de las divisiones políticas argentinas y con un poblamiento numéricamente superior poseen problemas más serios de pobreza y de necesidades básicas insatisfechas. Debemos en este lugar señalar que más allá de la existencia del límite internacional, sea a través del tráfico vecinal fronterizo (T.V.F) o de las facilidades de acceso entre ambos países, la movilidad de la población a ambos lados del mismo

Provincia	Departamento	Superficie (Km <sup>2</sup> )	Habitantes (1997)	Densidad (Hab/Km <sup>2</sup> )
SALTA	Rivadavia	15951 <sup>1</sup>	17933 <sup>2</sup>	1.1
	Gral. San Martín	16257	123595	7.6
	Orán	6892 <sup>3</sup>	111623 <sup>4</sup>	16.2
	Santa Victoria	3912	12969	3.3
	Iruya	3515	6734	1.9
	SUBTOTALES	46527	272854	5.9
JUJUY	Cochinoaca	4837 <sup>5</sup>	11062 <sup>6</sup>	2.3
	Yavi	2942	18696	6.3
	Santa Catalina	2960	3278	1.1
	Rinconada	4407 <sup>7</sup>	2669 <sup>8</sup>	0.6
	SUBTOTALES	15146	35705	2.3
	TOTALES	61673	308559	5.0

Fuente: Elaboración propia.

1. Superficie total del departamento 25951 Km\_.
2. Población total del departamento 22933 Hab.
3. Superficie total del departamento 11892 Km\_.
4. Población total del departamento 116623 Hab.
5. Superficie total del departamento 7837 Km\_.
6. Población total del departamento 11362 Hab.
7. Superficie total del departamento 6407 Km\_.
8. Población total del departamento 2769 Hab.

es notoria, lo que caracteriza al área como una “frontera abierta”, con implicancias directas en las posibilidades de contagios entre las poblaciones situadas en ambos lados del confín. Esto significa, directamente, que enfermedades, endemias, epidemias y otros hechos que afectan a la salud humana y que inciden también en la MI (como por ejemplo las costumbres alimentarias o de higiene) son imposibles de ser aisladas en cualesquiera de los dos Estados confinantes con respecto al otro.

### 2.3. Aspectos físico-geográficos

#### 2.3.1. Sector Occidental

La característica más destacada del mismo es su elevada altitud promedio sobre el nivel del mar, que orilla los 3.500 m. La Puna no es una meseta en sentido estricto, aunque algunas áreas de la misma sí sean amesetadas. Dentro de este sector geográfico existen cerros aislados de considerable altitud (nevado de Queva, cerro Galán), los que sobrepasan los 6.000 m de altura; cordilleras de significativa extensión, como la sierra de Calalaste, de más de 250 Km de longitud; sistemas orográficos que la circundan por el naciente con picos localmente denominados “nevados”, como el Cachi, Chañi y Acay, de más de 5.500 m de altura; volcanes apagados por el poniente de gran altitud y depresiones saturadas por sales de azufre, bórax y nitratos, llamadas azufreras, borateras o salares, todos ellos páramos desérticos e inhabitables hacia los cuales drenan los escasos cursos de aguas salobres que existen en el área. El desierto “más desértico” del mundo es, precisamente, el de Atacama, con sólo 50 mm. precipitados en 50 años. Debe pensarse, en función de lo expresado, que los asentamientos poblacionales serán puntiformes, aislados, con escaso número de pobladores, allí donde aparecen “ojos de agua” o donde existen posibilidades de alguna actividad económica, como ser la extractiva minera, que es la que al invertir ingentes sumas de dinero y mantener activos centros de salud locales, otorga algunas ventajas más para el bienestar de los pobladores. En los “huaicos”, donde pastan tanto los escasos caprinos como los guanacos, llamas, alpacas o vicuñas en estado salvaje o semi-domesticado, el ser humano comparte el líquido para el riego, la higiene o la bebida con ellos, siendo el agua el factor principal de transmisión de enfermedades como el paludismo, el cólera, la hidatidosis y otras endemias. Aquí las costumbres ancestrales y la rigidez del medio son cau-

sa directa de MI, de avitaminosis materna y de la consecuente incidencia en el infante que es amamantado.

Asociado al clima (desértico de altura), con escasez de precipitaciones, altos coeficientes de insolación diaria, (lo que obliga a proteger la piel durante el día con vestimentas típicas del “coya” del altiplano), amplitud térmica diaria, estacional y anual muy severa (durante el día las temperaturas pueden subir abruptamente en sólo tres horas en más de 20° C y trepar a 30° C en la tarde para descender durante la noche a -10° C), con su incidencia en los procesos de congelamiento corporal por desprotección del infante durante el período nocturno y las enfermedades pulmonares congénitas, aparece el factor de la altura, que provoca el conocido SOROCHE, mal de puna o apunamiento, caracterizado por la falta de oxígeno, la menor resistencia del aire, la rarefacción de la atmósfera y su limpidez. Costumbre arraigada en el poblador puneño para solucionar este problema es la del “coqueo”, aprovechando las hojas de coca (*Erithoxylum coca*) que la naturaleza le brinda en el medio próximo y que constituye un excelente comercio interjurisdiccional, junto a otras “yerbas” o “yuyos” que son utilizados localmente para la herboristería tradicional o la alimentación, como la lejía (*Baccharis incarum*), la lampaya (*Lampaya castellanii*), la rica-rica (*Acantholippia hastulata*), añagua (*Adesmia horridiuscula*), Chijua (*Baccharis boliviensis*), iluca (*Krameria iluca*), airampu (*Opuntia soehrensii*); cardones (*Trichocereus pasacana*), quinua (*Chenopodium quinoa*), de gran poder calórico, tubérculos varios, etc. , o para obtener material combustible, como los conocidos “cuernos de cabra” (*Adesmia glanduligera*), la tola (*Parastrephia lepidophylla*) y la quéñoa (*Polylepis tomentella*). Debe destacarse en este punto que ante la carencia o lejanía de un médico, es el chamán lugareño el que ocupa su lugar y el que utiliza, precisamente, a estos vegetales para la práctica del curanderismo. Lo que no debe olvidarse al momento de analizar las causas de la MI en el sec-

tor, ya que estas modalidades se encuentran íntimamente asociadas a las prácticas socioculturales de la población de origen quechua.

### 2.3.2. Sector Oriental

Este sector es mucho más variado en cuanto a los aspectos físico-geográficos que otorga el medio. De Oeste a Este se verifica un descenso paulatino de la altitud, con la presencia de valles muy aptos para el poblamiento y quebradas que permiten la accesibilidad hacia la puna, entrelazando los valles bajos con los intermedios y permitiendo la circulación de personas y bienes, como así también de los ríos que descienden desde el altiplano en búsqueda de llanura chaqueña. Los cordones de las sierras Subandinas son subparalelos entre sí y anteceden por el oriente a la Cordillera Oriental y sus dos ramales, en medio de los cuales se enmarca la quebrada de Humahuaca, ya fuera del área de nuestra investigación. Las máximas alturas alcanzan los 2.000 m, siendo el promedio de las serranías de 1.500 m s.n.m. A favor del aumento de las precipitaciones aparece una rica red hidrográfica de arroyuelos y riachos que convergen hacia los dos colectores principales: los ríos Pilcomayo y Bermejo. Estas aguas suelen estar contaminadas naturalmente (arrastre de sedimentos, presencia de boratos o sulfatos, acidez marcada, putrefacción de las mismas en épocas de estiaje por el embancamiento) o por la aparición esporádica de enfermedades que son transmitidas por el líquido que actúa como vector. Mucho de lo cual podría ser evitado con sólo hervir o filtrar el agua que se consume localmente, utilizando unas gotas de cloro como desinfectante o con el uso inmediato de pastillas purificadoras. Ejemplos directos de las enfermedades transmitidas son el paludismo, la hidatidosis, la esquistosomiasis y el cólera. En el último caso de incidencia directa en la MI. Debe agregarse a esto

la contaminación producida por el hombre al arrojar aguas negras a los cursos de montaña, lo que se encuentra íntimamente relacionado con los aspectos socioculturales de la población, sus costumbres ancestrales y su aislamiento y lejanía en las zonas rurales o de “monte” a las localidades situadas sobre los ejes de las rutas nacionales N° 34 y 50.

El clima es cálido, subtropical, húmedo, con precipitaciones muy abundantes, sin estación seca y un elevado coeficiente de humedad relativa ambiente. También son frecuentes las apariciones de nieblas y neblinas, todo lo cual facilita la aparición de enfermedades pulmonares, respiratorias y otras conexas. Es de citar en este momento a una de las causales más graves de la MI: la diarrea estival, típica de estas variedades climáticas, como así mismo al “golpe de calor” y la deshidratación. La presencia de masas de aire frío polar que suelen aparecer durante el invierno de manera esporádica hacen descender la temperatura en varios grados de manera abrupta, incluso con marcas por debajo de 0° C, lo que produce desde resfríos a anginas que, al no haberse dado a los infantes las vacunas correspondientes ni las dosis necesarias de antibióticos, les acarrea directamente la muerte. Esto es verificable particularmente entre la población indígena.

Con respecto a la flora y la fauna es de destacarse la presencia de insectos, arácnidos y otras alimañas; ofidios y roedores, los que en “accidentes”, sea por mordeduras, picaduras u otros procesos, son también causales de MI.

La exuberante vegetación provee algunas ventajas a los indígenas que pueblan el sector: leña para la cocción de alimentos (particularmente los procedentes de la pesca y la caza local), posibilidad de fabricar armas (cerbatanas, arcos y flechas) y utensilios. La presencia de venados (*Ozotocerus bezoarticus*), tapires (*Tapirus terrestris*), pecaríes (*Tayassu tajacu*) y mulitas y tatúes (*Priodontes maximus*) enriquecen la dieta diaria. Debemos acotar aquí que existen parcialidades de origen Tupí-Guaraní, Toba, Matabo, Chiriguano-Chané, Cholotí, Churupí y otras menores,

sin filiaciones lingüísticas ni raciales y que, normalmente, se encuentran enfrentadas entre sí desde épocas remotas. Entre ellas la mortalidad infantil es considerada como una verdadera rutina. El chamanismo es práctica usual entre todos ellos y la farmacopea indígena mucho más rica que el sector Occidental. El líder social suele ser el Cacique y el ascendiente de la autoridad nacional, provincial o departamental es de mucho menor prestigio e influencia que el de aquél.

Con respecto a la presencia chaqueña dentro de nuestro sector, la misma se limita a una menor cantidad en los montos de las precipitaciones, la consecuente xerofilia de la vegetación, un aumento de las temperaturas (la máxima registrada en América del Sur corresponde a la localidad de Rivadavia, en este sector del chaco salteño, con 48,9° C a la sombra) y la peneplanización del suelo por la existencia de la llanura. Por ello la red hidrográfica se torna divagante, pierde gran parte de sus caudales por infiltración y evaporación, se estanca y al alcanzar suelos salobres se transforman los cursos en salados y, por ende, en inservibles para el uso humano.

### 3. Aspecto Poblacional

#### 3.1. *Introducción y evolución de la población*

En la frontera argentino-boliviana habitan 308.959 personas, con una densidad general de 5.0 Hb./ Km<sub>2</sub> (Ver Tabla N° 1), siendo la más despoblada de todas las fronteras nacionales, lo que es consecuente con la aridez del clima, las ásperas condiciones topográficas puneñas y los escasos incentivos para la habitabilidad de la misma, que en grandes porciones de su territorio solamente encuentran un aliciente económico en la actividad minera. Posee, a la vez, aproximadamente el 7,5 % de toda la población fronteriza de nuestro país en 1997.

De acuerdo al censo nacional de 1980, la provincia de Salta (lo que es igual al sector Subandino-chaqueño) poseía un 93% de habitantes de ascendencia española y árabe, que habían evolucionado de los antiguos criollos y españoles; un 3,4% de mestizos y un 2,6% de indígenas, que suelen ser los que presentan los mayores porcentajes de MI. Solo el 1% pertenecía a otras razas. Para el sector Puneño, en la provincia de Jujuy, el mismo censo arrojaba los siguientes datos: un 97% de la población estaba compuesto por blancos, un 2% de mestizos y el 1% restante respondía a etnias distintas.

Cabe acotar aquí que en ese 2% figuran, precisamente, los habitantes del altiplano de la faja adosada al límite. Es evidente, además, que en Jujuy se ha “blanqueado” mucho más la población, mientras que en Salta, particularmente en el Chaco y en las Sierras Subandinas, las comunidades aborígenes no han sido totalmente mixturadas.

La composición de la población Boliviana es la siguiente:

- 1) Indígenas: integran el 53% del total, constituyéndose en el país sudamericano con mayor población aborigen. De acuerdo a Jorge Muñoz Reyes en “Geografía de Bolivia”, son particularmente destacables para nuestra faja limítrofe las parcialidades Chané, Mataco, Chiriguano, Toba, Guaycurú y Abipón, que en el Departamento de Tarija sumaban en 1980 14.500 hb. y Chorotí, Chiriguano y Yuracaré en Potosí, que ascienden a 5.800 personas.
- 2) Mestizos: Integran el 27% del total.
- 3) Criollos y Europeos, que constituyen el 20% del total, incluyendo las minorías asiáticas y afros, tan reducida, que en la práctica no hacen variar los índices porcentuales, a pesar del peso relativo de los descendientes de japoneses.

### 3.2. Distribución de la población

El centro de gravedad de la población fronteriza se encuentra, indudablemente, en el sector Subandino-Chaqueño, es decir en la frontera Salteño-boliviana.

Del total de la población admitida para esta franja limítrofe, 272.854 hb. (el 88,4%) habita este paisaje geográfico diferenciado. El mayor peso lo posee el Depto. de Gral. San Martín, seguido muy de cerca por el de Orán. Indudablemente las actividades petrolíferas – gasíferas y la expansión de las áreas de cultivo, como así también la vinculación fronteriza y el comercio, han detonado este fenómeno demográfico.

La comarca o sector puneño, con sus 33.705 hb. alcanza a cubrir el 11,6% restante de la población fronteriza. Aquí el Depto. Yavi, con la ciudad de la Quiaca, supera el 50% del total de la frontera en este sector. Rinconada, alcanza solamente a una densidad de 0,6 Hb./Km<sub>2</sub>, la más baja de toda la franja fronteriza, seguida muy de cerca por Santa Catalina, con 1,1 Hb./ Km<sub>2</sub>, lo que confirma de alguna manera el determinismo geográfico que padece el área. En relación con la baja densidad del departamento de Rivadavia (1,1 Hb./Km<sub>2</sub>), las causas también son de origen geográfico, aunque diferentes. Aquí reina el “CHACO”, en toda su plenitud y con todo lo que ello significa.

