



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA**  
**Facultad de Ciencias Humanas**  
**Departamento de Geografía**  
**Tesis de Licenciatura en Geografía**



## **Desequilibrios de la Mortalidad Infantil en la provincia de La Pampa (2000-2019)**



Tesista: Matías Nahuel Almada.  
Directora: Mgr. Beatriz Dillon.

Abril de 2022

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue realizada durante la ocurrencia de una pandemia. El mundo reconfiguró sus formas de vida y, específicamente, la comunidad universitaria debió adaptarse a las normativas globales, nacionales y locales que propusieron formas de aislamiento y distanciamiento físico y social. Sin dudas, esto afectó a la investigación geográfica y a las y los estudiantes que debíamos realizar relevamientos de campo para lograr el tan ansiado título universitario. Reconfigurar las investigaciones con las limitaciones a la movilidad supuso nuevos desafíos, otras formas de abordar estudios geográficos que, sin perder su esencia teórico-metodológica nos permitiera avanzar, aún en un contexto de crisis sanitaria que afectó todos los componentes de la vida social y a los territorios.

Mi situación particular, me encontró atravesando este proceso en la localidad de La Reforma, un pequeño pueblo rural pampeano de aproximadamente 300 habitantes ubicado a 260 km al oeste de la sede de la Universidad y de la residencia de la directora de tesis. Sin embargo, aun con las limitaciones de la conectividad, la necesidad de trabajar para sostenerme y ayudar a mi familia y otras cuestiones a las que nos sometieron estos tiempos, me llevó a no detenerme en la concreción de esta investigación.

Los aprendizajes logrados en mis años de estudios universitarios me facilitaron la forma de readecuar los métodos de investigación sin perder de vista la problemática a investigar, los interrogantes y los objetivos planteados en el proyecto de tesis de Licenciatura. Por ello, un agradecimiento especial a la Universidad Nacional de La Pampa, especialmente a la Facultad de Ciencias Humanas, y a todas y todos los docentes del departamento de Geografía de los cuales aprendí y aprendo cada día. A mi directora de tesis, Mg. Beatriz Dillon, por guiarme, acompañarme en estos tiempos virtuales, por su compromiso, rigurosidad académica y gran predisposición en todos los momentos de la elaboración de esta tesis. A mi familia, a Martín Juárez, a las personas responsables de las zonas sanitarias de la provincia de La Pampa y a todas las personas que de algún modo colaboraron en mi proceso de aprendizaje y elaboración de la tesis.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1.</b> Introducción, planteo del problema y objetivos de investigación.....	4
1.1.Planteo del problema, interrogantes y objetivos de la investigación.....	4
1.2. Organización de la presentación.....	7
<b>CAPÍTULO 2.</b> Consideraciones teóricas y estado de la cuestión.....	9
2.1. Hacia una teoría para el estudio geográfico de las poblaciones y de la mortalidad infantil.....	9
2.2. Antecedentes del estudio de la mortalidad infantil en La Pampa.....	15
<b>CAPÍTULO 3.</b> Metodología y técnicas.....	17
<b>CAPÍTULO 4.</b> La situación de la mortalidad infantil en el mundo, Latinoamérica y Argentina.....	21
4.1. Breve análisis de la mortalidad infantil a escala mundial.....	21
4.2. La mortalidad infantil en América Latina.....	25
4.3. La mortalidad infantil en Argentina.....	28
4,3,1. <i>Evolución de la mortalidad infantil en Argentina</i> .....	28
4.3.2. <i>Factores y causas que provocan la mortalidad infantil en Argentina</i> .....	30
<b>CAPÍTULO 5.</b> La mortalidad infantil en la Provincia de La Pampa, 2000-2019.....	34
5.1. Características generales.....	34
5.2. Mortalidad infantil anual por departamentos (2000-2019). Análisis cuantitativo.....	36
5.2.1. <i>Primer quintil 2000-2004</i> .....	36
5.2.2. <i>Segundo quintil 2005-2009</i> .....	40
5.2.3. <i>Tercer quintil 2010-2014</i> .....	44
5.2.4. <i>Cuarto quintil 2015-2019</i> .....	48
5.3. Análisis general de los datos cuantitativos totales y por departamentos para el período 2000-2019.....	53
<b>CAPÍTULO 6.</b> Progresión de la tasa de mortalidad infantil por departamentos, 2000-2019.....	55
6.1. Consideraciones generales.....	55
6.2. Evolución de la TMI por departamentos de La Pampa,2000-2019.....	56
6.3. Promedio agrupado del período.....	67
<b>CAPÍTULO 7.</b> Tasa de mortalidad infantil por zonas sanitarias, 2000-2019.....	69
7.1. Características generales.....	69
7.2. Evolución de la mortalidad infantil según zonas sanitarias, 2000-2019.....	72
7.3. Análisis cualicuantitativo.....	79
<b>CAPÍTULO 8.</b> Condicionantes sociales de la mortalidad infantil y desequilibrios espaciales.....	80
8.1. Relación entre el comportamiento de la mortalidad infantil y las variables	

sociodemográficas.....	80
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....</b>	<b>94</b>

# CAPÍTULO 1

## INTRODUCCIÓN, PLANTEO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Planteo del problema, interrogantes y objetivos de la investigación

En esta tesis se analizan las variaciones y desequilibrios espaciales de la ocurrencia de la mortalidad infantil (MI) en la provincia de La Pampa, abordada como un fenómeno demográfico y espacial, de ocurrencia diferencial, en un período de veinte años (2000- 2019).

La Geografía aporta una visión amplia de las diferentes dimensiones que abarca su objeto de estudio: el espacio geográfico. Esta versatilidad brinda las herramientas necesarias para abordar estudios de caso como estrategias apropiadas para identificar y analizar problemáticas espaciales, definir el objeto de estudio, proponer el método adecuado, desarrollar la investigación geográfica y aportar resultados que contribuyan al cambio de las realidades espaciales.

Las particularidades identificadas en los espacios geográficos de La Pampa (Figura 1) permiten analizar y comprender el comportamiento de las variables demográficas en relación con las multidimensionalidades (sociales, culturales, ambientales, económicas, políticas, entre otras) propias de la dinámica espacial. Éstas, otorgan una perspectiva particular al estudio de la mortalidad infantil.

Los factores de la dinámica demográfica (natalidad, mortalidad y movilidad de las personas) afectan y a la vez, son afectados por la dinámica espacial. Desde la perspectiva geográfica, Guillermo Velázquez (1997) y Beatriz Dillon (2009 y 2022a), entre otros, plantean que estos componentes, permiten, junto con otras variables, el análisis de las condiciones de vida de las poblaciones –tanto actuales como pasadas- y otorgan lineamientos para estudiar las perspectivas futuras y orientar las políticas públicas para evitar o remediar dichos desequilibrios, particularmente, las destinadas a la atención integral de la salud de las mujeres en edad reproductiva, de las embarazadas, de los partos y de las y los recién nacidas/os.

En este sentido, los desequilibrios e inequidades espaciales conforman un entramado donde los seres humanos erigen sus condiciones de vida y sus espacios de producción y reproducción. Simultáneamente, son transpuestos por un conjunto de condicionantes que atraviesan la salud pública -colectiva e individual-, que se manifiesta geográficamente a través de variaciones en el

comportamiento de las morbilidades, en el perfil epidemiológico comunitario y en el carácter diferencial de la ocurrencia de la muerte, sobre todo, de la infantil y de las madres.

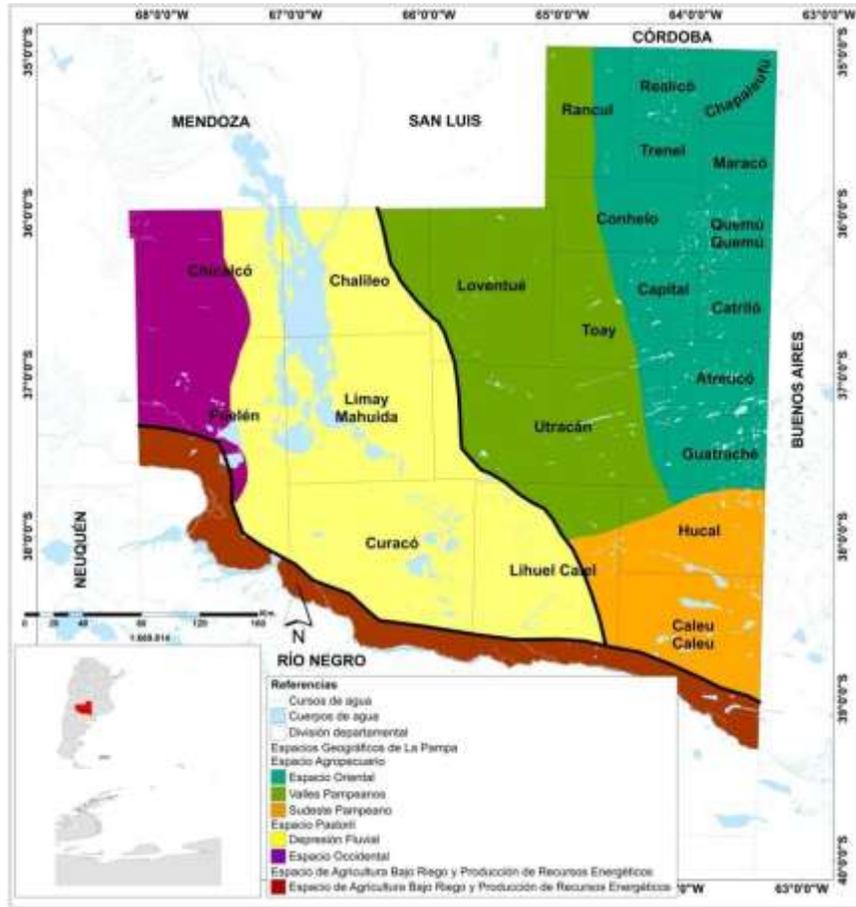


Figura 1. Espacios geográficos de La Pampa.