Con respecto a Bolivia es dable afirmar que es un país con escaso número de habitantes. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas de dicho Estado, en 1998, contaba con 8.137.113 habitantes, lo que implica una densidad de 7.41 Hb./Km<sub>2</sub>. La población se encuentra fundamentalmente radicada en la región occidental, en el altiplano y los valles. Las densidades de los departamentos limítrofes con nuestro país son las siguientes: Tarija 6.52 Hb./ Km<sub>2</sub> y Potosí 6.97 Hb./ Km<sub>2</sub>.

### 3.3. Composición de la población

En el sector puneño las tasas de masculinidad son todas negativas, índice elocuente de un proceso de migración de hombres hacia centros más atractivos, por lo cual la población femenina y envejecida pasa a predominar sobre el total. Característica, por otro lado, de los fenómenos típicos de matriarcados perdurables. Cochino, Rinconada, Santa Catalina y Yavi, poseen, respectivamente, las siguientes tasas de masculinidad: 86.9; 93.1, 91.9.

De acuerdo al censo de 1980 el 76% de los jujeños eran oriundos de esta provincia, el 16% argentinos no jujeños; el 8% extranjeros, de los cuáles el 7% procedían de países limítrofes. Es obvio que en la frontera, si bien no se tienen datos comparativos por Departamentos para poder ser exhaustivamente analizados, el porcentaje de extranjeros limítrofes, particularmente bolivianos, ha de superar el 10%. Con respecto al sector Subandino-chaqueño, los departamentos de Santa Victoria, Rivadavia y Orán presentan tasas de masculinidad positiva, lo cual es un indicador directo de las áreas rurales, usualmente las más desprotegidas desde el punto de vista sanitario, lo que incidirá notablemente en las tasas de MI. Las tasas de masculinidad precitadas son las siguientes: 104.3; 110.7 y 106.1, lo que se corresponde con las características de la mayor parte de las áreas de fronteras nacionales y de los sectores rurales.

En cambio Gral. San Martín e Iruya las presentan negativas (99.8 y 97.0, respectivamente). La composición de la provincia de Salta implicaba un 82% de nativos provinciales, el 13.7% de argentinos procedentes de otras provincias, un 2.7% de extranjeros limítrofes y el 1% de no limítrofes. En el año 1991, para Jujuy, teníamos 80% de nativos provinciales; 13,7% de nativos del país y 5,9% de extranjeros limítrofes, lo que implica un descenso del número de extranjeros con respecto al censo del año 1980. Para Salta los guarismos del censo del año 1991 arroja-

ban los siguientes datos: el 84,6 % de oriundos de la misma provincia; 12,1% de nativos argentinos del resto del país y un 2,7 % de residentes extranjeros limítrofes, manteniéndose la relación existente 11 años antes con un leve crecimiento de los residentes oriundos de la misma provincia. En el ámbito provincial el censo del año 1991 arrojó para Salta una razón de masculinidad negativa (98,4) y para Jujuy de 97,2 (también negativa), lo que permite suponer, además del éxodo masculino departamental, otro similar hacia distintas regiones del país desde el marco provincial.

### 3.4. Dinámica demográfica.

Todos los Departamentos fronterizos, a excepción del de Rinconada, presentan índices positivos de crecimiento de población. Lo que implica que la frontera ha mantenido en los últimos treinta años un ritmo ascendente en el número de sus habitantes, ya que la tendencia se mantiene desde el censo de 1970, si bien con disparidades. El caso de Rinconada es notorio (-17.8), pero en cifras absolutas implica la pérdida de aproximadamente 800 habitantes, de los cuáles 600 son hombres. Lo que habrá que vincular a un descenso en la actividad minera. Los mayores crecimientos en el sector puneño aparecen en Cochino y Yavi (33.2 y 29.2 respectivamente) y en el sector Subandino-chaqueño. En los de Gral. San Martín (36.4), Iruya (32.6), Orán (31.3) y Santa Victoria (40.0) encontramos un regreso a la media que podríamos considerar "normal".

Descomponiendo por sexos este crecimiento, se observa que en realidad lo que aumentó significativamente es la masculinidad.

La tasa de natalidad según el censo de 1980 era de 32‰, la de MI muy elevada: 44‰, encontrándose entre las más significativas de nuestro país. Para 1995 en Jujuy la tasa bruta de na-

talidad alcanzó a 29,2‰ y para Salta al 25‰, mientras que la tasa de mortalidad infantil, para el mismo año, ascendió a 26,4‰ y 26,8‰, respectivamente, con una significativa reducción con respecto a 1980, aunque todavía muy por encima de las tasas medias nacionales.

En la República de Bolivia, según los datos aportados por el Instituto antes citado, la tasa de natalidad era bastante elevada, ubicándose en un 32‰. La tasa de mortalidad general era sumamente alta, pese a la disminución registrada en estos últimos años, encontrándose en un 9‰. La tasa de MI era extremadamente alta, ubicándose en la década del '80 en un 126‰, para disminuir en la actualidad al 62,60‰, producto tal vez de ciertas mejoras en la atención médica infantil que se han venido registrando. La expectativa de vida es una de las más bajas del continente pese al aumento registrado en los últimos tiempos.

## 4. Antecedentes demográficos de la mortalidad infantil

### 4.1. La remota antigüedad

Para introducirnos en el planteo histórico de la MI es dable aclarar que, según lo afirmado unánimemente por historiadores y antropólogos, en sus albores la humanidad estaba caracterizada por tres fenómenos simultáneos: una elevada tasa de mortalidad general, alta tasa de MI y una corta esperanza de vida. Estas características demográficas pervivieron hasta épocas casi históricas. Y estas razones han sido, particularmente, las que produjeron un ascenso muy paulatino del número de seres humanos en nuestra corta historia como habitantes de este planeta, suceso que se modifica con el devenir de la cultura, el pasaje de cazadores nómades a sedentarios agricultores, con los albores de la vida urbana y la aparición de la división del trabajo con líderes guerreros, religiosos y sociales. Tanto el crecimiento

numérico de la humanidad como el descenso de la MI no se han mantenido en el tiempo de manera uniforme. Esto es muy claro en un análisis de lo sucedido, a simple manera de ejemplo, en Europa, donde los mismos se han verificado a “saltos”, con avances y retrocesos periódicos<sup>5</sup>. Sin querer entrar en una clasificación, podemos enumerar a diversos factores como los causantes de estas variaciones, sobretodo por que nos sirven de ejemplo para referenciar lo que acontece en algunos sectores de Iberoamérica.

Entre los avances podemos citar a los adelantos culturales, nuevas apariciones tecnológicas, mayor superficie cultivada para el sostenimiento alimentario de la población, modigeración del clima, inclusión de nuevas áreas y métodos de cultivo, domi-

5. Un excelente ejemplo de estos avatares, publicado como crítica directa al “neomalthusianismo” apareció en “Communitas” (Año 1, III, Septiembre, 1993, pp. 95, Buenos Aires), con la graficación del crecimiento de la población de Egipto entre los años 662 a. C. y 1966 d. C.. La misma ascendía a casi 23 millones de personas hacia el 525 a. C., cuando se sucede la conquista persa; desciende a 17 millones en el 332 a. C., cuando acaece la conquista macedónica; continúa en descenso a unos 12 millones de personas hacia el 50 a. C., con la ocupación romana, llegando a su primer mínimo en el 75 d. C. en épocas de Vespasiano, con sólo 6,5 millones de habitantes. Alcanza su máximo en el 540, llegando a 30 millones, cuando aparecen las severas pandemias que diezman su población. En el 641 Egipto sufre la ocupación árabe, cuando su población oscilaba en 22 millones. En el 719 cesan las plagas, cuando sólo subsistían 10 millones de personas. Se recupera hacia el 1010, cuando crece hasta 22 millones de habitantes, momento en que retornan las plagas. A partir de allí el decrecimiento es continuo. Egipto sufre el paso de la peste negra europea hacia el 1348; la conquista turca en el 1517 y la inglesa hacia el 1800, cuando llega al mínimo minimorum de su historia milenaria con sólo 2,5 millones de habitantes. Recién en 1966 volverá a tener 30 millones de habitantes, casi 1300 más tarde de cuando había alcanzado esa cifra. ¿Y dónde está el hambre, la calidad de vida, el control imprescindible de la natalidad para impedir el crecimiento demográfico?. ¿Dónde la finitud de los recursos? ¿Dónde el crecimiento exponencial? ¡Ah!. Y a todo esto de la planificación familiar se le llama “hacer ciencia”.

nio de ciertas enfermedades o de sus causas (son significativas en este sentido las prohibiciones bíblicas o coránicas referentes a la no ingesta de carne de cerdo, ciertas costumbres de higiene como el baño y el lavado de las manos previos a las comidas, el ayuno, la forma de ser faenado el ganado, las prohibiciones referentes a beber alcohol, etc.); cuidado de la prole a través de legislaciones apropiadas como el benjaminato y el levirato, la distribución adecuada de alimentos (característica interesante de la cultura incaica), la aparición de una rudimentaria farmacopea basada en la herboristería, etc. Deben considerarse aquí también algunos avances adquiridos con el tiempo o la experiencia, que se adoptan a partir de los “mores” o costumbres, como ser la prolongación del período de amamantamiento del infante como una forma de contracepción, pero que a la vez, ha influido en una menor tasa de MI por medio de una mejor alimentación a través de la vía materna o, en otros casos, el reemplazo de la lactancia materna a través de substitutos como ser la leche del vacuno, caprino, ovino o asnal. Métodos todos “naturales” y, por ende, aceptados unánimemente por toda persona en su sano juicio.

Entre los retrocesos deben considerarse en primer lugar los de origen geográfico, como ser la aparición brusca de variaciones microclimáticas (como la “litle ice age”, de mediados del 1.300, que asoló a Europa provocando un avance de los glaciares y elevadas tasas de MI y mortalidad general ante la aparición, no sólo de olas de frío, sino de grandes hambrunas y la “peste negra”. En este rubro debe agregarse a los ya clásicos sacrificios humanos en las culturas centroamericanas, que practicaban estas costumbres con los infantes; a la antropofagia ritual, moneda corriente en numerosas culturas africanas, asiáticas y americanas, etc. En el mismo sentido deben anotarse las endemias, pandemias y epidemias, entre las cuales, la peste bubónica, la ya citada peste negra y el paludismo, han sido clásicas en la literatura demográfica, ya que produjeron

un severo aumento de la mortalidad, al igual que las guerras e invasiones que han caracterizado la vida del viejo continente, Asia y gran parte de África. Todos estos avatares deben considerarse como “espasmódicos”, generando sucesivos picos y valles en el diagrama del crecimiento de la población mundial y en el ascenso y descenso de la MI, donde, tal vez, los últimos y más graves ejemplos los encontremos en las dos últimas guerras mundiales.

#### 4.2. Causas particulares:

Pueden ser de diverso origen, entre los cuales se explicitan factores físicos y factores propiamente humanos. Entre los primeros aparece la latitud (en función del atemperamiento o rigurosidad climática), la insularidad (que impide la vinculación entre pueblos y culturas diversas, como así también, por el aislamiento, el contagio de enfermedades exóticas; caso típico de América antes del descubrimiento, donde las enfermedades que se propagaban en Europa, Asia y África, eran aquí desconocidas); la presencia de recursos, entre los que son de apreciar la existencia de agua de buena calidad y los alimentarios. La superposición del aislamiento y la escasez de manutención han conducido al infanticidio femenino, como es el caso notorio de los esquimos, aspecto cultural al que se ha vinculado un control de la fecundidad futura.

Con relación a los factores propiamente humanos se han destacado los aspectos históricos (que, en realidad, son los que estamos repasando), los religiosos, los políticos y los económicos. Pero nunca aparecen citados en la bibliografía demográfica ni el egoísmo humano, ni el desenfreno por alcanzar determinado “nivel de vida”; ni el hedonismo, como acontece actualmente en el autodenominado primer mundo, donde el control de la natalidad es simplemente una excusa para el dis-

frute in extremis de una vida sumamente placentera, si es que a “ESO”, así concebido, se lo puede denominar vida<sup>6</sup>.

Cuando los fines se entremezclan y confunden con los medios, nada resultará bien. Sirve como un excelente ejemplo de ello la actual PP de la República Popular China, que se inscribe dentro de un severo control de la natalidad y que se ha denominado eufemísticamente “política del hijo único”<sup>7</sup>. Más

6. Nadie afirma que es “fácil” la vida en matrimonio dentro de las pautas que el orden natural indica. Tampoco lo dice la Iglesia que, además, reconoce las graves dificultades que debe soportar la familia que respeta la vida de su propia descendencia. Puede confrontarse con provecho “Casti Connubii”, punto 9, *La prole*, punto 43 *Eugenesia*, punto 51, *El verdadero amor*; “*Humanae Vitae*”, particularmente los puntos 10 *La paternidad responsable*, 11 *Respetar la naturaleza y la finalidad del acto matrimonial* y 12 *Inseparables los dos aspectos: unión y procreación* y los Artículos 3 y 4 de la “Carta de los derechos de la familia”. Por otra parte la sistemática destrucción de la familia occidental, primeramente a través de la imposición del “american wife of life” y de la “familia tipo” ha degenerado de manera tal que hoy se considera que se discrimina al homosexual que pretende contraer enlace con otro; o a los que la ley les impide adoptar niños. En un plebiscito acaecido en el Estado de California en el mes de Marzo del corriente año la inmensa mayoría de los votantes negaron, precisamente, esta posibilidad a la comunidad homosexual local. Que no era otra cosa que el primer paso para las experiencias genéticas en humanos; la esterilización masculina y demás experimentos que se realizan sobre individuos de nuestra especie. Esto es, fundamentalmente, un hecho político, ya que son los Diputados y Senadores quienes formulan, proponen y sancionan las leyes. Y no siempre lo hacen en función de los sanos criterios de la mayoría, ni en la búsqueda del bien común, ni estando detrás de rectos principios, sino más bien de los intereses particulares de grupúsculos marginales de la sociedad. Tal vez lo más increíble sea que solamente la Iglesia es la que alza su voz condenando estos hechos, que han conseguido que el ser humano sea la única especie vegetal o animal sobre el planeta Tierra que asesina a sus propias crías en el vientre materno.

7. Dado que los ancestrales mores populares no han desaparecido (a pesar de la revolución marxista), el matrimonio chino típico desea que “su hijo único” sea varón; por lo cual, en el caso de nacer una niña en primer término, la misma es muerta subrepticamente por sus padres. En el periódico “Nueva China” aparecen frecuentemente notas referidas a los castigos de los padres

aisladas aparecen las causas de carácter económico, aún cuando la mayoría de ellas se hallan relacionadas directamente con la pobreza y las necesidades básicas insatisfechas, al decir de los demógrafos actuales y que analizaremos líneas más adelante.