Fuente: extraído de Beatriz Dillon, 2022b, p. 85. Elaborado por Daila Pombo para IDE-IGUNLPam, adaptado de Covas, 1998, p. 3.

Para comprender dicho comportamiento se recurre a variables socioeconómicas que se analizan de manera relacional con la información estadística. La estadística, dentro de la Geografía, aporta una perspectiva evolutiva de una situación particular plasmada en los espacios geográficos. La interpretación de los datos numéricos, configura realidades políticas, económicas y socioculturales, presentes y pasadas, y permite un análisis crítico de la dinámica espacial.

Las investigaciones sobre las geografías de La Pampa, realizadas por Fernando Aráoz (1991), María Regina Covas (1998), María Eugenia Comerci (2014), Beatriz Dillon (2021), entre otros/as autores/as, dan cuenta de importantes desequilibrios espaciales. Los mismos se manifiestan en las heterogeneidades e intencionalidades presentes en la evolución del proceso histórico, en la distribución de la población, en las actividades económicas, en la provisión y acceso a los

servicios públicos básicos, en la conectividad, entre otros, dando cuenta de las condiciones de vida de las personas. Específicamente, las inequidades en los sistemas de salud y el acceso a dichos servicios incrementan la vulnerabilidad social según el lugar donde se vive, sumando a ello, la nutrida red de dimensiones analíticas que contribuyen al estudio de las desigualdades en los nacimientos y muertes de niños y niñas menores de un año (Velázquez, 1997).

Desde la perspectiva geográfica, los estudios de la mortalidad infantil en La Pampa, no abundan. De allí el interés de realizar esta investigación de carácter exploratoria y de análisis e interpretación de datos demográficos. Para ello, se apoya en la utilización de fuentes estadísticas brindadas por organismos provinciales, nacionales e internacionales y en las investigaciones académicas realizadas desde la perspectiva geográfica.

El recorte temporal se fijó a partir de contar con datos de dos censos nacionales consecutivos (2001 y 2010) y la disponibilidad de estadísticas vitales de procedencia confiable, emanadas de organismos públicos (Subsecretaría de Estadísticas y Censos de La Pampa)<sup>1</sup> y ministerios de salud de Argentina y La Pampa.

El análisis parte de una escala global donde se analizan, brevemente, los desequilibrios de la mortalidad infantil en las distintas regiones del mundo. Posteriormente, se aumenta el foco hacia la región latinoamericana, para poder comparar los países de la región con la Argentina. A partir de una breve reseña histórica sobre la evolución del comportamiento de las tasas, se identifican los diferentes tipos de mortalidad infantil, las causas y su reducibilidad (muertes infantiles evitables y no evitables).

En el caso del estudio particular de la provincia de La Pampa, se realiza una descripción y análisis de los datos para luego tabularlos en función del límite temporal. El análisis de los desequilibrios se hace tanto en números absolutos como en tasas para luego compararlos con los guarismos a escala nacional, regional y global.

Los interrogantes que guiaron la investigación fueron: ¿Cuál fue el comportamiento de la mortalidad infantil en La Pampa durante el periodo 2000-2019? ¿Cómo es su distribución espacial a escala departamental? ¿La mortalidad infantil en La Pampa tiene el mismo comportamiento que a escala mundial, latinoamericana y nacional? ¿Existe relación entre la ocurrencia de la mortalidad infantil y los espacios con menor población? ¿Existen focos o centros con alta mortalidad infantil? ¿Cómo se comporta la ocurrencia de la mortalidad infantil en

---

<sup>1</sup> En 2020, la Dirección Provincial de Estadísticas y Censos de La Pampa adquirió el rango de Subsecretaría de allí que las referencias en cuadros y figuras pueden indicar a uno u otro organismo según cuál haya brindado los datos.

relación con los desequilibrios espaciales en La Pampa? ¿Son necesarias las políticas públicas orientadas a erradicar los desequilibrios que se observan en los espacios geográficos?

Hipotéticamente se plantea que la evolución de la mortalidad infantil en La Pampa a escala departamental, en un período de 20 años, muestra desequilibrios espaciales vinculados con factores exógenos que desencadenan el deceso de niños y niñas menores de un año. La ocurrencia reconoce, en los espacios geográficos, que el comportamiento de estos factores es más frecuente en áreas donde la salud pública no logra llegar o su presencia es baja. Dentro de estas dificultades, las áreas con mayores distancias a centros de salud de mayor complejidad son las más vulnerables. Estas áreas, coinciden también, con aquellas que muestran indicadores sociales y culturales más bajos (analfabetismo, Necesidades Básicas Insatisfechas, calidad insatisfactoria de la vivienda, acceso al agua potable, entre otros).

De esta manera, el objetivo general de esta investigación es analizar la evolución cuantitativa de la mortalidad infantil en la provincia de La Pampa en el periodo 2000-2019 así como sus desequilibrios internos. Entre los objetivos específicos se pretende recuperar la información estadística para construir el proceso evolutivo de la mortalidad infantil en La Pampa (general, por departamentos y zonas sanitarias) en los últimos veinte años; comparar la mortalidad infantil de La Pampa, Argentina y Latinoamérica para identificar procesos similares o diferenciales de ocurrencia y establecer comparaciones e identificar los desequilibrios espaciales y sus causas.

## **1.2. Organización de la presentación**

El trabajo se organiza en ocho capítulos. El primero es de carácter introductorio, y expone sucintamente, el problema de investigación, los interrogantes y objetivos. En el capítulo 2 se exponen las referencias teóricas que estructuran la investigación, como también un breve recorrido por el estado de la cuestión, a diferentes escalas, especialmente la provincial. En el capítulo 3 se describe la estrategia metodológica utilizada, puntualizando en la elección de los métodos y técnicas seleccionadas. En el capítulo 4, se caracteriza brevemente la situación de la mortalidad infantil en el mundo, Latinoamérica y Argentina a partir de identificar las tipologías, características y causas que intervienen en la evolución de la ocurrencia, durante el período 2000-2019.

En el capítulo 5, se describe la situación de la mortalidad infantil a escala provincial así como las características para identificar los desequilibrios espaciales de su ocurrencia. Para ello,

siguiendo la metodología cuantitativa, se realiza una descripción de la evolución anual, por quintiles y agrupada de cada departamento y se elaboran los mapas temáticos que permiten analizar los desequilibrios. En el capítulo 6, también de análisis cuantitativo, se describe la progresión de manera individual de la MI por departamento, comparando con el promedio provincial y nacional. Por su parte, el capítulo 7 contiene un análisis por zona sanitaria en la provincia y un breve análisis de los testimonios obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a referentes de las zonas sanitarias. Esta perspectiva, permite recuperar los datos estadísticos a distintas escalas espaciales, a efectos de ofrecer una visión integral del manejo de los números y la implicancia analítica que conlleva.

En el capítulo 8 se analizan las condiciones socioculturales de los espacios en los que ocurre la mortalidad infantil, a efectos de identificar la influencia de éstas sobre los desequilibrios espaciales y viceversa. Para ello se analizaron las variables cobertura de salud, analfabetismo, calidad de la vivienda, acceso al agua potable y necesidades básicas insatisfechas, estableciendo comparaciones a escala nacional, provincial y departamental.

Por último, se esbozan las conclusiones de la investigación, una breve reflexión final y propuestas para continuar investigando sobre la temática.

## CAPÍTULO 2

### CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

#### 2.1. Hacia una teoría para el estudio geográfico de las poblaciones y de la mortalidad infantil

“El espacio geográfico ha sido explorado como evidencia de las inequidades en salud (...) mostrando importantes variaciones en la probabilidad de vivir y morir” (Chamizo García y Behm Ammazzini, 2014, p 1), expresando una multiescalaridad de la ocurrencia de los hechos geodemográficos. Esta manifestación, es una muestra de las desigualdades en la distribución y acceso a los recursos (Goebert, *et al.*, 2012) que se revela en los distintos espacios geográficos y afecta de manera diferente de acuerdo a la vulnerabilidad de las poblaciones, sobre todo de la niñez y de las madres.

Las dinámicas de las poblaciones, reestructuran las formas de abordar las diferentes dimensiones del análisis geográfico, configurando nuevas estrategias de abordaje crítico. Desde la visión de Milton Santos “el objeto de estudio de nuestra ciencia, el espacio geográfico, en cuanto resultante de las manifestaciones sociales a través del tiempo, presenta una compleja dinámica que necesita ser interpretada a partir de una clara definición de sus categorías analíticas” (Santos; 1990, p. 133). En este sentido, el autor propone:

(...) una interpretación basada en “la totalidad” del espacio, dando cuenta de la convergencia de objetos materiales y relaciones inmateriales que presentan contradicciones internas. De este modo, los objetos necesitan analizarse junto con las acciones y viceversa. Los sistemas de objetos condicionan las acciones y éstas posibilitan la construcción de nuevos objetos o transforman los existentes (Santos, 2000, p. 342).

La teoría social crítica pone el acento en el estudio de la pobreza, las desigualdades sociales y espaciales, las minorías y el acceso diferencial a los recursos en el contexto de la evolución del sistema capitalista (Peet, 1998). Desde esta perspectiva, el estudio de las problemáticas de investigación adopta “una actitud crítica hacia las formas de vida existentes y hacia las filosofías de las ciencias dominantes y por su exigencia de un cambio fundamental (Peet, 1977, citado en Ortega Valcárcel, 2000, p. 326). En ese sentido, la Geografía se coloca en una posición de

identificar las intencionalidades político-ideológicas para analizar, interpretar y comprender los hechos espaciales y, particularmente, los demográficos. Desde la perspectiva de Henry Lefebvre (1974) los espacios, como productos sociales, resultan de procesos vinculados con las fuerzas productivas y las relaciones de reproducción en correspondencia con las prácticas sociales.

En el contexto de la evolución teórica y epistemológica de la Geografía, los estudios de la población prosperaron desde sus perspectivas más clásicas y ecológicas (George, 1971, Sauvy, 1983, Trewartha, 1873, entre otros) hacia enfoques más críticos dentro de la teoría espacial. Los primeros aportes se orientaron hacia el estudio del volumen, la distribución y el comportamiento de las poblaciones en relación con el medio natural (George, 1971), dando cuenta del carácter ecológico de estas primeras contribuciones. Las reflexiones epistemológicas aparecen hacia la década de 1980 donde diversas corrientes adoptan “de manera casi unívoca el estudio de las diferenciaciones espaciales para comprender las diversidades y los contrastes geográficos de las poblaciones” (Dillon, 2009, p. 59).

El pluralismo conceptual del estudio de las geografías de las poblaciones (García Ballesteros, 1986) incluyó, también, el carácter abstracto y cuantitativo necesario para las investigaciones (Derrau, 1981, Noin, 1979). La aceptación casi unánime de la pluralidad de enfoques para el análisis geográfico de las poblaciones fue considerada “peligrosa” (García Ballesteros, 1986) en la medida que puso freno al debate epistemológico y condujo, en principio, a un eclecticismo aún debatido al interior de la subdisciplina (Sarrible, 1998, Dillon, 2022b).

Por su parte, Rafael Puyol (1995) admitió que el estudio de las geografías de las poblaciones integra los componentes cualitativos y cuantitativos de los diferentes procesos relacionados con la dinámica demográfica. En ese sentido, la definió como “la retroacción entre la dinámica espacial y la dinámica demográfica, entre las configuraciones espaciales y las estructuras de las poblaciones, en la influencia diferencial del espacio según la escala y la dimensión temporal” (Puyol, 1995, p. 53).

Hacia fines de 1980, se comenzó a reclamar por enfoques más críticos que, desde la geografía social enriquecieran el marco conceptual y metodológico de las geografías de las poblaciones, con el convencimiento de que los “problemas demográficos no pueden disociarse de los sistemas sociales, económicos, culturales y políticos en que acaecen” (García Ballesteros, 1986, p. 198).

Desde la década de los 90 y hasta la actualidad, intensos debates han mostrado una geografía de la población que incluye miradas plurales, que evitan los reduccionismos y, por el contrario, adoptan de los diferentes enfoques epistemológicos sus formas de abordaje conjuntamente con

nuevas miradas, nuevas ideas y formas de estudiarlos. En este contexto, el giro cultural desde la perspectiva epistemológica y los sistemas de información geográfica como herramientas de procesamiento y representación cartográfica de los datos, han sido aportes fundamentales para el fortalecimiento de los estudios de las geografías de las poblaciones (Dillon, 2022b, p. 40).

Según la mencionada autora, desde su institucionalidad académica en tiempos de posguerra (décadas de 1950-1960) y hasta fines del siglo XX, las geografías de las poblaciones se nutrieron de las miradas hegemónicas impuestas desde los centros y organizaciones de poder. En la actualidad, nuevas voces y miradas enriquecen el campo conceptual de los estudios de población que suponen abordajes complejos, multidimensionales y multirrelacionados, atentos a los desequilibrios, la eliminación de las miradas binarias, la inclusión de las disidencias, las multiculturalidades y las otredades, entre otras, que le otorgan resignificación a las investigaciones (Dillon, 2022b).

Específicamente, y como parte del contenido de la Geografía de la población, las visiones geográficas clásicas incluyeron el estudio de las geografías médicas que vinculaban la ocurrencia de las morbilidades con el entorno, situando el origen de las enfermedades en factores externos, tanto físicos como sociales. Las topografías médicas (Urteaga, 1980) se centraron en la influencia del medio natural sobre las sociedades, centrándose en un aspecto, el patológico (Ortega Valcárcel, 2000).

El pasaje de una geografía médica a una geografía sanitaria propuso un nuevo enfoque para el estudio de la salud vinculado con el bienestar de las poblaciones. De esta forma, se revalorizó el concepto integral de ambiente en el que las cuestiones de salud se enlazan con el “equipamiento social de carácter sanitario y asistencial (...), el desarrollo y características de los centros hospitalarios y el acceso a las coberturas de salud”; así como, el abastecimiento de agua potable, el tendido de redes de saneamiento, entre otros. Se trata de identificar la ocurrencia de las enfermedades y muertes con hechos causales de incidencia espacial (Ortega Valcárcel, 2000, p. 397). La satisfacción de las necesidades básicas (salud, educación, vivienda, sanidad ambiental - colectiva e individual-, entre otras) y el estudio de la pobreza se constituyeron en las dimensiones de análisis fundamentales para el estudio geográfico de las poblaciones.

En ese sentido, la ocurrencia de la mortalidad general y de la mortalidad infantil, en particular, debe ser estudiada “en el contexto de una teoría social” (Velázquez, 1997, p. 13), donde múltiples factores, variables y dimensiones analíticas, juegan un papel relevante en la génesis y ocurrencia de los decesos y cuyos contrastes se manifiestan espacialmente. Factores tales como

la ocupación, el nivel de ingresos, la instrucción, la nutrición, la vivienda, el acceso a la asistencia médica, las desigualdades de géneros entre otros, dan cuenta de las diferenciaciones espaciales de la mortalidad general e infantil. En líneas generales, la extrema desigualdad espacial y la pobreza exponen a límites más acotados a la esperanza de vida de las poblaciones:

En la población pobre, concurren habitualmente varias circunstancias: escasez de ingresos, analfabetismo, desnutrición, vivienda inadecuada, insuficiente acceso a la educación y capacitación técnica, deficiente sistema sanitario y graves dificultades de acceso a la atención de la salud, limitado acceso al agua potable y a los sistemas de saneamiento, entre otros (Abellán, 1993, p. 37).

No es posible comprender la mortalidad infantil realizando un análisis aislado, puramente demográfico o de ocurrencia biológica. Abordar dicho indicador desde un enfoque geográfico, implica reconocer la multidimensionalidad y la multiescalaridad que presenta la muerte de niños y niñas en los espacios geográficos. En una provincia tan compleja, como La Pampa, en cuanto a su distribución poblacional y sus condiciones espaciales diferenciales, es necesario analizar la mortalidad infantil como la resultante de procesos diversos que incluyen las condiciones económicas y socioculturales de las poblaciones en sus diversos espacios:

El espacio es un producto social y para su estudio es necesario identificar los grupos poblacionales para luego analizar sus comportamientos demográficos, las relaciones y componentes internos y como éstos se materializan en el espacio modificando su dinámica y, a su vez, como esta dinámica influye en tales comportamientos (Lausirica, 2009, p. 107).

Desde esta perspectiva, el Estado desempeña un papel relevante como modelador y ejecutor de políticas que impactan en los diferentes indicadores demográficos, específicamente en la acción u omisión de políticas públicas destinadas a evitar, mitigar o, en su defecto, aumentar, el riesgo de morir durante el primer año de vida. La población infantil representa el grupo poblacional más vulnerable debido a su dependencia de las personas adultas y de los espacios donde nacen. Las muertes de niñas y niños menores de un año resultan del reflejo de diferentes factores biológicos, ecológicos, sociales, económicos, políticos y territoriales. Para Abellán (1991), los factores biológicos que afectan la mortalidad infantil pueden presentar diferencias según etnias, sexo, edad y el tipo de alimentación, entre otros.

Por ello, en el estudio de la mortalidad infantil, se deben identificar las causas que produjeron el deceso, tanto las endógenas (escasas veces evitables) y las exógenas (mayormente evitables), las que dependen de factores espaciales externos.

Desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo, la mortalidad infantil está estrechamente relacionada con la natalidad y la fecundidad<sup>2</sup>, pudiendo ser expresada en tasas o índices dependiendo de la necesidad de la investigación.

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), se calcula a partir del número de muertes de niños/as ocurridas en el transcurso de un año en relación con los/las nacidos/as vivos/as, multiplicando este resultado por mil (‰). Esta tasa, resulta un indicador relevante del estado de salud de las niñas y niños menores de un año, de las madres y de la población en general según el lugar en el que habitan. “Además, es un indicador sensible de la accesibilidad y la calidad de los sistemas de servicios de salud” (Finkelstein, *et. al*, 2015, p. 1) y, en su ocurrencia, intervienen diferentes causas que, operacionalmente, se vinculan con el momento de la muerte.