#### 4.3. El crecimiento de la población mundial y las tasas de mortalidad infantil

Hemos afirmado ut supra que el crecimiento de la población mundial ha producido, inversamente, un descenso en las tasas generales de MI, lo que podríamos sintetizar así:

- En los albores de la humanidad el crecimiento de la población era muy bajo, la fecundidad elevada, la MI también, la esperanza de vida muy corta.
- Con la aparición de mejoras culturales, alimentarias, de salud, etc., el crecimiento de la población mundial se aceleró, no disminuyó la fecundidad, tampoco la MI comenzó a crecer la esperanza de vida.
- Actualmente se constata una verdadera “explosión demográfica”, caracterizada por una disminución de la natalidad en varios continentes, un descenso abrupto de la MI, un crecimiento de la esperanza de vida y un descenso brusco de la fecundidad general relacionado con el nivel de vida (no la calidad de vida, concepto totalmente distinto y que suele ser tergiversado).

---

que han sido sorprendidos cometiendo el infanticidio femenino, que es severamente reprimido por el mismo Estado que, directamente, con sus políticas demográficas, los provoca. La política oficial China es, al respecto, la siguiente: Promover la familia tipo con el hijo único. Dificultar y castigar el nacimiento del segundo. Impedir resueltamente el nacimiento del tercero. (Eufemismo por asesinar al niño, castrar al padre y esterilizar la madre).

- A pesar de ellos continúan verificándose los ya mencionados “picos”, denominados en referencia a la natalidad (y particularmente en Europa) como “baby crac” y “baby boom”, típicos de los comportamientos humanos en los períodos simultáneos con las grandes guerras y posteriormente a la finalización de ellas. Este último caso ha sido particularmente analizado por los geógrafos y demógrafos franceses, tras el colapso poblacional que significó la muerte de millones de hombres aptos y en edad reproductiva durante la Primera Guerra Mundial, más la secuela de lisiados y mutilados de por vida e incapaces, por ello, de crear o mantener un núcleo familiar. Vamos, entonces, a referirnos particularmente al primer ítem.

##### 4.3.1. El crecimiento reciente de la población mundial

De acuerdo a datos proporcionados por las N.U. a través del “Correo de la UNESCO” la progresión numérica del crecimiento de la población mundial en los últimos 4 siglos y tal como puede verse en el Gráfico N° 1, es la siguiente:

Año 1.650.....	500 millones de habitantes.
Año 1.750.....	700 “ “ “
Año 1.800.....	910 “ “ “
Año 1.850.....	1.100 “ “ “
Año 1.900.....	1.600 “ “ “
Año 1.950.....	2.500 “ “ “
Año 1.980.....	1.980 “ “ “
Año 2.000.....	6.000 “ “ “

Estas cifras han dejado empequeñecidas a las predicciones maltusianas. Hay, a pesar de ello, quien ha afirmado a través de informes producidos luego de serias investigaciones científicas,

que el planeta podría alimentar, sin agregarse una sola hectárea más de cultivo a los ya laborados suelos, con sólo producir y distribuir adecuadamente los alimentos, (no en función de las sacrosantas leyes de la oferta y la demanda, sino en relación directa a las necesidades de los seres humanos), a más de 75.000 mil mill. de hab. Lo cual sólo indica que la polémica aún no está resuelta y que el concepto de *sobrepoblamiento*, *infrapoblamiento* y *control de la natalidad* son hartos relativos.

Más difícil es, empero, poder discernir por continentes o marcos regionales. Para sólo citar un ejemplo histórico. Aún está en discusión la cifra exacta del número de habitantes del continente americano a la llegada de Colón a América, hecho acontecido escasamente hace 500 años. África, que padeciera el escarnio del esclavismo, es otro caso similar, ya que aún no hay un rango creíble sobre el costo en vidas de su población tras las exacciones humanas producidas por los europeos y los árabes por más de 12 siglos y, mucho menos aún, del decrecimiento consecuente que significó la sangría humana para el continente al perderse a las madres en edad fértil y a los varones más fuertes en función de la trata.

Hasta mediados de la década del '50 era Europa la que detentaba la mayor densidad total. Hoy esa cifra pertenece a Asia y África, donde son muy escasos los controles de la natalidad, con la excepción de China y el Asia siberiana perteneciente a la Federación Rusa; por lo cual ambos continentes han pasado a poseer un fuerte crecimiento poblacional con el consiguiente aumento de su densidad. América del Sur y Central, de acuerdo a datos del Banco Mundial, le siguen muy de cerca.

Dentro de esta panorámica se puede afirmar que actualmente Europa registra un estancamiento en su crecimiento poblacional (y Europa Occidental, en varios países, incluso un descenso), con muy baja tasa de MI. Lo mismo que acontece en los Estados Unidos de América del Norte, Canadá, Japón y

Oceanía. Debe tenerse presente que para el Banco Mundial se observan los siguientes rangos:

- Natalidad : alta 35‰, media entre 34,9‰ y 25‰ y baja menor a 24,9‰.
- Mortalidad : alta 25‰ y más, media entre 24,9‰ y 15‰ y baja menor a 14,9‰.
- Mortalidad infantil: se tiene como tasa alta 71‰ y más, media entre 70‰ y 30‰ y baja menor a 29,9‰.
- Fecundidad : alta 4 o más, media entre 2,1 y 3,9 y baja, inferior a 2.

Por lo cual África, gran parte de Asia y América caribeña (con la excepción de Cuba) poseen altas tasas de fecundidad, de mortalidad general e infantil, crecimiento acelerado de la población, baja esperanza de vida y elevada natalidad.

Dentro de este panorama general aparecen casos particulares que escapan a las normas. Un buen ejemplo de ello son Chile, Uruguay y la República Argentina (más cercanas a la estructura de población europeo-norteamericana) y regionalmente, Polinesia, Micronesia y Melanesia; el Asia de la Federación Rusa, África del Norte y Europa Balcánica, que poseen disímiles comportamientos poblacionales con respecto al marco regional.

#### 4.3.2. Las tasas de mortalidad infantil

Como ya hemos afirmado las mismas han venido decreciendo en los últimos siglos, aún cuando, hay que reconocerlo, con comportamientos dispares según las áreas geográficas observadas en el análisis precedente.

En líneas generales no son fiables los estudios publicados referentes a la evolución histórica de la MI, particularmente por

la carencia de datos estadísticos apropiados y confiables. De allí que sea necesario deducir en gran medida lo acontecido. Partiendo de los supuestos ya descriptos, debemos considerar como muy alta la mortalidad infantil general hasta el Siglo XVI de nuestra era. Alta en los Siglos XVII, XVIII y XIX y media en el transcurso de la primera mitad del Siglo XX, con tendencia a decrecer en su segunda parte. (Cfr.: Ginsburg, Norton: Atlas del desarrollo económico, pp 24-25, mapa), quien da para 1955, sobre el valor de una media mundial de 84,5, una gran concentración de países y habitantes, (el 64% de los 96 países considerados y el 56 % de la población analizada), girando alrededor de ella. Relacionados con las menores tasas de MI aparecen los Estados con mayores *índices de industrialización* del conjunto, en ese momento. Los límites oscilan entre 17,4 para Suecia y 259,0 para Rhodesia del Norte.

A sólo título informativo y para comparar, el valor que arrojó la República Argentina fue de 63,2, por debajo de la media mundial y muy cercano a la URSS y otros países europeos como Hungría, Italia y Austria.

Todo lo cual nos impulsa a deducir que el fenómeno de la “explosión demográfica” a escala mundial, con una tasa constante de la natalidad general (o aún con un crecimiento de la misma), no se debe más que cualquier otro factor *al DESCENSO DE LA MORTALIDAD INFANTIL*, ya que países con bajas tasas de MI, como el nuestro, no crecen “explosivamente” en cifras absolutas su población, mientras que regiones con altas tasas de MI si lo hacen. Lo que no siempre parece quedar claro en la literatura correspondiente.

La gráfica ideal para la evolución de la MI sería, tal y como la deducimos de la bibliografía consultada (y trazada a grandes rasgos), la que figura en el Gráfico N° 2.

Como conclusión final y con el cruzamiento de las líneas que demuestran las tendencias y que figuran en los gráficos realizados en este acápite, se puede afirmar que la *MORTALIDAD IN-*

*FANTIL ES INVERSAMENTE PROPORCIONAL AL CRECIMIENTO NUMÉRICO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL*. Lo cual, ¡Oh Sorpresa!, contradice las afirmaciones de algunos autores citados en el punto 5 de este trabajo y a las conclusiones pseudocientíficas del neomalthusianismo, ya que no son los nacidos vivos los causantes de la explosión demográfica, ni tampoco los índices elevados de fecundidad, sino la sobrevivencia de los niños. Y humana y cristianamente hablando, la única forma posible para evitar este crecimiento “explosivo” se denomina asesinato.

#### 4.4. Análisis en el marco continental y regional

##### 4.4.1. Marco continental

El marco continental no es fácil de ser arquitecturado. Ya hemos afirmado en páginas anteriores que el comportamiento poblacional sudamericano es complejo; y muy particularmente el de países como Argentina y Uruguay, que después de sus correspondientes independencias de España fueron masivamente ocupados por población de origen latino-europea. Además, en épocas pre-hispánicas la geografía rioplatense no era apta para la ocupación aborigen, fundamentalmente por sus carencias alimentarias y por el hecho de que las parcialidades Tupí-Guaraní que las habitaran en su periferia eran esencialmente cazadores-recolectores-pescadores que no se alejaban mucho de las márgenes de los grandes fluvios que los cobijaban. En el ápice de América del Sur no existieron grandes civilizaciones como la Maya, Inca o Azteca. Y posteriormente, durante la época colonial, tampoco se recibieron grandes aportes poblacionales de origen afro, con la sola excepción del Brasil, tal como aconteciera en el área pacífica del continente, desde Perú hasta Colombia. Todo lo cual indica que la base poblacional fue étnica,

lingüística, social y numéricamente distinta. Lo que se corresponde con sus respectivas costumbres sociales, demográficas y en los demás aspectos de la cultura. Esto es particularmente válido para la “fachada atlántica”, al decir del Dr. Federico A. Daus (Daus, Federico A. “El Subdesarrollo Latinoamericano”. El Ateneo, Bs.As. , 1984, pp 23, passim).

El resto del continente mantuvo las características ya vistas: elevada tasa de fecundidad, natalidad y MI; elevado índice de analfabetismo, baja esperanza de vida, etc.; pirámides de población juvenil, en forma de “Torre Eiffel” o “Progresiva”; todas ellas características típicas del subdesarrollo al cual escapan Chile, Argentina y Uruguay y que comparte en alguna medida el sur brasileño. Lo que nos lleva a precisar a este sector del marco regional.

#### 4.4.2. Marco regional

Incluye fundamentalmente el área de Bolivia y el Noroeste argentino (NOA), aún cuando por ciertos rasgos característicos que aparecen sobre el Sector Occidental del área fronteriza (Ver Cap. 2, Sector Occidental, punto 2.3.1.), podría participar también Chile, que a través de su I y II Región se sitúa en la puna de Atacama, con similitudes muy marcadas en cuanto al marco físico-geográfico y sus consecuentes actividades económicas y problemáticas socioculturales. No obstante y con el único fin de abreviar la tarea, solamente vamos a analizar al NOA y a los Departamentos bolivianos precitados en el capítulo segundo.

##### 4.4.2.1. El NOA

El NOA es una de las regiones más pobres de la República Argentina y comparte tristemente los peores indicadores de

nuestro país; entre los cuales se incluye, obviamente, a la MI. Un buen ejemplo de ello (y con incidencia directa en la mortalidad infantil) es el indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI). En 1991 el promedio del país es este rubro era de 14,5%. (Ver Gráfico N° 3). Salta ocupaba el tristemente célebre último lugar, con el 32,6% (más del doble de la media nacional); Jujuy el penúltimo lugar conjuntamente con Formosa, con el 31,8 %, lo que indica a las claras las perspectivas del NOA en el marco regional. Con hogares en estas condiciones insatisfactorias, con falta de agua potable, de higiene, de techado apto para contrarrestar, por ejemplo, a la vinchuca; donde prevalecen las enfermedades endémicas y contagiosas, donde la diarrea estival e infantil, conjuntamente con el cólera, son moneda corriente, es lógico presuponer una alta tasa de MI, tanto más cuanto si suman a ello las también insatisfactorias condiciones socioculturales de la población.

De esa media provincial salteña de 32,6 los departamentos de nuestro interés se encuentran en rangos disímiles: Rivadavia ¡81,9%!, Gral. San Martín 45,6%, Orán 50,9%, Santa Victoria 56,1% e Iruya 75%; todos ellos sobre la media provincial, que aparece atenuada por el promedio del Departamento Capital. Es verdaderamente alarmante el porcentaje de Rivadavia y preocupantes los del resto.

Con respecto a la Provincia de Jujuy (promedio de 31,8%), los departamentos involucrados en nuestro análisis participan de la siguiente manera: Cochino 46,3%, Yavi 36,6%, Santa Catalina 50,9% y Rinconada 64,4%, los que al igual que en Salta superan con cierta holgura la media provincial.

##### 4.4.2.2. Tarija y Potosí

Con respecto a Bolivia no poseemos indicadores de NBI, pero sí de MI, datos que nos permiten completar adecuadamente el

cuadro dentro del marco regional, debiéndose aclarar en este momento que, dado que escapa a nuestra investigación, no analizaremos las causas por las cuales se produce dicha MI ni su correspondiente paradigma. Según el INE, en Tarija habían sido registradas antes del año de edad 648 defunciones, sin encontrarse explicitación de causales, sobre 12.549 nacimientos, lo que implica una MI de 51,6‰, que, como puede observarse, más que duplica los totales de Salta y Jujuy (tasas de 20,5‰ y 24,0‰, respectivamente, para 1997, de acuerdo al Ministerio de Salud y Acción Social)).

Potosí presenta un cuadro más lúgubre todavía. Para el mismo año y basándonos en las mismas estadísticas, tenemos que sobre una natalidad total de 25.250 personas la MI ascendió a 2.297, lo cual nos entrega una tasa neta de 90,9‰, la que triplica, prácticamente, los guarismos argentinos y que, además, sobrepasa holgadamente a la media de la mortalidad infantil de Bolivia que es de 64,5‰, para 1998. Con una tasa de fecundidad global para todo Bolivia de 135,61‰ y 4,32 por mujer en edad fértil, guarismos que los dos Departamentos analizados igualan o superan (Tarija 4,32 y 135,05‰ y Potosí 4,96 y 145,99‰, respectivamente).

El INE presenta también algunos datos estadísticos con indicadores sociales que nos permiten acercarnos un poco más a la realidad, aunque no están discriminados por departamentos. Para el año 1999 la tasa de MI había descendido a 62,60‰; la de mortalidad en la niñez (0-5 años) a 92‰ (sumamente elevada), la esperanza de vida al nacer era de 62,08 años; la tasa global de fecundidad de 4,23 (también en descenso con respecto al año anterior); el nivel de pobreza, medición que es similar a nuestro NBI, de 69,80 (los máximos guarismos en Salta y Jujuy no alcanzaban a 35); el IDH (Índice de Desarrollo Humano) 112 de 174.

El marco regional, con lo que estas cifras globales implican, indica claramente condiciones muy cercanas al estadio de sub-

desarrollo estructural característico de las sociedades más pobres del planeta. Y es oportuno recordar que el deber de cualquier político hacia la sociedad que lo ha elegido por medio de su voto es preocuparse por los elevados indicadores de pobreza existentes en cualquier región. ¡Más allá que a nivel país la Argentina actual posea un quinto de su población con NBI!<sup>8</sup>

#### 4.5. La situación argentina

Nos resta por analizar, aunque sea someramente, el marco nacional, con la finalidad de alcanzar una visualización completa de la problemática particular que estamos investigando. Aquí solamente enunciaremos a grandes rasgos las relaciones de la MI con respecto a nuestro país.

De acuerdo a las publicaciones de las N.U. (Statistical Yearbook, N.Y., 1997); del Banco Mundial, (1997, 1998, 1999), del INDEC, etc., la MI en nuestro país alcanzó en 1991 a 23,8‰, la que debe considerarse como baja, lo que nos separa significativamente del grupo de países menos desarrollados y, consecuentemente, de gran parte del concierto de las naciones sudamericanas. En este panorama también surge el hecho que las Provincias de Salta y Jujuy pasan a poseer tasas de MI que deben considerarse como MEDIAS (35,7‰ y 34,6‰, respectivamente), lo cual nos conduce a la afirmación que el NOA como región y Salta y Jujuy como Provincias, constituyen excepciones dentro del marco nacional

8. De acuerdo al INDEC el total de hogares con NBI en 1991 era de 1.410.876 (16,5%) sobre un total de 8.562.875. La población en hogares con NBI ascendía a 6.427.257 personas (19,9% del total), sobre los 32.245.467 censados. INDEC, Anuario Estadístico de la República Argentina, Bs.As., 1997, pp 82 y 84.

## 5. Causas de la mortalidad infantil y análisis de casos

### 5.1. *El estudio de la mortalidad de la niñez en países subdesarrollados: Teorías, marcos analíticos e inferencia causal.*

Para Alberto Palloni (Cfr. op. cit, pp 383) una teoría es “un agrupamiento organizado de proposiciones que reducen un conjunto de fenómenos a una red abstracta de conceptos. Esta red se estructura sobre la base de un lenguaje que explicita la existencia de factores y mecanismos causales”.

Palloni también define al marco analítico (paradigma) como “una construcción conceptual que contiene un conjunto de proposiciones sobre determinantes y mecanismos causales que afectan al fenómeno de interés. La más importante característica de estas construcciones es que mientras ellas orientan la puesta a prueba de hipótesis o la construcción de una teoría, no proveen proposiciones comprobables o rechazables para ellas mismas”. (Negritas es nuestro).

También afirma Palloni que “Los errores de medición ocurren al trasladar la teoría (o el modelo) a un conjunto de conceptos operacionales o medidas. Esto es lo que, en otros contextos, Blalock (1977) ha denominado teoría auxiliar. Ya sea porque algunos conceptos incluidos en el modelo (o teoría) no son mensurables o porque se los mide de manera imperfecta, habrá inconsistencias entre el modelo y la teoría auxiliar. Estas inconsistencias generan lo que se conoce como errores de medición”.

La relación entre morbilidad y mortalidad no es siempre fácil de desentrañar. Primeramente, los esfuerzos recientes para elaborar modelos sobre dicha relación muestran una gran sensibilidad a los procedimientos que implican infracciones de los supuestos. En segundo lugar, la naturaleza de la relación entre enfermedad y muerte es variable a través del tiempo y cambia según los grupos de población.

Poner el foco sobre las causas de la MI provee una variable

dependiente menos defectuosa, pero la medición de tales causas es, en general, aún más defectuosa que la medición de los niveles de MI.

Para mejorar el estado de nuestros conocimientos sobre mortalidad en la niñez, podrían desarrollarse tres estrategias complementarias:

- 1) Enriquecer la teoría usando una combinación de observaciones detalladas y una verificación de los mecanismos causales a escala comparativa entre diversos países;
- 2) Mejorar el diseño de los estudios
- 3) Resolver algunos problemas cruciales de la traducción de la teoría a modelos formales y modelos estadísticos e
- 4) Implementar las políticas adecuadas después de haberse accedido a los marcos conceptuales que respondan a la realidad local, provincial, regional y nacional al respecto.

Esto último indica claramente que es imposible trasladar soluciones de un continente a otro o de una cultura a otra diametralmente opuesta. Las soluciones cristianas serían inaceptables, por ejemplo, para el mundo islámico.

### 5.2. *La relación entre mortalidad infantil y la fecundidad*

Las posibles causas de la MI pueden ser varias, estar relacionadas o no entre sí y deberse a factores de distinta índole. A continuación explicaremos las razones por las cuales se produce la MI, que métodos se utilizan para medirla y los resultados que arrojaron distintos análisis en determinados países de Iberoamérica.

En el pasado, las investigaciones sobre la MI se centraban principalmente en describir la evolución de su nivel y en identificar diferenciales; además, solo se realizaban en aque-

llos países que disponían de estadísticas adecuadas para estos fines.

Según Erica Taucher, más recientemente, “... el desarrollo de métodos de estimación directa, realizado por Brass y otros autores permitió que en las dos últimas décadas se extendiera el estudio de la MI, incluso a lugares cuyo sistema de estadísticas vitales es deficiente, tratando de determinar científicamente cual es el efecto del nivel de la fecundidad sobre la MI”. Estos fueron los casos de Chile y Costa Rica, países donde la mortalidad infantil ha ido descendiendo desde la década del 60 y donde se han realizado las mayores investigaciones en cuanto a este tema. Otros países donde se han desarrollado estudios de detalle por tener una alta tasa de fecundidad han sido Paraguay, Perú y México.

Una de las explicaciones de la relación directa que suele encontrarse entre los niveles de fecundidad y los de MI es que ambos fenómenos tienen factores determinantes comunes, tales como el grado de urbanización del país o el nivel de instrucción de las mujeres y su grado de participación en la fuerza de trabajo. Sin embargo, la MI y la fecundidad tienen relaciones recíprocas que son independientes de aquellos factores comunes o interrelacionados, tal como podría inferirse del cruzamiento de datos aportados por los indicadores existentes que han sido producidos por el Ministerio de Salud y Acción Social, para las Provincias de Jujuy y Salta y para el nivel departamental.

Otra razón de la alta fecundidad, cuando la MI es alta, suele ser el deseo de reemplazar al hijo fallecido. A esta altura del planteamiento de la cuestión es dable preguntarse ¿Existe alguna política clara proveniente desde el Estado, lógicamente trazada, con respecto a inducir un nuevo nacimiento después del fallecimiento de un hijo, como podría ser la atención psicológica gratuita de los padres, la devolución de los gastos ocurridos durante el embarazo o el reintegro de los costos de medicamentos u otros similares?. Fuera de los periodos en que la madre embarazada goza de licencia laboral (inmediatamente antes y

después del parto) ¿Se han aplicado otras políticas tendientes a inducir el embarazo o a evitar la contracepción?. ¿Se protege verdaderamente al infante, particularmente en su primer año de vida, cuando es más dependiente e indefenso, a través de políticas claras y contundentes, con la finalidad de impedir la MI?. Si no existe una clara respuesta a estos interrogantes, mal podemos hablar de fecundidad, mortalidad, paradigmas, etc. y formular marcos teóricos para analizar la problemática.

Pero también existen importantes relaciones entre la MI y la fecundidad en sentido inverso. Estas variables son los factores que han sido denominados, en su marco conceptual, de variables intermedias de la mortalidad infantil o “factores maternos” y que fundamentalmente son tres:

- a) El orden del nacimiento
- b) La edad de la madre en el momento del nacimiento
- c) La longitud del intervalo intergenésico previo.

Al respecto, afirma Taucher: “Efectivamente, en la mayoría de las investigaciones se repite que la MI aumenta con el orden de nacimiento, que es mayor cuando la madre se encuentra en los extremos de su edad fértil o cuando el intervalo respecto del nacimiento anterior es muy corto. Naturalmente, en esas condiciones adversas para la supervivencia, los nacimientos ocurren con mayor frecuencia relativa cuando los niveles de fecundidad son más elevados. De ello se desprende que si el descenso de la fecundidad logra desplazar la estructura de los nacimientos hacia órdenes de nacimientos menores, a edades maternas más centrales y con intervalos previos más largos, todo esto repercutirá favorablemente en la MI reduciéndola a niveles más bajos”. Si estos espaciamientos se produjesen de manera natural, agregamos nosotros, no existen dudas que no habría objeciones al planteo.

### 5.3. La mortalidad infantil y la alimentación

Es un hecho ampliamente aceptado que el riesgo de muerte durante el primer año de vida está influido por las prácticas alimenticias de los infantes y que el destete temprano se asocia, en general, con un incremento en el riesgo de morir. El único estudio realizado en un país subdesarrollado, aunque no contó con los controles adecuados, dicen César Victora y Peter Smith, concluyó que “*la más alta prioridad de investigación en países subdesarrollados es determinar el grado de protección que da el amamantamiento exclusivo (o parcial) contra la mortalidad infantil causada por diarrea, en diversos estratos socioeconómicos*”. El sólo enunciado de este estudio es, simultáneamente, una verdadera formulación política. ¿Existen en nuestro país estudios dirigidos a las madres en época de embarazo a fin de poder diagnosticar tempranamente sus posibilidades biológicas de amamantamiento a su futura criatura con la finalidad de reducir la MI?

La influencia de los hábitos de alimentación en el riesgo de muerte infantil puede estudiarse mediante dos tipos de estudios epidemiológicos: los estudios por cohortes y los estudios de caso control. El estudio por cohortes utilizado en la ciudad de Pelotas, en Brasil, dio por resultado que: “*Los modos de alimentación diferentes al amamantamiento exclusivo incrementaron casi cinco veces el riesgo de muerte infantil por infección*”. Otro estudio realizado en 1985 en Brasil, pero esta vez por el sistema caso-control, pretendió probar la asociación entre los hábitos de alimentación y la MI por cuatro grupo de causas:

- 1). Enfermedades diarreicas
- 2). Infecciones respiratorias
- 3). Deficiencias de nutrición y
- 4). Otras infecciones

Los resultados preliminares presentaron, sobre 340 controles, 170 muertes infantiles para las cuales la diarrea fue la causa principal (50%). Se encontró también que los niños que fueron amamantados, pero que además recibieron otro tipo de leche (de vaca o preparada), tuvieron 3,5 veces más propensión a morir que los niños que solo recibieron leche materna. Para muertes debidas a infecciones respiratorias, los niños no amamantados fueron 3,5 veces más propensos a morir comparados con aquellos que solo recibieron leche materna y la razón de momios para otras infecciones fue de 2,5. Para los niños que murieron debido a causas mal definidas o por muertes infantiles súbitas, el correspondiente valor fue de 1,5. conclusiones válidas. Pero es importante iniciar estudios similares en nuestro país con la finalidad de producir políticas que conduzcan a reducir la MI por estas causales. Lo cual no cuesta tanto ni es tan complejo.

### 5.4. La Mortalidad Infantil por Violencia

Dentro del programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, refiriéndose a los niños y los jóvenes, se enuncian como objetivos: “*Promover en la máxima medida posible la salud, el bienestar y el potencial de todos los niños, adolescentes y jóvenes en su calidad de futuros recursos humanos del mundo, de conformidad con los compromisos contraídos al respecto en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia y con arreglo a la Convención de los Derechos del Niño*”.

Un fenómeno tan complejo como la violencia reconoce diferentes causas, las cuales asumen distinta importancia de acuerdo con la situación específica de cada país. Existe aceptación general que entre las causas de la violencia están aquellas relacionadas con problemas económicos, políticos, sociales y culturales. En nuestro país estas condiciones coincidirían con las

áreas urbanas periféricas a las grandes ciudades, como ser el Gran Buenos, el Gran Rosario y el Gran Córdoba; no escapándose a ellas algunos sectores de pobreza marginales vinculados con escasos índices de alfabetización, elevados valores de NBI y fragilidad de lazos familiares, lo que se verifica en el NOA y en nuestro sector de estudio.

La pobreza en sí misma no es necesariamente un factor predisponente o desencadenante de violencia. Lo es, sin embargo, cuando ocurre dentro de un ambiente de desigualdad manifiesta y creciente, cuando alcanza situaciones extremas y cuando está asociada al desempleo y a la escasa educación. Los pobres son, a la vez, víctimas y actores predilectos de la violencia.

Las fuentes que hemos utilizado para este tipo de análisis provienen de bases de datos proporcionadas por el Programa Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Argentina; de los datos oficiales de los censos de 1980 y 1991 y las Proyecciones por Provincias para el año 1995, elaboradas por el INDEC.

Cuando se estudia la mortalidad de los varones, que según los datos son los que se encuentran más expuestos a las defunciones por violencia, se observa que ésta se duplicó y casi triplicó en los menores de un año entre 1980 y 1995, lo que no deja de llamar la atención. A pesar que la tasa es menor en las mujeres, la mortalidad por violencia también creció en un 120%. Sin embargo éstas siguen siendo sensiblemente menores que la de los varones. Una buena política para tratar de amenguar estas tasas de muerte infantil por violencia sería, por ejemplo, ampliar la protección del menor imponiendo penas severísimas para aquellos que cometen infanticidios. Para ello sólo basta con la modificación del código penal. Creemos, además, que una buena educación prematrimonial, donde se expliciten a los futuros padres estos aspectos, como así también sobre los demás ítems referenciados ut supra, evitarían más de un triste suceso.

### 5.5. La Mortalidad y la Pobreza en los Sectores Urbanos:

Sobre este tema en particular son demasiadas las variables y los preconceptos que se manejan, y como afirman Lesevic y Bardalez: "...un conocimiento tan general del tema no puede contribuir mucho al diseño de políticas de salud públicas". Por todo ello es preciso desarrollar investigaciones cuyos resultados puedan ofrecer más elementos y precisiones a las políticas de salud pública en relación con las necesidades más urgentes de la población.