Debido a la complejidad de su ocurrencia, para su estudio se la divide en diferentes categorías: perinatal; neonatal y postneonatal<sup>3</sup>. La mortalidad perinatal representa toda defunción desde las 28 semanas de gestación hasta las veinticuatro (24) horas del nacimiento. Es un indicador que se utiliza a nivel global, nacional y local, ya que refleja de manera directa la atención pre-natal, como también la salud materna y las condiciones del entorno donde vive<sup>4</sup>. La mortalidad neonatal cuantifica las defunciones dentro de los primeros veintisiete (27) días posteriores al nacimiento<sup>5</sup>. Esta mortalidad representa el principal componente dentro de la mortalidad infantil, ya que registra alrededor del 50% de las defunciones. Este indicador se subdivide en dos momentos: mortalidad neonatal precoz, que abarca desde el nacimiento hasta los siete (7) días de vida y la mortalidad neonatal posterior, que va desde la primera semana de vida hasta el primer mes. En este tipo de mortalidad prevalecen los determinantes vinculados con los servicios de salud (controles en el embarazo, parto y de los neonatos y las neonatas).

La mortalidad postneonatal incluye el análisis de las defunciones entre 28 a 365 días<sup>6</sup>. Está ligada, mayormente, a condiciones externas, vinculadas con los contextos de vida de las madres y de las niñas y niños. Las causas principales son los factores externos, tanto estructurales como coyunturales (espaciales, ambientales y socioeconómicos) vinculados con la alimentación, la

---

<sup>2</sup> Natalidad: refiere a la cantidad de nacimientos ocurridos en un año en un determinado lugar y la fecundidad hace referencia al promedio de hijos por mujer, en edad reproductiva.

<sup>3</sup> En algunas investigaciones se toma como postneonatal desde el primer mes de vida hasta los 5 o 9 años, según la necesidad de los estudios y el direccionamiento de las políticas destinadas a la reducibilidad de la ocurrencia.

<sup>4</sup> La Tasa de mortalidad perinatal (TMP) se calcula dividiendo el número de defunciones perinatales sobre el total de nacimientos por 1000 (‰).

<sup>5</sup> La tasa de mortalidad neonatal (TMN) se calcula dividiendo en número de defunciones neonatales sobre el total de nacimientos por 1000 (‰).

<sup>6</sup> La tasa de mortalidad postneonatal (TMP) se calcula dividiendo el número de defunciones postneonatal en un año sobre el número total de nacimientos en un año por 1000 (‰).

ocurrencia de enfermedades infecciosas, la atención de la salud, los cuidados y la ocurrencia de accidentes, entre otras).

A nivel mundial, existen variadas investigaciones sobre esta problemática, abordadas tanto como estudios de caso o como la evolución a nivel mundial, regional, nacional y jurisdiccional-local. Desde los organismos internacionales se examina, permanentemente, la evolución de la mortalidad infantil a efectos de comprender las múltiples realidades y poder planificar estrategias a futuro para su descenso.

Una condición destacada en el análisis de la mortalidad infantil se relaciona con el criterio de reducibilidad de las causas que provocaron el deceso. Se parte de la base de que la MI es, en la mayoría de los casos, un hecho evitable que depende de externalidades que afectan a las madres y a las infancias según el lugar donde viven<sup>7</sup>.

Diferentes estudios realizados por las Naciones Unidas (ONU, 2015) proponen que la MI está sujeta a condiciones externas, las cuales dependiendo de su tratamiento configuran realidades diferentes. En la actualidad, se registran más de 20 millones de nacimientos de los cuales 9 millones culminan en defunciones infantiles, lo que representa que 9 de cada 20 nacimientos serán decesos de niños y niñas en cualquier estadio del primer año de vida (perinatal, neonatal y postnatal). Los desequilibrios espaciales muestran las probabilidades de supervivencia y/o muerte de las niñas y niños, según el lugar donde nacen (Velázquez, 1997).

El acceso al agua potable, la vivienda digna, vestimenta, saneamiento ambiental -en especial el manejo y disposición final de los residuos sólidos-, la alimentación adecuada, la educación, entre otros son premisas indispensables para la reducción de la mortalidad infantil de manera sostenible. La accesibilidad a los servicios de salud, acceso con calidad, equidad y oportunidad, que tiene mucho que ver con el entorno socioeconómico, ejerce una influencia indiscutible en el

---

<sup>7</sup> La clasificación de las causas de muerte según criterios de reducibilidad tiene como objeto detectar problemas, sustentar la toma de decisiones y guiar las actividades, de forma tal que faciliten la instrumentación de medidas correctivas adecuadas. En la Argentina esta clasificación comenzó a usarse a partir de 1985. Esto permitió que los datos elaborados de esta forma pudieran ser utilizados para orientar las acciones sectoriales en el área materno-infantil, guiar la normatización de las patologías prevalentes en el medio y sustentar la planificación y programación de actividades y servicios. En 1996, el agrupamiento de causas de muertes infantiles vigente fue revisado y reformulado, considerando las innovaciones tecnológicas y científicas y los cambios en las modalidades de atención ocurridos desde 1985. Se definieron diferentes causas de muerte para el período neonatal (0 a 27 días) y para el período post-neonatal (28 a 365 días). Dos grandes grupos de causas integran esta clasificación: reducibles (que incluye las defunciones cuya frecuencia podría disminuirse, en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas, fundamentalmente a través de los servicios de salud) y difícilmente reducibles (que incluye las defunciones que en la actualidad no pueden ser evitadas). En 2011, el agrupamiento de causas de muertes infantiles vigente fue nuevamente revisado y reformulado, considerando las innovaciones tecnológicas y científicas y los cambios en las modalidades de atención ocurridos desde 1996. (...) En 2017 se realizó una nueva modificación a fin de actualizar la Clasificación de Criterios de Reducibilidad (Ministerio de Salud, 2018, pp. 35-36).

comportamiento de los indicadores (Banco Mundial, 2017).

En el año 2000, Argentina asumió, ante la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015), el compromiso de alcanzar, para 2015, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que proponen reducir la mortalidad infantil y de menores de 5 años, en dos tercios y reducir en 10% la desigualdad entre provincias (Brisson, García Conde y Di Pietro, 2014). Según el estudio realizado por Juliana Finkelstein, Mariana Duhau, Ana Speranza, Élica Marconi y Paola Escobar (2015, p. 7), se tiene:

Desde 1990 y hasta 2013, en Argentina, se constató un descenso en la mortalidad infantil en cada uno de sus componentes (en la TMI el descenso fue del 57,8%; en la TMN, del 52,6%; y en la TMP, del 63,8%). En el año 2013, se registró una TMI de 10,8‰, una TMN del 7,4‰ y una TMP de 3,4‰, que parecería insuficiente para alcanzar las metas fijadas por los ODM, que implican alcanzar, para el año 2015, una TMI de 8,5‰, una TMN de 5,2‰ y una TMP de 3,2‰.

El último informe emitido por el Ministerio de Salud de la República Argentina, indica que en el transcurso del 2018, se registraron 6.048 defunciones de menores de 1 año, lo que resulta en una TMI de 8,8 defunciones cada 1.000 nacimientos. La tendencia es a la baja, y representó para este año un 5% menos de la registrada en 2017 (9,3‰). El componente neonatal y el postneonatal mostraron descensos cercanos al 26% y al 35%, respectivamente, en el período 2007-2018 (Ministerio de Salud, 2020).

Con respecto a las causas de la ocurrencia el 55% de los decesos se produjo por causas reducibles (evitables) provocadas por afecciones ocurridas preferentemente en el embarazo (4,7%), referentemente en el parto (0,8%) y preferentemente en el recién nacido (27,4%)<sup>8</sup>.

La Provincia de La Pampa<sup>9</sup>, no es ajena a estos indicadores. Los desequilibrios espaciales en la distribución de la población y en la satisfacción de las necesidades básicas, el bajo crecimiento vegetativo, la movilidad interna –principalmente rural-urbana- provocan efectos diferenciales en la ocurrencia de la mortalidad infantil (Dillon, 2009). El análisis de estos desfasajes será abordado en este estudio juntamente con el carácter evolutivo de la ocurrencia interrelacional de los hechos sociodemográficos.

## 2.2. Antecedentes del estudio de la mortalidad infantil en La Pampa

<sup>8</sup> En el capítulo 4 se realizará un análisis detallado de la causas de la ocurrencia de la mortalidad infantil en Argentina.

<sup>9</sup> Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2010 (INDEC, 2010), la población total de La Pampa ascendió a 318.951 habitantes. Con un peso demográfico respecto del total del país del 0,8%. La Pampa se ubica en el tercer lugar de las provincias con menor población del país

Tal como se ha indicado, “son los hechos humanos (económicos, sociales, políticos, culturales) en su acción combinada a lo largo del tiempo los que explican los grandes desequilibrios en la distribución, estructura demográfica y dinámicas poblacionales” (Dillon, 2009, p. 49). Cada uno de los factores y estados de la población son influenciados por las particularidades espaciales. Estos conceptos asociados con el proceso de conformación del espacio pampeano configuraron la incidencia de los desequilibrios sociodemográficos. Según la autora, la distribución poblacional de la provincia respondió a un modelo de organización y dinámica espacial de carácter extractivista que generó la apropiación diferencial de los recursos entre la porción oriental y occidental pampeana. La isohieta de los 500mm (límite ecológico del cultivo del secano), se utilizó como barrera ideológica que contribuyó a los desequilibrios espaciales y, por ende, impactó e impacta en toda la dinámica demográfica provincial (Dillon, 2016). Estas breves consideraciones sirven de marco para la construcción hipotética que guía esta investigación.