En el Perú, país que posee una alta tasa de MI, se han desarrollado estudios con el objetivo de observar las prácticas socio-culturales asociadas con la *incidencia* (frecuencia) e *intensidad* (duración y severidad) de la enfermedad diarreica aguda (EDA); con la incidencia e intensidad de la infección respiratoria aguda (IRA) y con la desnutrición durante los dos primeros años de vida de los niños en los sectores urbanos de bajos ingresos.

Se cree que en el contexto de estos hogares existen diferentes tipos de factores que afectan a la salud de los infantes. Según los autores mencionados, los mismos "...pueden ser considerados como variables independientes; son inherentes a las condiciones de vida de la población y se refieren al conjunto de bienes y servicios con que cuenta la familia (factores económicos); a las formas de organización familiar y extrafamiliar en las que se encuentran insertos los responsables del cuidado de los niños (factores organizacionales) y a los conocimientos y creencias referidas, específicamente, a dichos cuidados (factores culturales). La interacción de estos factores condiciona una serie de hábitos que en la cadena causal conducen a los principales problemas de la salud infantil, es decir, a una elevada incidencia e intensidad de la EDA y la IRA y a diferentes tipos de desnutrición".

Sobre el estado nutricional del infante actúan en primer lugar, las prácticas de lactancia materna y substituta, éstas están afectadas por factores organizacionales tales como el status la-

boral de la madre y por factores culturales como el conocimiento sobre las ventajas y desventajas de la lactancia materna. En segundo lugar encontramos la ablactancia en términos de introducción, selección y procesamiento de alimentos sólidos y semisólidos; sobre éstos actúan factores económicos tales como el ingreso monetario y los servicios básicos de la vivienda. Por último, encontramos el tiempo que destina la madre a la alimentación del bebé y que depende casi exclusivamente de factores organizacionales como el status laboral de la madre y la organización familiar en el cuidado de los niños. Dada la complejidad de esta trama es lógico que, a través del Ministerio de Salud Pública, se implementen políticas adecuadas para el cuidado y alimentación del infante. Para el caso en que la madre pueda llevar consigo al niño a su lugar del trabajo, algo hemos sugerido. Si esto no fuera posible, para las familias de escasos recursos o que cuenten con indicadores de NBI muy altos, deberían administrarse guarderías infantiles donde se asegure el cuidado de la criatura con el mantenimiento gratuito. De hecho CARITAS y numerosa cantidad de Parroquias cercanas a los asentamientos menos favorecidos, cooperan en estas necesidades y bajo este tipo de pensamiento con sus feligreses más necesitados<sup>9</sup>.

9. Con respecto a la acción de Cáritas y a la importancia del "Tercer Sector" puede consultarse con provecho el Número Especial de "Colección", elaborado por la Escuela de Ciencias Políticas de la UCA y el Servicio Unión (UCA, Escuela de Ciencias Políticas, Buenos Aires, 1999, 250 pp.), donde aparecen varias investigaciones que se relacionan con el tema que estamos tratando; v.g. los artículos referidos a la pobreza, las reformas sociales, el rol del estado, el financiamiento de éste y las Organizaciones de apoyo al mismo. Y aprovechando que mencionamos al Tercer Sector, nos permitimos agradecer en este momento a quienes, desinteresadamente como él, han colaborado con nosotros. Al R.P. Osvaldo Tonetto, por las ideas y material de consulta facilitados. A la Dra. Susana Curto de Casas, por el envío oportuno de las estadísticas de salud y algunas líneas de pensamiento.

Sobre la incidencia de EDA actúan:

- a) Los hábitos de conservación y depuración de los alimentos
- b) Las prácticas de eliminación de desperdicios y excretas
- c) La higiene personal de la madre y el niño
- d) El tiempo destinado al cuidado del niño
- e) La lactancia materna y
- f) La crianza de animales en la vivienda.

Sobre la incidencia de la IRA predominan los factores económicos referidos a las condiciones de vivienda e ingreso. Esto no excluye el posible impacto de hábitos tales como la lactancia materna, el tabaquismo o el hecho de cocinar con leña, que aunque a priori parezca un hecho menor, es importante para el análisis de nuestro caso particular.

### **5.6. La Mortalidad Infantil al comienzo de la vida y el "Método del Hijo Previo".**

Este método, tal como fue concebido por sus autores Brass-Macrae (1985), tiene como propósito estimar la mortalidad al comienzo de la vida. Más precisamente entre el nacimiento y los dos años de edad, a partir de la información que puede dar una madre acerca de la sobrevivencia del hijo anterior (hijo previo) al último que haya tenido, que presumiblemente es reciente.

En Junio de 1990 se inició la recolección de datos para la aplicación del método en el Hospital Zonal de Zárate siguiendo, en un primer período (Junio/ Diciembre), las mismas normas de trabajo adoptadas en estudios realizados en otros hospitales de la Argentina desde 1985 (Junín de los Andes, en Neuquén, Santiago del Estero, Cafayate, en Salta e Ingeniero Juárez, en Formosa). Por su proximidad geográfica a nuestra

zona de estudio la investigación realizada en Cafayate es particularmente importante.

El contacto estrecho entre el personal del hospital, que recogía y criticaba la información y el que la elaboraba y analizaba, hizo ver la posibilidad de enriquecer los resultados de la investigación, agregando otros objetivos al original de medir la MI del hijo previo. Hacia fines de 1990 se consideró oportuno extender los fines del estudio y modificar el instrumento utilizado para recolectar la información, como así también algunas normas de trabajo. Se aprovecha el hecho de que la partera que atiende a la mujer en su parto actual es quién oficia de encuestadora para recoger información útil para mejorar los servicios que presta el hospital y para ampliar los objetivos del estudio. Se pasa luego al análisis que constituye el tema central de la investigación, es decir, la medición de la mortalidad al comienzo de la vida. Se inicia con el estudio de los períodos intergenésicos, esto es, el tiempo que media entre la fecha del nacimiento del hijo que se registra en la actualidad y la fecha de nacimiento del hijo previo; ese intervalo mide el tiempo durante el cual el hijo previo ha estado expuesto al riesgo de morir. Nada obsta para que a este cuestionario se le agreguen algunas preguntas a las cuales con posterioridad y tras el cruzamiento y ordenamiento de los datos aportados, permitan generar las políticas sectoriales, locales y regionales con el fin último de reducir la MI.

El mérito principal del procedimiento del hijo previo es su simplicidad y, por ende, su muy bajo costo: puede aplicarse eficientemente en un hospital, con personal propio que recibe un adiestramiento muy elemental para completar el formulario requerido. No hay método alguno que presente similar simplicidad, ni demande menor costo.

Como desventaja puede señalarse que en poblaciones de baja fecundidad, es posible que la mortalidad que se estime mediante este método esté sesgada por el hecho de que un nacimiento,

el que origina el registro del hijo previo, sea determinado por la muerte del hijo previo. Esto puede verse con claridad en un razonamiento extremo: si las mujeres tuvieran solamente un hijo y se propusieran tener un segundo solamente si aquél muriera, es obvio que este método estimaría una MI muy alta. Pero, como se lo está aplicando en situaciones alta fecundidad, donde el hecho de tener un hijo solo remotamente puede estar asociado con la muerte del hijo inmediatamente anterior, esa objeción pierde validez.

## 6. Los Paradigmas Epidemiológico-Social y Ecológico-Biologista.

### **6.1. *El Paradigma Epidemiológico-Social: la mortalidad Infantil y su relación entre los componentes Sociales, Económicos y Culturales del proceso Salud-Enfermedad***

De acuerdo a Troncoso *“El objeto de la epidemiología es el estudio de los determinantes de la ocurrencia y distribución de la salud- enfermedad en la población y se entiende que ello significa considerar la salud - enfermedad como una expresión particular de lo social. Esta forma de encarar el objeto de estudio de la disciplina parte de la constatación de que los procesos de salud - enfermedad son de naturaleza histórico-social, es decir, que se manifiestan e interpretan diferentemente según épocas y sociedades concretas e históricamente definidas. Además, incorpora la idea de la unidad entre lo biológico y lo social”*. (Troncoso, María del Carmen: *“Componentes sociales, económicos y culturales del proceso salud-enfermedad en el primer año de vida del niño”*).

Este paradigma epidemiológico permite descubrir aspectos esenciales de la naturaleza del proceso salud - enfermedad de los grupos humanos que, habitualmente, quedan ocultos a la investigación cuando se parte de un enfoque puramente

ecológico-biologista. *“El abordaje propuesto para el estudio de la determinación del proceso de salud - enfermedad, realizado en la ciudad de Rosario, en Santa Fe, conduce a la reconstrucción de los elementos intervinientes para demostrar la unidad de dicho proceso y esclarecer su doble carácter de biológico y social. Obliga, además, a explicar de qué manera lo social se expresa en lo biológico, tanto en el nivel individual como el colectivo”*.

Al realizarse el estudio en Rosario, se comprobó que la posición social de la unidad familiar y del niño bajo estudio quedaba definida por la que le correspondía al principal responsable del

---

**“Cuando hablamos de políticas de población lo hacemos en un sentido total e integrador, debiendo ser esta coherente en sí misma”**

sustento de este último en el momento del nacimiento. Estos son conceptos de carácter económico que requieren un mayor análisis a fin de poder determinar si con núcleos familia-

res de mayores ingresos, incluso con hogares de padres legalmente separados y elevado poder adquisitivo, sucede lo mismo.

El concepto de condiciones familiares de vida posee dos dimensiones diferentes: las características socio- demográficas del contexto familiar y las condiciones materiales de vida. La primera abarca el conjunto de atributos individuales de la madre y del principal responsable del sustento del niño; del núcleo familiar y de la unidad familiar que puede incidir en la salud del niño. Los atributos individuales se refieren a variables tales como nivel de instrucción, status migratorio, características ocupacionales, etc. Las atribuciones colectivas se relacionan con variables tales como tipo de unión, tamaño y composición de los núcleos familiares primarios y de las unidades familiares, niveles de fecundidad y mortalidad de las familias de cada grupo social, etc. Como puede observarse políticas de inmigración, naturalización de extranjeros para per-

mitirles mayores facilidades de acceder a trabajos mejor rentados, etc. , son determinantes en estos casos, como un medio para disminuir la MI.

Las condiciones materiales corresponden a las pautas familiares de obtención y asignación de los recursos de subsistencia capaces de incidir sobre la salud del niño. Se refieren a tres aspectos diferentes: asignaciones de la fuerza de trabajo disponible dentro de la unidad familiar a actividades generadoras de ingresos monetarios o a trabajo doméstico; formas de satisfacción de las necesidades de consumo (vivienda, saneamiento, artefactos, etc.) que definen el microambiente que rodea al niño; cobertura médico- asistencial de este último y modalidades de la misma. Como hemos afirmado precedentemente, sería posible extraer conclusiones válidas con el cruzamiento de datos extraídos de los indicadores de NBI y de pobreza.

### **6.3. Paradigma Ecológico-Biológico: tendencias de mortalidad infantil en Chile, Cuba y Costa Rica.**

Chile, Cuba y Costa Rica han disfrutado desde la década del '70 hasta la actualidad de la mortalidad neonatal y postneonatal más baja de Iberoamérica, presentando incluso ciertas semejanzas a los países europeos occidentales.

Antes de abordar este tema sería conveniente definir que son la mortalidad neonatal y postneonatal. Según Guzmán y Orellana, *“Se define la mortalidad neonatal como aquella que ocurre en las primeras cuatro semanas de vida: ésta a su vez se subdivide en: temprana, cuando la muerte ocurre en los primeros 7 días de vida y tardía cuando ocurre entre los primeros 7 días y los 28 días. La mortalidad postneonatal se define como la que ocurre entre los 28 y los 365 días de vida”*.

También, según estos autores, el descenso de la mortalidad infantil, en especial de la neonatal, se produce por la baja fecun-

dididad, pero fundamentalmente está relacionado con los avances médicos y su efecto sobre las afecciones de naturaleza endógena. La importancia de la separación de la MI en sus componentes neonatal y postneonatal radica en la diferente composición de las causas que determinan la muerte del niño en cada uno de estos tramos de edades. Las muertes durante el primer mes de vida y más especialmente durante la primera semana de vida están relacionadas principalmente a causas endógenas. Acá es donde encontramos sumamente difícil el poder organizar políticas tendientes a disminuir el impacto de ellas sobre el total. Durante el período postneonatal el niño comienza a enfrentarse directamente con el medio, hay una menor dependencia de la madre, se inicia la alimentación complementaria, etc. Es durante esta etapa de la vida en que empiezan a influir, con más fuerza, aquellas causas de muerte llamadas exógenas, sobre las cuales si consideramos pertinente el poder modificarlas a través de políticas adecuadas, sea de alimentación, atención sanitaria, cuidados, etc.

En Cuba esto se produce por los efectos de los profundos cambios estructurales políticos que tuvieron lugar allí, procurando mejorar las condiciones de vida de la población a través de una mejor y total cobertura médica y una eficiente técnica.

En Costa Rica este descenso de la mortalidad ocurre en el contexto de importantes mejoras económicas y sociales, de una fuerte baja de la fecundidad y de importantes transformaciones de los programas y acciones del sector salud que llega a los niveles más desprotegidos.

En el caso de Chile, el descenso de la mortalidad fue más continuo y pueden deberse al mejoramiento del nivel de vida durante la administración del Presidente Pinochet; al alto nivel receptivo de las madres ante las diferentes campañas gracias a su alto nivel educativo (lo que en sí mismo constituyó un rotundo éxito de las políticas implementadas al respecto); al desarrollo del programa materno infantil (otra política exitosa) y

por último al descenso de la MI, que se hace muy notable a partir de la mitad de la década del '60.

A partir de 1984 la situación es menos homogénea. En Chile y Cuba la MI sigue descendiendo entre 1980 y 1984, incluso a un ritmo relativo mucho mayor que en la década anterior. En cambio en Costa Rica se observa un estancamiento de la baja de la MI a partir de 1980, probablemente debido a la crisis económica que afectó a todo Iberoamérica y que obligó a ciertos estados a recortes presupuestarios destinados a la salud. Este sería un caso posiblemente similar al estancamiento producido recientemente en nuestro país.

Sintetizando, puede decirse que entre 1960 y 1980 en las tres naciones se observa una baja más pronunciada de la mortalidad postneonatal que de la neonatal, (caso similar al de las Provincias de Salta y Jujuy en el año 1997, según aparece en los datos estadísticos aportados por el Ministerio de Salud y Acción Social), lo que lleva al aumento sostenido de la proporción de muerte durante las primeras semanas de vida. Después de 1980, en Costa Rica se observó un estancamiento de la mortalidad neonatal. En cambio en Cuba y Chile se registra un descenso de la mortalidad neonatal y comienza a producirse una tendencia semejante a la ocurrida en Europa hasta 1975. En Costa Rica la reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciosas fue responsable de las mayores bajas ocurridas en la MI hasta 1976. Este es exactamente el caso de nuestro país y de las Provincias de Salta y Jujuy hacia 1997, lo que nos induce a pensar que se está cumpliendo el paradigma ecológico-biológico, aunque más no sea para estos casos.

En Chile, los datos del '85 muestran un estancamiento de la tasa de MI en relación con el año anterior, producido principalmente por un ligero aumento de la tasa de mortalidad neonatal, sobre todo la temprana, mientras que la postneonatal continúa disminuyendo. Los controles efectuados sobre las enfermedades del aparato respiratorio son las que más contribuyeron al

descenso de la MI, tanto la neonatal como la postneonatal. Le siguen las enfermedades diarreicas, que tuvieron mayor incidencia en la mortalidad postneonatal y en tercer lugar las complicaciones del embarazo y el parto, las cuales son las principales causantes del descenso de la mortalidad neonatal entre 1983 y 1985. En los dos últimos años en Chile se registra un aumento de las enfermedades del aparato respiratorio (que pueden estar vinculadas a problemas relacionados con la contaminación ambiental), desnutrición, inmadurez y anomalías congénitas. Finalmente está el grupo de las enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto que, aunque presenta tasas descendentes en los últimos años, constituye el principal motivo de MI en la actualidad, por lo que las causas endógenas son las que siguen constituyendo un obstáculo para la disminución de la MI en ese país.

En el caso de Cuba la tendencia que marca la disminución de las muertes neonatales se observa hasta 1983, ya que en los dos años siguientes la mortalidad postneonatal descendió más rápidamente que la neonatal. Una quinta parte de la baja de la MI se debió a la reducción de la mortalidad por enteritis y otras enfermedades diarreicas. Otra reducción importante se explica por la baja de la influenza, la neumonía y otras afecciones del período perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas sólo parece experimentar algún descenso a partir de 1975.

## 7. Las políticas

### 7.1. *Formulación del tema*

Cuando hablamos de “políticas de población” lo hacemos en un sentido total e integrador, partiendo de la premisa que ésta debe ser coherente en sí misma y concordante en todos sus aspectos particulares. Aunque nosotros solamente veamos una

ínfima porción de ella (la mortalidad infantil) y referida exclusivamente a un pequeño sector de la frontera argentina tomado como indicador inductivo, es imposible olvidar el marco de referencia precisado en el momento de analizar las posibles políticas válidas.

Una política así entendida no se agota solamente en pensar o recrear artículos de constituciones extranjeras o pensamientos aportados por quienes desconocen nuestra propia realidad. Dicha política debe también reformularse continuamente, ya que las condiciones económicas o sociales de la primera mitad del Siglo XIX, cuando recién comenzábamos a balbucear las primeras palabras patrias, no han sido las mismas que las de la segunda parte del mismo, ni las del Siglo XX; como tampoco lo han sido las necesidades de la Nación en dichos momentos históricos.

Así como en los ítems anteriores nos hemos visto necesitados de apartarnos del núcleo central de la investigación (puntos 2, 3, 5 y 6) para acudir a aquellas vertientes que le daban forma y la resaltaban (puntos 1 y 4), así también ahora deberemos alejarnos del meollo de la cuestión y analizar parte de esa “totalidad” para poder interpretar las conclusiones finales a las que luego arribaremos. Ellas son:

#### 7.1.1. El componente étnico

Una política pensada de esta manera debe precisar que tipo de ser humano es el deseado y a que grupo de pertenencia debería facilitarse la radicación en el país<sup>10</sup>, ya que la homogeneidad racial, lingüística, cultural y religiosa posibilita una más

10. Aunque esto suene a discriminación basta recordar que la Constitución Nacional sancionada en 1853 declara en su Art. 25 que “El gobierno federal fomentará la inmigración europea”.

rápida integración del pueblo de la Nación con las corrientes inmigratorias que acuden a amalgamarse en él. Valga recordar, a manera de ejemplo, que la comparativamente pequeña península balcánica jamás ha podido generar un verdadero bienestar a los pueblos que la habitaron, debido, precisamente, a esas diferencias. Los exterminios que recientemente hemos presenciado y que en gran medida son el fruto de odios seculares, no son otra cosa que la manifestación de esas disimilitudes culturales; a pesar que la gran mayoría de la población balcánica sea eslava, de religión cristiana y que hablen lenguas similares. Piénsese también en los Estados Unidos de Norteamérica, con su mixturación asiática y latina en la costa pacífica, la inmigración hispanohablante al Sur y la problemática de los ghettos de componente afro en la costa Este, problemática que es de profundo análisis en el “establishment” norteamericano desde hace varias décadas. El resurgimiento de las nacionalidades (trascendente fenómeno actual de consecuencias impredecibles para el Siglo XXI) y el derecho de las pequeñas etnias a su vida independiente ha comenzado a jalonar el devenir de Europa. ¿Es inteligente, ante estos ejemplos, que sólo son unos pocos, extraídos al azar de la miríada de conflictos étnicos y religiosos, modificar la componente étnica del pueblo argentino con el peligro de futuros desencuentros, sobretodo si tenemos en cuenta que en Iberoamérica existe una fuerte corriente ideológica a caballo de los movimientos indigenistas?. Y si no hemos presenciado en nuestra patria las luchas intestinas que observamos en el resto del planeta ha sido, precisamente, gracias a la clarividencia de aquellos que asumieron en su debido momento la responsabilidad de formular las correspondientes políticas de población. Estas líneas de pensamiento, que constituyen en sí un marco relativamente opinable, escapan a nuestros objetivos, pero deben tenerse presentes al momento de analizarse con detalle la temática.

### 7.1.2. El monto poblacional

Otra arista de la cuestión está constituida por el “quantum” de población es deseable en un país o en ciertas zonas del mismo. Los conceptos de infrapoblamiento, sobrepoblamiento y poblamiento óptimo apuntan a dilucidar estas ideas. También deben tenerse presentes las políticas dirigidas a ciertas regiones geográficas en las cuales se considera que el estado debe intervenir implementando PP. La fuerte presión demográfica en las zonas de fronteras de un estado frente a otro ha sido históricamente un verdadero quebrantamiento de las cabezas de sus estrategias y estadistas. Para la Argentina son de mencionar las políticas indirectas establecidas para ocupar la Patagonia, como ser donación de tierras, instalación de bases militares para atraer el comercio y brindar seguridad a los pobladores; abonar salarios más elevados que en el resto del país, otorgar beneficios impositivos; promulgar leyes formuladas expreso para radicar industrias, apoyar a las autoridades de manera directa a través de montos especiales otorgados por medio del fondo de coparticipación federal, etc. Contrario sensu otras políticas simultáneas han tratado de hacer descender el número de habitantes de la Capital Federal a fin de reducir la supuesta “macrocefalia porteña” y obtener una distribución más armónica de la población en todo el territorio del país. En los Estados Unidos de Norteamérica el “New Deal” de la época de Franklin D. Roosevelt no fue solamente una aplicación de las teorías keynesianas para salir del impacto de la depresión del año '30. Con la creación del T.V.A. más de 20 millones de norteamericanos cruzaron los montes Apalaches y se instalaron en los afluentes de la margen izquierda del río Mississippi. Algo similar aconteció con la “Conquista del Oeste” y la ocupación efectiva de California en el Siglo XVIII y recientemente de Alaska. Ejemplos como estos los hay a cientos. Y nos hablan a las claras que no solamente se inten-

tó la ocupación física de un territorio, sino que también se quiso y muchas veces se logró, la ocupación demográfica del mismo. Y estas políticas también deben estar presentes al momento de hablarse de población. China utiliza estratégicamente su número de habitantes para presionar a sus vecinos y oponentes, siendo abundante la bibliografía de origen europeo que recientemente se ha encargado de recordar al mundo las antiguas invasiones “bárbaras” y sus efectos. Y no es un mal momento para pensar en los anárquicos movimientos de “Los sin tierra” del Brasil, que así como han intentado hace escasamente tres años ingresar por la fuerza en la frontera uruguaya, a través del Chuí, en cualquier momento pueden aparecer en Misiones o Corrientes. ¿Y que harán los políticos de turno al respecto de este “monto” poblacional extra?. No todo es la formulación de una aislada PP. La verdadera política demográfica debe estar integrada con el resto del devenir social y económico de la nación. O fracasaría.

### 7.1.3. Las cualidades de la población y de los aportes migratorios

La demografía no estudia solamente el *número* de la población. Le interesa sobremanera analizar los aspectos *cualitativos* de la misma. Consecuentemente una sana PP debe atender a las cualidades que se desean para el pueblo de la nación, en el presente y a futuro. Es acá donde ingresan los componentes educativos de la población.

Suiza impide la nacionalización de extranjeros que no posean determinado nivel económico. Estados Unidos de Norteamérica dificulta sobremanera el otorgamiento de la ciudadanía a quienes no reúnan ciertos requisitos, particularmente económicos y de edad. Europa en general obstaculiza el reingreso de ancianos, aún de aquellos connacionales que por mucho tiempo vivieron fuera de los respectivos países miembros de la U.E. Es

más, Italia y España prefieren abonar entre 600 y 1000 US\$, mensualmente, a sus nativos que viven en el extranjero con la finalidad de desalentar su retorno. En Francia los árabes ocupan solamente bolsones laborales que los mismos franceses no desean cubrir, por lo cual no compiten con ellos, a la vez que favorecen el ingreso de médicos, ahorrándose el gasto de la formación universitaria. ¿En nuestro país existe el partido político que haya formulado propuestas para esclarecer estos temas? ¿O simplemente dejamos que ingrese a nuestro país quien lo desee?. No se trata de fomentar la xenofobia. Ella va a venir sola, fundamentalmente por que las políticas pertinentes no han sido delineadas de manera adecuada. Creemos que también hay mucho para analizar sobre este tema.

### 7.2. Políticas implícitas y políticas explícitas

Las *políticas implícitas* (algunos autores las denominan indirectas) son aquellas que, a pesar de no estar ni formuladas, redactadas o legisladas, verdaderamente se verifican en el comportamiento del cuerpo social de la Nación. Son parte integrante de “las costumbres de la gente”, esa gente a la que tan a menudo citan los medios de comunicación masiva y a la que los políticos creen interpretar, pero a la que nadie, ni los primeros ni los segundos, verdaderamente consulta o representa. Implícitamente el pueblo de la Nación Argentina y el Estado argentino se distinguen por líneas de pensamiento y conductas poblacionales eminentemente cristianas. Aunque no se diga ni esté escrito.

La política demográfica de nuestro país ha sido siempre poblacionista. El Estado y el pueblo argentino se han situado, al igual que la Iglesia, en disfavor de la pena de muerte. Y aunque haya individualmente quienes opinen en contra de ello, particularmente hoy, con el auge delictivo en las grandes ciudades, el Pacto de San José de Costa Rica, incluido en la Cons-

titución reformada del '94, nos impediría legislarla sin un plebiscito previo y reforma constitucional mediante.

Implícitamente el Estado argentino no es abortista. Aún cuando ello no esté taxativamente expresado en la Constitución Nacional. Existen numerosas leyes que castigan tanto a la persona que lo comete como al sujeto que sea cómplice del acto y al médico o facultativo que la asistiese. Y esto va más allá de lo que *individualmente* cada argentino haga. La Nación no ha quedado manchada con este estigma que distingue, para su propia negritud, a los pueblos “adelantados” del primer mundo.

Tampoco se acepta por parte del Estado la eutanasia y quienes escribimos estas líneas somos testigos del interés de una inmensa gama de profesionales que se nuclean para debatir y poner límites, dentro de los cánones de la ética biomédica, a los “avances” científicos referidos a clonación humana, inseminación artificial, mutilaciones sexuales, reproducción in vitro y el más moderno problema ético del genoma humano. La República Argentina ha aceptado de inmediato los Derechos del Niño, de la Mujer y de la Familia, que habiendo sido formulados en las Naciones Unidas o en la OEA, descienden luego como obligaciones para las partes firmantes que los adoptaron. Y aún la famosa ley del divorcio, agitada, promocionada y sancionada con el auspicio del gobierno del Presidente Raúl Alfonsín, en la práctica y a juzgar por el número de divorcios verdaderamente legalizados, ha sido un estruendoso fracaso. Ejemplo muy esclarecedor del comportamiento real de los argentinos y de lo que *verdaderamente importa a la gente*.

Las políticas explícitas, también denominadas políticas directas, son aquellas que sí han quedado, de manera clara y contundente, dentro del marco Constitucional y legal de la Nación o de las Provincias que la integran. Éstas son las que nos permiten analizar con claridad la realidad y las tendencias y, a la vez, formular a futuro nuevas políticas; sea para reforzar, innovar o superar las anteriores.

Según concluye Baisi “Las cuestiones poblacionales tienen una alta significación para los gobiernos justicialistas y militares; ésta se manifiesta en la adopción de un marco institucional multisectorial para la formulación de PP (Políticas de Población) y en la sanción de legislación sobre políticas demográficas en general. La política de estos gobiernos es esencialmente *pro-natalista* y el tamaño de la población argentina se visualiza como un problema para la consecución del Bien Común”. Y continúa afirmando: “Es indudable que los gobiernos peronistas ven el problema y se plantean soluciones que luego, por diversos motivos, no son llevadas a la práctica. Lo mismo sucedió con el Decreto del gobierno militar reciente. Si bien Argentina no tuvo ni tiene una ley de Políticas de Población, con un proyecto definido ni explicitado, hasta 1986 existía una política que se expresó a través de leyes y decretos regulando la actividad social, que puede llamarse de *dejar hacer*, con carácter poblacionista y de defensa de la vida”. Para culminar su pensamiento dirigido a la actualidad, remarcando que: “Con el Decreto N° 2274, del gobierno radical, las cosas se modificaron, dejando la puerta abierta para la inclusión de numerosas leyes de *salud reproductiva, educación sexual, etc.*”. (Baisi, María Teresa, op. cit., pp 78 y 79). Terminología que incluye toda una ideología detrás, ya que los seres humanos no se “reproducen” como los animales, si no que se “procrean”, como muy bien acota la autora citada.