Como se ha mencionado, los estudios académicos de la mortalidad infantil en la provincia de La Pampa, desde la perspectiva geográfica son contados. La indagación bibliográfica permitió recuperar las contribuciones realizadas por Claudia Lausirica (2009 y 2013), desde donde se analiza la ocurrencia de los casos en relación con los factores sociales, económicos y ambientales que dan cuenta de las diferenciaciones espaciales de su ocurrencia. Además, la autora indagó acerca del impacto de los programas materno- infantiles en la disminución de las causas evitables de la MI en la zona sanitaria I. En sus consideraciones finales, la autora plantea que la mortalidad infantil sostiene un descenso continuo en la provincia, aunque resalta las desigualdades observadas a escala departamental, a su vez que recomienda la revisión en el diseño y aplicación de políticas sociales vinculadas con los planes materno-infantiles.

En ese sentido, el estudio geográfico de la MI en La Pampa necesita de una actualización de sus análisis en virtud de los nuevos avances en la producción de datos y, sobre todo en el análisis de los desequilibrios que aún subsisten más allá que se puedan evidenciar descensos en las tasas generales. Se considera que la siguiente investigación además de generar nuevos conocimientos, tiene el carácter de innovador dentro de las investigaciones geográficas, para comprender más las realidades actuales y proyectar los posibles escenarios y orientar las políticas públicas teniendo en cuenta las particularidades de los territorios.

## CAPÍTULO 3

### METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

Por tratarse de un trabajo exploratorio, la metodología y las técnicas utilizadas se enmarcan dentro de las perspectivas integradas, aunque prevalece el método y las técnicas cuantitativas. Se trata de una investigación básica que provee de insumos a otras investigaciones que profundicen las problemáticas geográficas vinculadas con la ocurrencia de la mortalidad infantil. De esta manera, los datos cuantitativos remiten a consideraciones descriptivas vinculadas con la evolución, tendencias, identificación y distribución espacial de los casos de mortalidad infantil a diferentes escalas, especialmente enfocado en la provincia de La Pampa.

Por otro lado, el carácter geográfico de la ocurrencia de la mortalidad infantil requiere de análisis que recuperen el impacto de las condiciones endógenas y exógenas que contribuyen a la muerte de niños y niñas menores de un año (Barría y Vanegas, 2012).

La necesidad de analizar y comprender la mortalidad infantil como fenómeno espacial, encontró, durante muchos años, un obstáculo en la disponibilidad de datos estadísticos homogéneos según la escala de análisis. En sus investigaciones, durante la década de los noventa, Guillermo Velázquez (1997, p. 14) manifestaba: “a medida que aumenta el nivel de análisis espacial también lo hace la homogeneidad y significación social pero disminuye la información disponible”. Según el autor, hasta entrados los años dos mil, las estadísticas de la mortalidad infantil desagregada adolecían de errores debido a las dificultades en la carga de datos sobre todo si se trataba de hechos ocurridos en áreas rurales dispersas.

Desde el punto de vista estadístico, los hechos vitales son todos los acontecimientos relacionados con el comienzo y fin de la vida de las personas. Desde 2003, el sistema estadístico de Argentina ha evolucionado y, actualmente, la recolección y acceso a los datos vitales son gestionados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. La obtención de los datos supone el cumplimiento de una serie de procedimientos a nivel local, jurisdiccional y nacional:

- ✓ Nivel local: recolección de datos normatizados, recopilación y transmisión de los datos al nivel jurisdiccional.
- ✓ Nivel jurisdiccional: recepción, control, codificación, ingreso y elaboración de los

datos, suministrando anualmente los archivos al nivel nacional.

✓ Nivel nacional: la DEIS, como responsable del Sistema Estadístico de Salud (SES), es la encargada de elaborar las estadísticas sobre hechos vitales para el total del país, su publicación y difusión (Ministerio de Salud, DEIS, 2018, p. 11).

Los datos de defunciones perinatales, neonatales y posneonatales se registran según el lugar de residencia habitual de la madre, el que, no necesariamente, se corresponde con el lugar donde ocurrió la muerte. Además, se registra el sitio donde ocurrió el hecho (establecimiento de salud público o privado) o si fuera una vivienda o domicilio particular así como, si ocurrió en algún otro lugar (a bordo de un transporte, en la vía pública, en la cárcel, en el lugar de trabajo, etc. o si se ignora). Las estadísticas vitales registran también las causas de la muerte y otros indicadores relacionados con la situación previa al alumbramiento y las condiciones de vida materna (educación, condición de jefa de hogar, ingresos, etc.).

De esta manera, la producción, registro y difusión de los datos vitales ha logrado una mejora sustancial en los últimos veinte años. Con los datos fehacientes obtenidos, se requiere que las investigaciones, precisen el tratamiento y análisis de los mismos a efectos de lograr resultados significativos y estadísticamente veraces. En este sentido, el proceso de recolección de datos estadísticos se realizó a partir de fuentes emanadas de organismos oficiales: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Ministerio de Salud de la Nación (Sistema Estadístico de Salud - SES- y Dirección de Estadísticas e Información de Salud -DEIS-); Ministerio de Salud y Subsecretaria de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

“La interpretación de indicadores tan sensibles desde el punto de vista espacial, como es el caso de la mortalidad infantil, puede hacernos incurrir en errores si no se utilizan los métodos y técnicas adecuados para su análisis” (Dillon, 2009c, p. 80), de allí la importancia de la interpretación de los datos y su correlación espacial. En este sentido, la autora propone recuperar el concepto y proceso metodológico de “áreas menores” propuesto por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Centro Latinoamericano de Demografía (CEPAL-CELADE) (Álvarez, 2001) para el tratamiento de los datos de aquellas jurisdicciones que se corresponden con escalas departamentales y/o zonas sanitarias, que se utilizan para este estudio. El estudio de áreas menores, desde la visión de Beatriz Dillon (2009c), genera el marco metodológico para analizar y comprender las realidades de sectores con escasa densidad de población, tanto sean áreas rurales agrupadas como dispersas, como ocurre en algunas zonas de la provincia de La Pampa. Esta propuesta permite abordar las condiciones necesarias para lograr vincular las variables demográficas con los territorios de menor superficie y menos poblados así como lograr

reconocer y analizar las diferentes transformaciones del espacio geográfico, sus particularidades y desequilibrios. En este sentido, la propuesta metodológica propone que los datos registrados, deben analizarse en espacios temporales de por lo menos 10 años o más, debido a las irregularidades que muestra la ocurrencia de los casos, la extrema desagregación espacial y la estrecha relación entre la mortalidad infantil y la natalidad.

Para la caracterización a escalas mundiales y latinoamericana se recurrió a datos actualizados provistos por la Organización de las Naciones Unidas a través del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (ONU-UNICEF); el Banco Mundial, la Organización no Gubernamental *Humanium*, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la CEPAL-CELADE. A partir de los datos, se describió e interpretó la información para comprender la situación de la provincia de La Pampa respecto de la mortalidad infantil y de los indicadores seleccionados para abordar el estudio de los desequilibrios espaciales.

El universo estudiando se corresponde con las defunciones infantiles durante el período 2000-2019 inclusive, las causas de los decesos así como los indicadores que indican la situación previa de los hogares que integran las madres (cobertura de salud, analfabetismo, calidad de la vivienda, acceso al agua potable y necesidades básicas insatisfechas). Este recorte temporal, se adoptó bajo dos premisas: por un lado, la disponibilidad de información de calidad a escala jurisdiccional (provincias/departamentos/zonas sanitarias) y por otro, como se ha mencionado, a partir de retomar los conceptos y métodos para la medición y análisis de indicadores desagregados según “áreas menores”.

Con los datos tabulados, se procesaron gráficos y se elaboró la cartografía a partir de los Sistema de Información Geográfica (SIG)<sup>10</sup>. Para Gustavo Buzai (2015, p.24), “la objetividad necesaria para la aplicación de la geografía cuantitativa, se obtiene, primero, mediante procedimientos matemáticos analógicos y, actualmente, través de la aplicación de los SIG”. Esta forma de combinar la geografía cuantitativa y la tecnología permite un mejor reconocimiento de la problemática a investigar así como la manipulación de modelos teóricos para poder hacer más comprensible la información obtenida; la utilización de distintas variables y el desarrollo de una transversalidad plasmada en el territorio.

De esta manera, los indicadores seleccionados son presentados mediante tablas y representados en gráficos. La cartografía se elaboró a partir de los datos tratados con QGIS (SIG

---

<sup>10</sup> Sistema de Información Geográfica (SIG) es un software específico que permite a los usuarios crear consultas interactivas, integrar, analizar y representar de una forma eficiente cualquier tipo de información geográfica referenciada asociada a un territorio, conectando mapas con bases de datos.

libre y de código abierto). Los SIG, facilitan el procesamiento de información espacial y su representación a través de entidades espaciales como punto, línea y polígono. La visualización de los resultados, durante la fase de análisis, se realizó a través de mapas de coropletas para facilitar su interpretación y comprensión.

La procedencia de los diferentes estudios previos es de naturaleza variada, desde investigaciones particulares de tipo local, hasta informes oficiales a nivel global sobre la mortalidad infantil. El análisis de la bibliografía y de los datos estadísticos se dividió en cinco etapas: la primera consistió en un profuso rastreo de los estudios previos realizados a diferentes escalas y especialmente en la provincia de La Pampa; en la segunda se realizó un ordenamiento y clasificación de la documentación, desde los estudios globales, luego regionales y por último locales. Durante la tercera etapa se realizó una selección de la documentación más apropiada para la investigación; mientras que en la cuarta etapa se procedió a un análisis de mayor profundidad de la documentación seleccionada, para el reconocimiento de tendencias, patrones, contradicciones y convergencias. Durante la última etapa se llevó a cabo un análisis cruzado y de comparación de la documentación en cuestión, tomando en cuenta la perspectiva multiescalar. Todos estos pasos abonaron a la investigación y al logro de los objetivos propuestos.