Dentro del marco de las políticas explícitas se encuentran los artículos correspondientes de las Constituciones Nacionales, las Leyes oportunamente promulgadas y los Decretos sancionados desde 1853 a la fecha<sup>11</sup>. Más que su descripción y análisis par-

11. Citamos brevemente: los Art. 20, 25, 67, y 107 de la Constitución Nacional de 1853, con varios incisos, referidos a extranjeros que habitaren nuestro suelo (inmigración, naturalización), indígenas, religión del pueblo de

ricular nos interesa fundamentalmente marcar las *tendencias* que en cada momento se iban imponiendo, para inferir por medio de ellas las políticas subyacentes detrás de cada una.

---

la Nación, colonización de tierras públicas y zonas de frontera. En la reforma constitucional del año 1949, modificaciones numéricas y de organización interna de por medio, se guarda el “espíritu y la esencia” de todos ellos, aún cuando con distinta forma y se agregan conceptos como *asegurar la salud y el bienestar social de los habitantes* (Art. 68); se incluyen los *derechos* de los trabajadores, de la protección de la familia, del matrimonio y, lo que es de interés especial para nuestro tema, los derechos a la atención de la madre y el niño recién nacido que “gozarán de la especial y privilegiada consideración del Estado” (Art. 37). La Constitución de 1994 guarda gran coherencia con sus predecesoras, desde el preámbulo (... para todos los hombres que quieran habitar en el suelo argentino...), pero además incluye los Pactos firmados. Los Art. 2 (Culto), 8, 14 (derechos), 14 bis (derechos de los trabajadores, seguridad social, agremiación), 15,16 (esclavitud, prerrogativas de sangre), 19 (privacidad), 20 (derechos de los extranjeros y ciudadanía) y el 25, que reitera el fomento a la inmigración de origen europeo, guardan y refuerzan las ideas expresadas desde 1853. El Art. 41 es nuevo, ya que se incluye por primera vez el “derecho medioambiental”, ausente en las Cartas Magnas anteriores. Dadas las tendencias abortistas del ecologismo su utilización como argumento en este sentido en el futuro puede ser peligrosa. El Art. 75, inc.12 (naturalización); inc.17 (reconocimiento étnico de los pueblos indígenas), inc. 19 (respeto al derecho de participación de las familias). El inciso 22 es de suma importancia, ya que incluye la “novedad” de colocar por sobre las leyes a los Pactos Internacionales y al Concordato. Pero también otorga jerarquía constitucional a una serie de ellos a los cuales nuestro país ha adherido, entre los que se encuentran el de San José de Costa Rica (prohibe la pena de muerte), la Declaración de los Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos del Niño, de la eliminación de toda forma de Discriminación de la Mujer, etc. El mayor problema que se visualiza con respecto a la jerarquía constitucional otorgada a este tipo de pactos es la discrepancia entre la postura internacional de la República Argentina (ya manifestada en reiteradas ocasiones, como en la Conferencia de El Cairo, donde Irán, Honduras, la Santa Sede, nuestro país y la mayoría del mundo islámico e Iberoamericano, estaban en contra de las propuestas sobre planificación familiar procedentes del “primer mundo”) y lo que se legisla y se necesita en el orden interno. De donde se sigue que, en casa hacemos y decimos una cosa y afuera de ella decimos otra.

### 7.3. Políticas de población explícitas. Revisión crítica.

Es innegable que en lo que hoy es el territorio de la Nación argentina siempre hubo una PP. Precisamente en el Noroeste argentino, área de nuestro estudio, los Incas habían aplicado “sus” políticas demográficas. Que eran explícitas. Destierro de pueblos indóciles, movilidad de tribus hacia sectores distantes, desarraigo e inserción cultural en sus propias leyes y mores. Adopción forzosa del culto incaico. España también ejerció fuertes PP, que quedaron explicitadas en las “Leyes de Indias” y otros documentos (como ser las Ordenanzas, Tratados y Células reales). Impidió el acceso a América de extranjeros, discutió y confirmó la “humanidad” del indígena, exportó a sus tierras conquistadas sus hombres, lengua y religión. Creó la mita y el yanaconazgo. Desarraigó a las parcialidades menos dóciles trasladándolas a miles de kilómetros de distancia modificándoles incluso el hábitat. No tuvo el español mayores inconvenientes en contraer enlace con mujeres nativas (cosa impensable entre los anglosajones); fundó España una numerosa cantidad de ciudades, originando una verdadera cultura urbana y modificó de esta manera la estructura social preexistente. Más allá de lo que *los españoles* hicieran en América, la Corona Hispana jamás aceptó la trata e incluso, salvo algunas excepciones, persiguió a quienes se beneficiaban con la esclavitud. Cuando la Asamblea del año 1813, a menos de tres años de Mayo de 1810, ya decretaba la libertad de vientres y era abolida la esclavitud para todos los que llegaren a nuestro suelo ¿No se estaba anunciando una política explícita de población y produciendo una verdadera revolución demográfica?

Desde los albores de la nacionalidad el problema poblacional estuvo presente en el poder público y, de una manera u otra, ello se fue manifestando. Fue plasmado, definitivamente, en la Constitución de 1853 y llevadas estas políticas de lo abstracto de Alberdi a lo concreto de Mitre, Avellaneda y Roca. Los resulta-

dos estuvieron rápidamente a la vista. En el censo nacional de 1869 la República Argentina tenía 1.830.214 hab. En el segundo censo nacional de 1895 (26 años más tarde) 4.044.911. ¡Prácticamente en una generación se había más que duplicado el total de la población del país!

Ya en este siglo, continuaron las mismas líneas de acción, modificadas por las situaciones coyunturales y las nuevas necesidades estratégicas que iban apareciendo. La ocupación de la Patagonia. La ocupación del Chaco, tras la “Segunda conquista del desierto”. La primera guerra mundial. La crisis del '30. La segunda guerra mundial. El fenómeno del éxodo rural a las ciudades. El crecimiento urbano y las necesidades de cualificación de mano de obra para una industrialización incipiente nacida a caballo de la vocación mecánica de quienes laboraban en los talleres ferroviarios y reparaban frigoríficos y locomotoras.

A partir de aquí se inicia el fin del aporte poblacional europeo y el comienzo de la llegada de inmigrantes de los países limítrofes, primero y de otros de Iberoamérica, después. Y rompiendo la dualidad bipartidista que había dominado el espectro del gobierno de la República Argentina, se produce la ascensión al plano político de un nuevo partido que deberá enfrentar los últimos fenómenos sociales citados en sus dos presidencias consecutivas (1946-1952 y 1952-1955), reforma constitucional por medio y planes quinquenales mediante<sup>12</sup>.

12. No sólo influyeron en la situación demográfica los fenómenos socio-económicos precitados, si no que el marco legal e institucional del país coadyuvaron a ello. Además de la reforma constitucional de 1949 se anunció el “Primer Plan Quinquenal”, que tenía referencias explícitas a políticas de población que fueron luego concretadas a través de las leyes correspondientes. En el ampuloso lenguaje de la época, se sancionó la Ley 14.184/52, por la cual se aprueba el “Segundo Plan Quinquenal”, que entre sus metas fundamentales delineaba temas como la protección a la mujer y la familia, el fomento a la inmigración y la protección del aborígen. Por vez primera se pone el énfasis

A partir de mediados de siglo se continua con los mismos lineamientos, pero reforzándose algunas líneas de pensamiento. Basándose en la experiencia francesa de posguerra, durante el gobierno de la Revolución Argentina (1966-1973) y especialmente en su primera época, se prioriza una vigorosa política demográfica con la creación de beneficios salariales en función del número de hijos (el matrimonio que tuviese tres o más hijos tenía un plus, sumamente importante, por concepto de “familia numerosa”, con lo cual se consigue romper con el “American wife of life” en lo familiar (matrimonio de sólo dos hijos, que ya venía imponiéndose socialmente en la clase media argentina) y se tiende a la legitimación del vínculo matrimonial al agregarse el beneficio “por esposa” que pasaba a percibir el padre de familia cuya consorte no trabajaba. Manera indirecta, pero efectiva, de posibilitar que la madre quedase en su hogar al cuidado y educación de sus hijos. De la misma forma se reforzó el concepto de “escolaridad”, que era calculado en función de la educación primaria, secundaria o terciaria de los hijos en edad escolar, como una clara medida del interés del Estado Nacional en elevar el nivel educativo de la población y disminuir el analfabetismo. Todas ellas, PP que en su momento, dieron efectivos resultados<sup>13</sup>.

fasis en el crecimiento vegetativo, al cual se le da prioridad sobre la inmigración. Varios puntos se refieren a las regiones infrapobladas. Se crea el Instituto Nacional de la Población y se colocan como objetivos “Incrementar la natalidad, que será protegida y estimulada” y también el “disminuir la mortalidad general por la defensa de la salud, en particular la salud materno-infantil”. Un buen resumen, del cual hemos extraído algunos aportes, puede encontrarse en Baisi, María Teresa, op. cit., pp 54 y subs.

13. Estas, a nuestro modesto entender, fueron formas no declamativas si no eficientes y explícitas, de manifestar una política demográfica clara y contundente en pro de una familia numerosa, sin controles de natalidad y protegiendo simultáneamente al infante y a la madre, primero y a un futuro joven con niveles educativos aceptables, después.

Desde 1973 se retorna a las antiguas recetas del Justicialismo por medio del “Plan Trienal” que, dado el pronto deceso del Presidente en ejercicio por aquél entonces y la irrupción en la vida política argentina del “Proceso de Reorganización Nacional”, quedó trunco. A pesar de ello puede concluirse que la política global de población del partido político electo en 1973 no solo no se había modificado en sus concepciones si no que, además, se había fortalecido en varias de ellas. Se reconoce la importancia del flujo migratorio hacia el Gran Buenos Aires. Pero no se hace nada verdaderamente efectivo para frenarlo y evitar la ya agigantada “macrocefalia porteña”. Es de importancia el énfasis puesto en el aspecto de “reducir la mortalidad”, “aumentar la natalidad” y “aumentar el ritmo de crecimiento poblacional del país”, políticas que son de interés para nuestro análisis y sí dieron resultados cuantitativos visualizables. Se prohíbe y castiga explícitamente al aborto. Se introduce en los colegios secundarios la educación sexual, pero con la finalidad expresa de evitar el embarazo, por ignorancia, en niñas menores de edad. Se impide la venta libre de anticonceptivos de cualquier tipo y se publicitan los métodos naturales del espaciamiento en los nacimientos como una forma de provocar la disminución en la proporción de los nacimientos durante la vida fértil de la mujer y *dentro* del matrimonio<sup>14</sup>.

14. Se crea, dentro de la órbita del Ministerio del Interior, la CONAPODE (Comisión Nacional de Política Demográfica) y se sanciona el Decreto 980/74, que presenta los lineamientos generales de los objetivos a concretarse dentro de las políticas demográficas enunciadas. Una de las pocas veces que las políticas internas estuvieron en consonancia con las expresadas en el exterior a través de la Cancillería y en las distintas Conferencias de población a la cual asistieron nuestros delegados o ante los Organismos Internacionales, fue precisamente, durante este periodo. El Decreto N° 774/73 busca remediar la declinación de las tasas de natalidad. El Decreto N° 659/74 es el que legisla sobre fecundidad.

Dentro del Gobierno del Proceso de Reorganización Nacional (1976-1983) se continua con los lineamientos anteriores y apoyándose en los diagnósticos precedentes se crean diversas “Comisiones” para la formulación de las PP acordes a las circunstancias y necesidades por las cuales atravesaba el país en la década del '80. Dentro del tema que es de nuestro interés merece consignarse que entre los objetivos propuestos aparece el crecimiento natural, que es estimulado, ya que explícitamente se consigna que: “*debe ser favorecido mediante...el incremento del nivel de fecundidad mediante una política que facilite la constitución de una familia y la proteja en función del número de hijos*”. Lo que quedaba insertado dentro de una filosofía de pensamiento tomista, en la búsqueda del bien común, como finalidad última de la función del Estado. (Baisi, M. Teresa, op. cit. pp. 64, passim)<sup>15</sup>.

#### 7.4. La actualidad.

Desde 1984 hacia nuestros días es mucho lo que ha variado en el concierto mundial y en la vida institucional de nuestro país. No cabe, dada la cercanía en el tiempo, hablar de una “revisión” de lo acontecido, pues los efectos de ello aún los estamos sufriendo o disfrutando, según el cristal con que se mire a la realidad próxima. Pero sí cabe realizar una breve crítica y alertar sobre el futuro, que es, en última instancia, la prognosis que les dejaremos a las próximas generaciones de argentinos. Post-Malvinas un nuevo partido político asumió el gobierno de la

15. Fue por medio del Decreto N° 3938/77 que se publican los “Objetivos y Políticas Nacionales de Población”, que aún se mantiene en cierta medida en vigencia, ya que nunca fue totalmente derogado y que en realidad es una prolongación en el tiempo de las medidas sobre política demográfica tomadas durante el Plan Trienal” del gobierno anterior.

Nación a partir de 1983. Continuó, más por inercia que por otra causa, lo que ya estaba en vigencia y que en realidad procedía de la concepción justicialista y de los gobiernos militares en lo referente a políticas de población para nuestro país. El gobierno radical demostró, en esta instancia, o una gran incapacidad o un supino desinterés por la cuestión, aunque se reintrodujo a través de disposiciones ministeriales la venta de dispositivos intrauterinos para controlar la natalidad. Recién en 1988 se derogó el Decreto 980/74 y en la órbita del Ministerio del Interior se creaba una comisión Interministerial de PP, como así también se introducía en el país, conjuntamente con la ley del divorcio, el mensaje “primer mundista” del neomalthusianismo. Parafraseando a Winston Churchill, demasiado poco, demasiado tarde, demasiado mal.

Sin embargo es de señalar que las circunstancias internacionales habían variado. Cayó el muro. Se eclipsó la URSS. Finalizó la “Guerra Fría”. Comenzaron los procesos de “globalización” que, lógicamente, dejarán dos productos perfectamente distinguibles: una potencia “globalizadora y globalizante” y un sinfín de Estados “globalizados” y al inicio del tercer milenio nos encontramos con que todas las iniciativas en lo referente a población procedentes de las Organizaciones Internacionales, Europa y las ONG’s, caerán como cascada hacia Iberoamérica, ahora casi totalmente dentro de la esfera de influencia de los EE. UU. Este es el contexto político, económico y estratégico actual en el cual se debate la cuestión demográfica<sup>16</sup>.