Desde la perspectiva cualitativa, se realizaron entrevistas semiestructuradas a las y los referentes de las zonas sanitarias de La Pampa con el propósito de responder al objetivo que pretende identificar las características particulares de cada una de ellas en función de la ocurrencia de casos de mortalidad infantil así como las particularidades espaciales de cada una. Taylor y Bogdan (1987) plantean que las entrevistas semiestructuradas son flexibles, dinámicas, no estandarizadas y abiertas. Para Kvale (1996), el propósito de éstas es obtener información de base sobre el espacio en el que actúan las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los procesos en su zona sanitaria. Las entrevistas se realizaron vía telefónica<sup>11</sup>

Finalmente, se puso especial atención en la articulación investigativa entre los propósitos de la investigación, las referencias teóricas y la metodología adoptada a fin de contribuir a la construcción de las evidencias empíricas a partir de la explicación de procesos y fenómenos que guiaron el abordaje del problema y el arribo a conclusiones.

---

<sup>11</sup> Debido a la ocurrencia de la pandemia del COVID 19 y en contexto de aislamiento, las entrevistas se realizaron vía telefónica, por lo que las preguntas fueron limitadas y sus respuestas dependieron del tiempo del que disponían los y las entrevistados/as., quienes se encontraban afectadas/os a la atención de otras enfermedades, especialmente COVID 19, al interior de sus zonas sanitarias

## CAPÍTULO 4

### LA SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL MUNDO, LATINOAMÉRICA Y ARGENTINA

#### 4.1. Breve análisis de la mortalidad infantil a escala mundial

A escala global, las causas que producen la muerte durante los primeros años de vida son variadas y están relacionadas con los desequilibrios espaciales, las desigualdades socioeconómicas, los problemas ambientales, el acceso a los servicios básicos y la infraestructura y los equipamientos de la salud. Si bien pueden estar influenciadas por aspectos biológicos, de carácter individual, la mortalidad infantil responde a factores estructurales que, además de los mencionados, incluyen las condiciones de vida y la situación sanitaria, en general; así como la educación y la situación de la salud sexual y reproductiva, en particular.

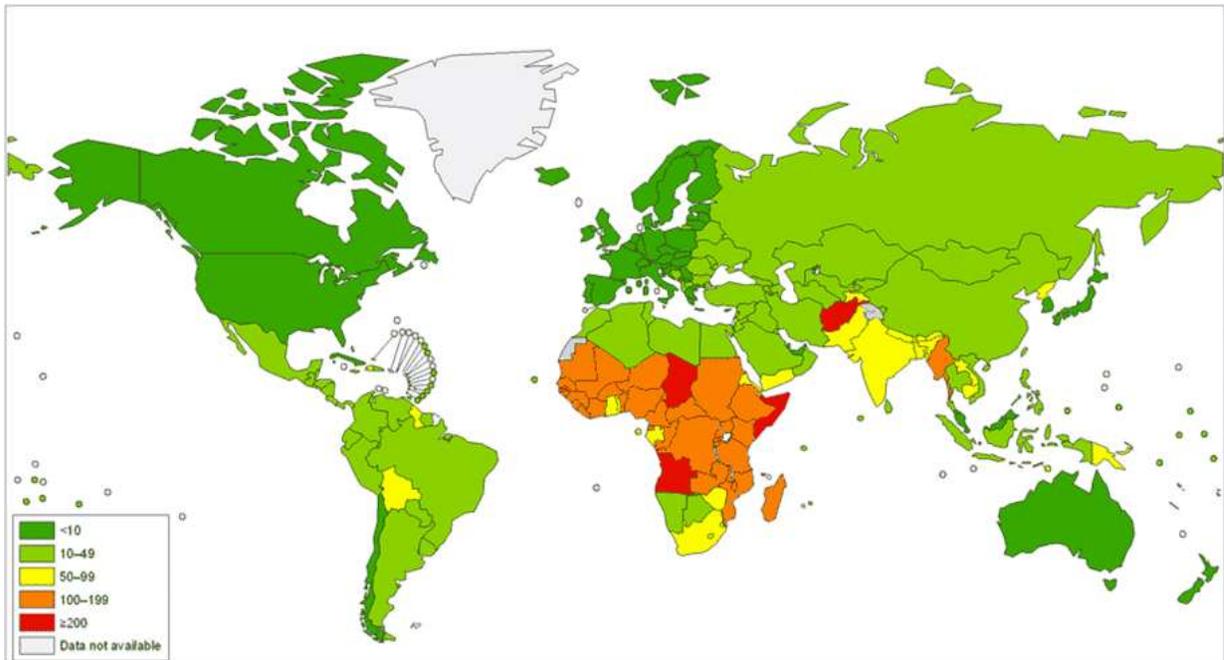
Al ser éste un rango de edad extremadamente vulnerable, la supervivencia infantil depende fuertemente de condiciones externas y, más que las condiciones de vida de una parte de la población, traduce las condiciones de la situación social y sanitaria del lugar donde se nace, se habita y también se muere (OMS, 2011).

Para la Organización no gubernamental *Humanium* (2012)<sup>12</sup>, aproximadamente nueve millones de niñas y niños menores de 5 años mueren anualmente en el mundo<sup>13</sup>. Esto es, la defunción de una niña o niño cada cuatro segundos. A pesar de esta situación, con cifras tan elevadas, la MI continúa su tendencia descendente mostrando entre 2000 a 2010, un descenso del 35%. Aun así, la distribución espacial de la mortalidad infantil muestra desequilibrios que se identifican en: países de mortalidad infantil elevada (más de 40‰); países de mortalidad intermedia (entre 10 y 39‰) y países de mortalidad infantil baja (tasas menores al 10‰) (Figura 2).

---

<sup>12</sup> *Humanium* es una ONG internacional, fundada en Ginebra (Suiza) en 2008. Tiene como propósito el bienestar de la niñez a partir de una mejora concreta en las condiciones de vida y los derechos básicos (<https://www.humanium.org/en/presentation/>).

<sup>13</sup> Muchos organismos internacionales (ONU, Banco Mundial, Humanium, entre otros) consideran a la mortalidad infantil como aquella que se produce antes de cumplir los 5 años de vida. En el caso de este trabajo se utiliza la definición convencional de muertes de niños/niñas menores de un año.



*Figura 2.* Distribución de las Tasas de Mortalidad Infantil en el mundo, 2020.

Fuente: Extraído de <https://www.humanium.org/es/enfoques-tematicos/salud/mortalidad-infantil/>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) y el Banco Mundial (2020), identifican los desequilibrios espaciales de la distribución mundial de las tasas de mortalidad infantil a partir de algunos puntos de importancia, reconociendo avances y carencias dentro de su ocurrencia:

- En 2017, la mitad de las muertes de menores de 5 años en todo el mundo se registraron en el África subsahariana y el 30%, en Asia meridional (ONU, 2018). Si bien en los países africanos situados al sur del desierto del Sahara, las tasas se han reducido un 48% desde 1990 a la actualidad, esta región continúa registrando los mayores valores con un promedio anual de 92 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa casi 15 veces más el promedio de los países de ingresos altos.
- Para 2020, Nigeria y Somalia registraban tasas de mortalidad infantil del 117‰; Chad, 114‰; Sierra Leona y República Centroafricana, 110‰; República Democrática del Congo, 85‰; Afganistán, 60‰ y Angola 75‰, siendo los países con mayores muertes infantiles (Banco Mundial, 2020). De esta manera, los niños y niñas nacidas en países con tasas superiores a cien muertes por cada mil nacimientos, tienen casi 100 veces más probabilidades de morir antes de cumplir los 5 años que quienes han nacido en los países con mayores ingresos.
- Ocho de los 60 países designados como "países de mortalidad elevada" han alcanzado ya, o incluso superado, la meta de los ODM (una reducción del 67%) para 2020. Estos países

- son: Malawi (72%), Bangladesh (71%), Liberia (71%), República Unida de Tanzania (69%), Etiopía (69%), Timor-Leste (68%), Níger (68%) y Eritrea (67%). Asia oriental, América Latina y el Caribe y África del Norte ya han conseguido reducir sus TMI de menores de 5 años, en más de dos terceras partes, desde 1990 a la actualidad.

Los desequilibrios espaciales dan cuenta de que la desigualdad de la ocurrencia es fruto de factores vinculados con la distribución de la riqueza, el nivel educativo y la localización geográfica (el riesgo de un niño o niña de morir aumenta si se nace en una zona rural con escasa accesibilidad, en un hogar pobre o de un grupo familiar y madres que no han recibido educación ni asistencia médica integral durante el embarazo, el parto y posparto y, en las/los recién nacidas/os, en el período perital, neonatal y postneonatal).