16. Vale la pena recordar aquí las palabras de SS Pablo VI, referidas al aborto y a las sociedades que lo han legitimado: “ Todo comentario es superfluo y lo frena la situación política en que el problema se halla actualmente. Pero da horror ya sólo el pensar que un crimen tal obtenga, como por desgracia ocurre en otros países, la legislación, más aún, la asistencia de los servicios sociales, bajo el pretexto de acudir en ayuda de unas mujeres desgraciadas, que luego llevarán en el corazón toda la vida el remordimiento de haber consentido que

Dos decretos del gobierno justicialista que asumiera en 1989 son de citar aquí. El N° 435/92, que crea la Secretaría de Población y el N° 1033/92, que deroga el anterior del Gobierno del Proceso de Reorganización Nacional y emplaza a los Organismos correspondientes a producir una nueva PP en el plazo de 270 días y que finaliza creando el COFEPO (Consejo Federal de Población), que comienza sus tareas en 1993. Con respecto al mismo y a sus tareas acota Baisi: “El lenguaje es más actual y está imbuido con los aires de los Organismos Internacionales en cuanto a los nuevos requerimientos de orden mundial sobre equilibrio de población. Es importante ver también como se tiene claro que la definición de una política demográfica es indispensable a la hora de delinear un modelo de desarrollo y proyecto de país”. (Baisi, María Teresa, pp.66).

En el marco internacional se defendió la tradicional postura argentina pro-natalista y anti-abortiva, aunque con la excusa de prevenir el SIDA se iniciaron internamente campañas periodísticas favoreciendo el uso de preservativos. Los triunfos electorales en Capital Federal y recientemente a nivel país, crean verdaderas incógnitas, difíciles de predecir o anticipar. Ya que algunas alianzas políticas y gran parte de sus dirigentes en lo personal, han declarado ser abortistas. También en las diversas Comisiones de ambas Cámaras Legislativas, a nivel de anteproyectos, como en la Carta Magna de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se han presentado varios artículos que han dejado la puerta abierta para que se cuelen, sibilina y sigilosa-

---

se ofendiera lo más sublime e inefable que la mujer puede poseer en el orden natural: la maternidad. ¡Pobres e innumerables vidas humanas incipientes, arrasadas por que erais débiles e inocentes! ¿Cómo es posible que una sociedad civilizada, y además cristiana, pueda autorizar y quedar impasible y sin una lágrima ante esa matanza de inocentes?”. (Negritas es nuestro). “Enseñanzas al pueblo de Dios. 1978”, pp 42.

mente, cual es la costumbre del que por malos pasos anda, las políticas neomalthusianas. El control de la natalidad. El matrimonio entre homosexuales. La posterior adopción de niños por parte de ellos. En fin, la destrucción de la moral y la familia cristiana. Debemos pensar seriamente que ante estos embates el destino de nuestros hijos estará en las manos de ellos. Y para que a nadie le queden dudas con respecto a si todo esto está inspirado en espíritus altruistas o egoístas, deseamos finalizar estas líneas con una promocionada y ampulosamente divulgada propaganda ecológica que desfiló por todo Estados Unidos de Norteamérica, producto del ingenio y la estupidez de Robert y Leona Train:

“Cada siete segundos y medio un nuevo americano nace. Es una pequeña desvalida cosa, pero comienza a llorar fuertemente con una voz que será oída por setenta años. Él está llorando por 26.000.000 de TN. de agua, 21 mil galones de nafta, 41.150 libras de carne, 28.000 de leche, 90.000 de trigo y otra diversidad de comida, bebidas y tabaco. Estas son sus demandas de por vida a este país y su economía”.

## 8. Ocho Conclusiones finales y una recomendación

➤ Las características físico geográficas del área de frontera elegida para realizar la investigación sobre la mortalidad infantil demuestran una extrema sujeción del ser humano al medio. En el Sector Occidental la aridez, la altitud y la carencia de agua condicionan la vida y la sobrevivencia de los recién nacidos. En el Sector Oriental las temperaturas, la elevada humedad relativa ambiente, los montos de las precipitaciones, la fitogeografía y la vida animal que ésta acoge, son también causales de mortalidad infantil. Todo ello conjugado a las distancias y al aislamiento relativo, producen un agravamiento de las condiciones sani-

tarias y situaciones problemáticas que requieren de soluciones particulares a través de PP expresamente dirigidas hacia ella.

- El área fronteriza analizada es una de las menos densamente pobladas de nuestro país y la que posee menor magnitud superficial. Existe un intercambio poblacional fronterizo muy elevado que puede transformarse no sólo en vehículo cultural, si no también como vector de enfermedades. La mayor presión demográfica desde Tarija y Potosí hacia Salta y Jujuy así lo sugieren. Es preocupante la situación del aborigen, que a pesar de las políticas expresadas a través de Leyes, Decretos y Artículos Constitucionales, no siempre recibe los beneficios que ellos determinan. La preocupante situación de los departamentos fronterizos, con elevadas tasas de masculinidad, mortalidad general y MI, expresan este abandono por parte de las autoridades.
- En el transcurso de la historia la MI ha poseído una tendencia francamente decreciente, aunque este fenómeno no ha sido lineal, si no que se ha verificado con avances y retrocesos por diferentes causas. En la actualidad en el concierto mundial Iberoamérica posee tasas de mortalidad general y MI medias; elevadas de fecundidad y fuerte y constante crecimiento de población. Son excepciones a estas normas Chile, Argentina y Uruguay. A pesar de ello, en el marco regional, los indicadores nos acercan una realidad más próxima al subdesarrollo que al primer mundo. La MI es muy elevada en Bolivia y media/alta en Salta y Jujuy. Los indicadores de NBI en la Argentina sitúan al NOA como la región más comprometida y en Bolivia el IDH la ubica francamente en el tercer mundo. Habiendo en la Argentina PP explícitas referidas a la MI, la inmigración, la población de origen extranjero; Convenios con los países limítrofes sobre inmigración, etc., no es justificable que este tipo de situación tenga tal magni-

tud, tanta dispersión y tanta gravedad como la que posee. Todo ello hace que el área fronteriza seleccionada constituya una verdadera excepcionalidad geodemográfica en el concierto nacional.

- Es imprescindible enriquecer la teoría que rodea al fenómeno de la MI a fin de investigar profundamente las verdaderas causales de ella, particularmente en los sectores más alejados y socioculturalmente más deprimidos del país. Si bien es correcta la relación menor fecundidad – mortalidad infantil y que esto puede conseguirse con el espaciamiento de los nacimientos, debe respetarse en todos los casos la vida intrauterina del niño y utilizando métodos naturales de planificación familiar.
- Dado que el amamantamiento materno garantiza una supervivencia 50% mayor de los infantes, debería existir una política adecuada que posibilite que la madre pueda atender al niño en todas las circunstancias. De la misma manera se debería legislar de forma tal que se aumenten las penas por violencia ejercida hacia el menor y proveerse una adecuada educación prematrimonial a todos los efectos antedichos como una forma útil de prevención, como así también para la disminución de la EDA y la IRA.
- El paradigma epidemiológico-social, analizado en Perú, Brasil y Rosario, en nuestro país, (aplicable a las áreas urbanas), podría asociarse a todo el sector fronterizo, ya que se han verificado los factores determinantes del mismo, como ser: enfermedades diarreicas y respiratorias, bajo nivel de escolaridad y elevado índice de pobreza, carencia de costumbres higiénicas, subalimentación, cocción a leña, presencia de y contacto con animales domésticos que son vectores de transmisión de enfermedades, etc. Todas ellas causales directas de mortalidad infantil que podrían atenuarse con una difusión continua de las medidas higiénicas que deben adoptarse y a

través de la educación sanitaria por medio del Ministerio de Educación y como parte integrante de las actuales reformas educativas.

- Según los casos observados se puede afirmar que las características físico-geográficas del sector fronterizo elegido para nuestro trabajo, facilitan la verificación del paradigma ecológico-biologista (similar al caso estudiado por los autores consultados en Chile, Costa Rica y Cuba para las áreas rurales), en el sector Oriental del área fronteriza y en razón de las tipologías de enfermedades presentes como causales de MI. El hecho (de por sí significativo) de haberse comprobado un descenso en las tasas de fecundidad en el área investigada, nos permite reforzar la conclusión antedicha. En el mismo sentido las tasas de MI neonatales se demuestran mayores que las postneonatales. Políticas de Frontera y PP explícitas dirigidas hacia el NOA, podrían coadyuvar a solucionar la problemática de la MI en este sector fronterizo. Los indicadores de NBI confirman las apreciaciones antedichas. El NOA como región y los Departamentos analizados en el marco regional poseen los índices más altos de MI de la República Argentina, como puede apreciarse en el Mapa N° 2.
- En el devenir de la historia argentina siempre han existido PP, implícitas o explícitas. Las tuvieron los Incas, los Españoles, los padres de la patria, los fundadores del Estado y se mantuvieron en el transcurso del siglo anterior de una u otra manera. La Nación argentina, los gobiernos justicialistas y los gobiernos militares han demostrado una postura cristiana, pro-natalista, anti-abortista y de crecimiento demográfico. Estas PP han sido adoptadas por razones estratégicas, de ocupación del espacio, en la búsqueda del equilibrio regional y por otros motivos, entre los cuales son de citar las PP dirigidas explícitamente hacia los inmigrantes, los aboríge-

nes, la mujer, la familia y los niños; sitio donde encaja nuestro análisis. Es preocupante la presión existente desde los Organismos Internacionales, el “primer mundo” y las ONG’s, con la finalidad de forzar posturas que no hacen a la sana existencia de nuestra sociedad. En este sentido debe estarse continuamente alerta para evitar que, bajo la excusa de obtener nuevas “libertades democráticas”, se infiltren estas PP que lo único que lograrán es la disociación familiar.

➤ Como recomendación creemos que es imprescindible:

- a. Tomar y hacer tomar una verdadera conciencia de la problemática.
- b. Prever, antes que corregir, los pasos de quienes desde sus propias ideologías atentan contra la familia y el bien común, cristiana y sanamente entendidos.
- c. Advertir que una política demográfica está instalada en la sociedad, se la legitime o no. Y que la misma es integradora y totalizadora. El simple hecho que en nuestra investigación partiéramos de un pequeño sector fronterizo y alcanzáramos a PP de alcance nacional lo demuestra.
- d. Iniciar acciones tendientes a producir PP acordes a lo anteriormente expuesto y formar investigadores, políticos y científicos idóneos para esos fines.
- e. Y creemos que, en este sentido, la UCA puede ser un excelente foro de análisis, discusión y formación de futuros pensadores en la materia.

### Bibliografía

1. ARGENTINA: “Censo Nacional de población y vivienda. Resultados provisionales”. INDEC, Bs. As. , 1985.
2. —: “Población extranjera”. INDEC, Serie B: “Estadística migratoria”, Boletín N°.1, Bs.As. , 1993.
3. —: “Anuario Estadístico de la República Argentina”. INDEC, Buenos Aires, 1997.
4. BADARACCO, Ricardo José, et al. : “Aspecto poblacional de la frontera argentino-boliviana”. En: Gendarmería Nacional, 5to Seminario de Fronteras, Cap. II, Buenos Aires, 1987.
5. BAISI, María Teresa (Inédito): “Políticas de población. Sus aspectos en la realidad argentina”. Instituto de Ética Biomédica de la UCA, pp. 132, Bs.As. , 1998.
6. BANCO MUNDIAL: “Informe sobre la población mundial”. Series Estadísticas, Nueva York, 1998.
7. BOLIVIA: “Indicadores demográficos estimados por Departamentos”. Serie Información Estadística, INE-CELADE, La Paz, 1998
8. CONCILIO VATICANO II: “Constituciones. Decretos. Declaraciones. Documentos Pontificios complementarios”. Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1966.
9. IV JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIOS DE LA POBLACION: Asociación de Estudios de la Población de Argentina. Instituto de Investigaciones Geohistóricas del CONICET. Facultad de Humanidades. Chaco. 1999.
10. CURTO DE CASAS, Susana I. : “Análisis geográfico de la mortalidad en la Argentina”. En: GAEA, Soc. Arg. de Est. Geográficos, Serie CONTRIBUCIONES CIENTÍFICAS, XLVII Semana de Geografía, pp 98-114, Mendoza, 1985.
11. DE JORGE, Carlos Alfredo (Director de Factor): “Análisis, síntesis y conclusiones de los Seminarios realizados en-

- tre 1983-1990. Factor Geográfico". 9no. Seminario de Fronteras, Gendarmería Nacional, pp 11-156, Buenos Aires, 1991.
12. DE JORGE, Carlos Arturo y ACERENZA, Maximiliano (Inédito): "Estudio sobre la mortalidad infantil en el área de frontera argentino-boliviana: Análisis de los paradigmas epidemiológico-social y ecológico-biologista". En: Seminario de Demografía Histórica Latinoamericana, Buenos Aires, 1999.
  13. ENCICLICA: "Casti Connubii". Carta Encíclica de S.S. Pío XI sobre el matrimonio. Ediciones Paulinas, Bs.As. , 1964.
  14. ENCICLICA: "Humanae Vitae". Carta Encíclica de S.S. Pablo VI sobre la transmisión de la vida humana. Ed. Paulinas, Bs. As. , 1985
  15. GINSBURG, Norton: "Atlas del desarrollo económico". EUDEBA, Bs. As. , 1985.
  16. LESEVIC, Bruno y BARDALEZ, Carlos: "Pobreza urbana y sobrevivencia". En: Lattes, Alfredo et. al. , Op.cit, 1989.
  17. NACIONES UNIDAS: "CORREO DE LA UNESCO", Junio, Nueva York, 1987.
  18. OYA SAWYER, Diana y FERNANDEZ CASTILLA, Rogelio: " Problemas metodológicos de medición e interpretación en los estudios de mortalidad infantil". En: Lattes, Alfredo et. al., Op.cit. , 1989.
  19. PABLO VI: "Enseñanzas al pueblo de Dios. 1977". Librería Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1978
  20. PABLO VI: "Enseñanzas al pueblo de Dios.1978". Librería Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1979.
  21. PALLONI, Alberto: "El estudio de la mortalidad de la niñez en países subdesarrollados: teorías, marcos analíticos e inferencia causal". En: Lattes, Alfredo et. al, op.cit, 1989
  22. PRIMERAS JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIO DE LA POBLACION: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Filosofía y Humanidades. Narvaja Editor. 1995.

23. TAUCHER, Erica: "Fecundidad y mortalidad infantil". En: Lattes, Alfredo, Farren, Mark y Mac Donald, Jane (compiladores): "Salud, enfermedad y mortalidad de niños en América Latina". Buenos Aires, FLACSO, 1989.
24. SANTA SEDE: "Carta de los derechos de la familia". Ed. Paulinas, Bs.As. , 1983
25. VICTORA, César y SMITH, Peter: "Diseño y aplicación de un estudio de caso-control para investigar la relación entre los hábitos de alimentación a los niños y su riesgo de morir". En: Lattes, Alfredo, et. al. , Op. cit, 1989.