En cuanto a las causas, la desnutrición origina más de la mitad de todas las muertes infantiles mundiales (55%). Le siguen las enfermedades respiratorias (sobre todo neumonía) (19%), las enfermedades infecciosas y parasitarias (especialmente diarrea y septicemia) (16%), las complicaciones derivadas del nacimiento prematuro y del bajo peso al nacer, las complicaciones en el preparto y parto, entre otras. Estas causas, dan cuenta de la extrema influencia de agentes exógenos vinculados con la disponibilidad de alimentos, la imposibilidad de las madres de realizar lactancia materna prolongada; el saneamiento ambiental, en especial el manejo y disposición final de los residuos sólidos y el acceso al agua potable; la imposibilidad de contar con una vivienda digna y las deficiencias en vestimenta y calzado.

La alimentación adecuada (situación alimentaria de las madres y lactancia materna prolongada del infante); la atención de la salud de las madres (embarazo, parto y puerperio) y la atención prenatal, perinatal y postneonatal (controles ginecológicos, sistema de vacunación contra enfermedades infecciosas, entre otras) y la educación, son premisas de la salud integral y de la reducción de la mortalidad infantil de manera sostenible. La accesibilidad a los servicios de salud, acceso con calidad, equidad y oportunidad, se relaciona directamente con el entorno socioeconómico que ejerce una influencia indiscutible en el comportamiento del indicador.

La MI depende, directamente, de las condiciones generales del espacio geográfico e indirectamente de la natalidad y la fecundidad. Los desequilibrios en la fecundidad se advierten en las cifras; mientras que el promedio mundial es de 2,5 hijos promedio por mujer en edad reproductiva (MER), en los países del occidente y centro de África asciende a 5,1h/MER y en el África oriental y meridional a 4,4h/MER (ONU-División población 2018).

Sin embargo, el problema no se limita al control de la fecundidad y a la cantidad de hijos/as

promedio, sino a las condiciones de extrema desigualdad en que tanto las madres como las/los niñas/os viven<sup>14</sup>. La Dra. Princess Nono Simelela, subdirectora general de Salud de la Familia, la Mujer y el Niño de la OMS reconoce que:

Debemos dar prioridad a la tarea de proporcionar a las infancias acceso universal a servicios de salud de calidad, especialmente en el momento del nacimiento y durante los primeros años de vida, a fin de darles la mejor oportunidad posible de sobrevivir y prosperar (citada en UNICEF, 2018, p 32).

Al interior de los países y regiones se manifiestan también fuertes desequilibrios. Las tasas de mortalidad infantil (TMI) de las zonas rurales son, en promedio, un 50% superior a la de las niñas y los niños de las áreas urbanas. Además, las/los nacidas/os de madres sin educación poseen más del doble de posibilidades de morir antes de cumplir los cinco años que los nacidos de madres que han realizado estudios secundarios o superiores. El Banco Mundial (2019, p. 22), plantea que:

A pesar de los avances, todavía existen grandes disparidades en la supervivencia infantil por región. En 2018, se produjeron alrededor de 8 de cada 10 muertes de menores de 5 años en solo dos regiones: África al sur del Sahara (54%) y Asia meridional (28%). En África al sur del Sahara, 1 de cada 13 niños muere antes de cumplir 5 años y en Asia meridional, 1 de cada 24 niños.

Según el informe del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez (ONU-IGME, 2020, p. 2):

En 2018, 121 países ya habían alcanzado una tasa de mortalidad de menores de 5 años inferior a la meta de los Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) de 25 o menos muertes por cada 1000 nacidos vivos. De los 74 países restantes, 20 están en vías de lograr el ODS si se mantienen las tendencias actuales. Los avances se deben acelerar en 54 países para alcanzar dicha meta antes de 2030.

De esta manera, durante el periodo analizado en esta tesis (2000-2019) la evolución del promedio mundial de la TMI (menores de 5 años) manifestó un marcado descenso en la curva, partiendo desde el año 2000 con una TMI promedio de 52,8‰ a 2019 donde las tasas alcanzaron un promedio de 28,1‰ con una disminución acumulada del 24,6‰ (Figura 3).

---

<sup>14</sup> Si bien no es objeto de esta tesis, la distribución espacial de la mortalidad infantil mundial tiene un correlato directo con la distribución del mapa del hambre en el mundo, de allí que ésta sea la causa de la mitad de las muertes infantiles y de madres

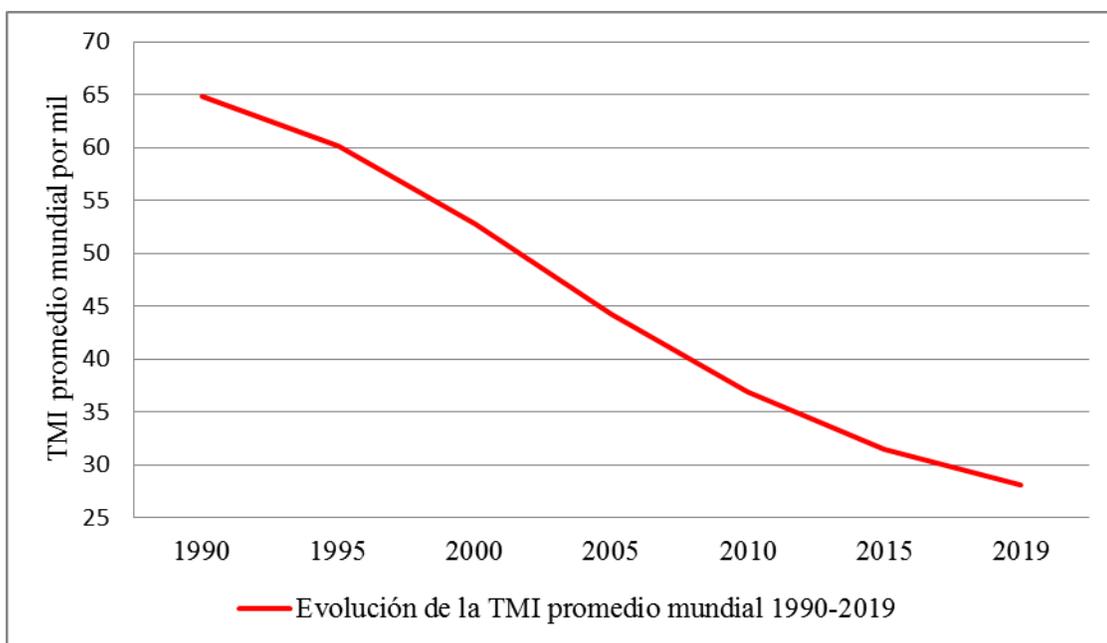


Figura 3. Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en el mundo durante el período 1990-2020.  
Fuente: elaboración propia con datos de Banco Mundial, 2020.

Desde una perspectiva crítica, y de acuerdo a lo planteado en las consideraciones teóricas, la mortalidad infantil no se trata, únicamente, de un tema de salud sino de propiciar un cambio estructural en la distribución de los ingresos y de lograr el acceso equitativo a la educación, los servicios básicos, reducir las necesidades básicas insatisfechas, entre otros. Las desigualdades son inherentes al sistema capitalista hecho que no se aborda en los organismos internacionales (ONU, UNICEF, OMS, OPS, Banco Mundial) que intervienen en la temática y analizan su distribución y descenso. Sin embargo, del análisis realizado de la bibliografía emanada de estos centros, se hace hincapié en reducir la fecundidad en aquellos países que superan los 5h/MER y no en reducir la pobreza y el hambre en que se ven sometidas estas sociedades<sup>15</sup>.

#### 4.2. La mortalidad infantil en América Latina

Según el último informe publicado por OCDE-BM (2020), entre 2000 y 2019, la tasa promedio de mortalidad infantil, en los países de América Latina y el Caribe (LAC), ha disminuido en un 35%, donde la mayoría de los países registran descensos entre el 25% y el 45%. Antigua y Barbuda, Bahamas, Brasil y Perú registraron caídas superiores al 55%, en tanto que Granada y Venezuela experimentaron aumentos cercanos al 40%, para dicho período. Entre los

<sup>15</sup> No se abunda sobre este tema, porque no es objeto de estudio de esta tesis. Sin dudas, estudiar la mortalidad infantil supone tener en cuenta una infinidad de factores que influyen en su ocurrencia

determinantes de la mortalidad infantil se identifican el nivel de ingresos, el nivel educativo de las madres y la localización geográfica (urbana/rural), entre los más destacados.

En el 2019, el promedio de mortalidad infantil en LAC fue de 15,7‰ y los países con menores tasas eran Cuba (4,9‰ para 2021), Antigua y Barbuda, Bahamas y Chile (menos de 7‰), mientras que fue mayor en Guyana, Bolivia y sobre todo Haití (26, 28 y 52,9‰, respectivamente) (Figura 4).

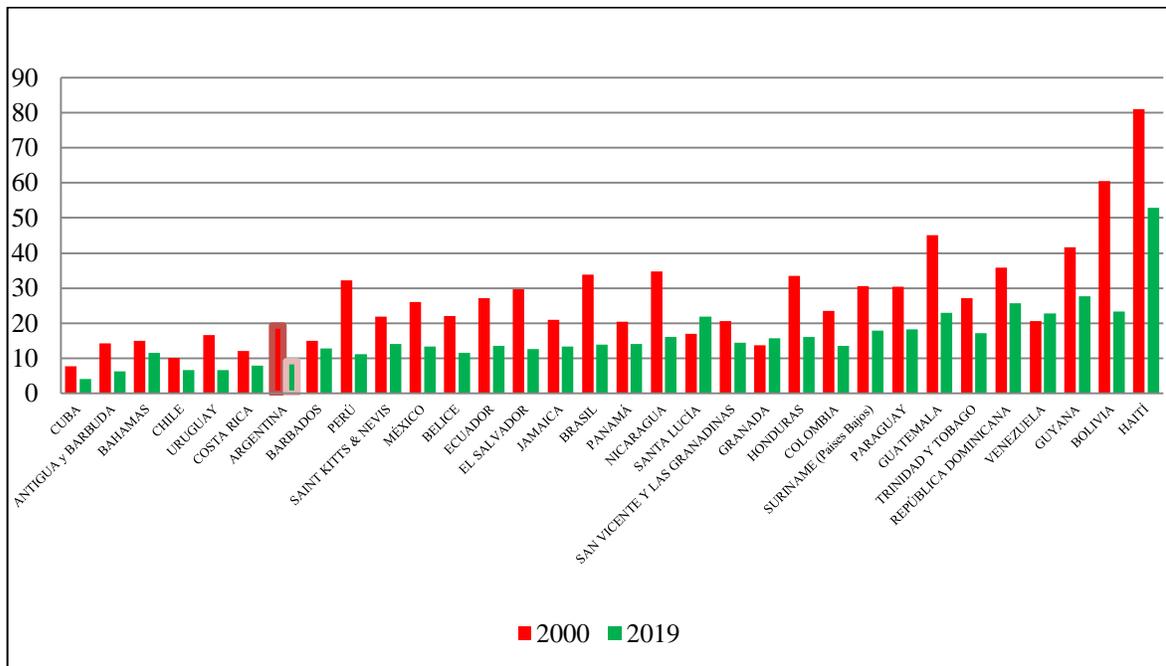


Figura 4. Evolución de la TMI en los países de América Latina y el Caribe, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia con datos del OCDE-BM, 2020.

Al igual que en otras regiones del mundo, en la América Latina y el Caribe la mortalidad infantil es el reflejo de los efectos de las condiciones socioeconómicas y ambientales en general que afectan el estado de salud de las madres y las niñas, mostrando profundos desequilibrios al interior de la región. Los niveles de pobreza con efecto directo sobre la calidad de la alimentación, de la atención de la salud integral y de la educación son los principales factores que afectan a las madres, sumados a los trabajos excesivos a los que, muchas veces, se ven sometidas. “La calidad de la atención prenatal y del parto, el nacimiento prematuro, el peso al nacer, la atención inmediata al recién nacido y la alimentación del infante son determinantes fundamentales de la mortalidad infantil” (OCDE-BM, 2020, p. 66).

Al igual que a escalas globales, la desnutrición infantil, la diarrea, la neumonía y las infecciones siguen siendo las principales causas de las muertes infantiles en Latinoamérica, todas ellas de carácter evitable. En la región, alrededor de un tercio de las muertes, en el primer año de

vida, ocurren en el período neonatal (primeras cuatro semanas de vida o los días 0 al 27) (Black, 2016).

La gestión y el tratamiento de las infecciones neonatales, la neumonía, la diarrea y la malaria resultan primordiales. Las terapias de rehidratación oral son un medio eficaz para contrarrestar los efectos debilitantes de la diarrea. Asimismo, muchos países llevan a cabo intervenciones de salud pública vinculadas con la vacunación y la provisión de servicios de agua potable y saneamiento. La reducción de la mortalidad infantil exige garantizar que todos los segmentos de la población se beneficien de la mejoras en las condiciones de vida (Gordillo-Tobar, Quinlan-Davidson y Mills, 2017).

De esta manera, según el informe de la OCDE-BM (2020, p. 66), en América Latina y el Caribe, las políticas para la reducción de la MI se orientan a mejorar las condiciones de vida en general y, en particular,

El contacto inmediato –piel a piel- entre la madre y el recién nacido después del parto, el inicio temprano y prolongado del amamantamiento (lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida), el método madre canguro para los bebés que pesen 2.000 gramos o menos son las recomendaciones primarias para evitar el riesgo de muerte temprana. El cuidado postnatal de las madres y recién nacidos/as en las primeras 48 horas de vida, el baño retrasado hasta después de 24 horas de parto y el tratamiento del cordón umbilical del bebé son elementos importantes para reducir la mortalidad infantil en las primeras semanas de vida

Según el mismo informe, los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales y los trabajos académicos acuerdan que las causas reducibles de la mortalidad infantil pueden y deben ser combatidas. Las afecciones neonatales pueden evitarse con políticas de prevención, atención primaria del embarazo como también en los primeros meses de vida. Las afecciones pulmonares y gastrointestinales pueden evitarse con acciones de prevención y atención primaria pediátrica y la infraestructura básica de higiene pública, esto es, agua potable, cloacas y eliminación de residuos. Ahmad, López e Inoue (2001, p. 87) plantean que:

Como la tendencia a la baja de la mortalidad parecía un fenómeno mundial, apenas hubo interés en determinar críticamente los factores concretos que la motivaban. En consecuencia, los recursos estatales se destinaron, de forma más general, a conseguir nuevas reducciones.

Desde nuestra perspectiva, la reducción de la ocurrencia de la mortalidad infantil solo será real si se atienden de manera integral las causas de los desequilibrios espaciales que, estructuralmente, dependen de la desigual distribución de la riqueza.

### 4.3. La mortalidad infantil en Argentina

Como se ha mencionado, en Argentina, la recolección, carga y disposición de los datos ha registrado importantes avances en los últimos veinte años, pudiéndose disponer de información estadística actualizada en línea y análisis demográficos en detalle.

El presente apartado se organiza a partir del análisis de la evolución de las TMI, la distribución y desequilibrios espaciales, los determinantes de la mortalidad infantil, las causas que la provocan, el grado de reducibilidad y las políticas públicas implementadas en el período estudiado.

#### 4.3.1. Evolución de la mortalidad infantil en Argentina

La evolución de la mortalidad infantil en Argentina, muestra un descenso progresivo a lo largo del período analizado (2000-2019). Mientras que las tasas superaban el 30‰ en la década de 1980 para el año 2000 se habían reducido al 16,60‰. Para el 2018, la tasa había descendido al 8,8‰ (OMS-OPS y Ministerio de Salud de Argentina, 2020). Los últimos datos publicados por el Ministerio de Salud de Argentina indican que para 2020 la TMI ascendió a 9,52‰ (Figura 5) y la TM de menores de 5 años al 11,06‰ (Ministerio de Salud de Argentina, 2020).

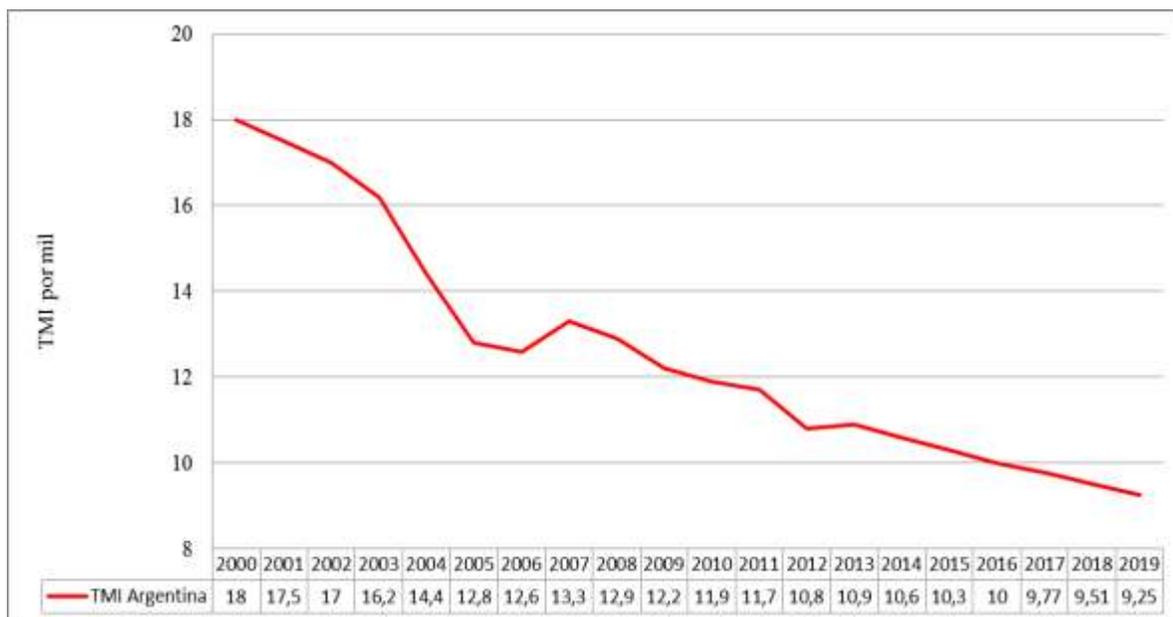


Figura 5. Argentina. Evolución de la TMI promedio, 2000-2019.

Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Nación, 2020.

En comparación con los datos a escala mundial, Argentina se encuentra dentro de los

parámetros que la colocan dentro de la categoría de países de mortalidad infantil baja (tasas menores al 10‰) con una tasa promedio de 9,25‰ para el 2019 (ONU, 2018).

Estadísticamente, se reconoce que a mayor escala espacial los datos tienen a equilibrarse. Sin embargo al enfocar la escala de análisis se manifiestan los desequilibrios espaciales internos. En la figura 6, se observan los desequilibrios a escala provincial y regional. Así las provincias del NOA y del NEA presentan las tasas más altas del país, mientras que las regiones de Centro, Cuyo y la Patagonia muestran tasas no superiores al 10‰, exceptuando a la provincia de San Juan con un 11‰. En la provincia de La Pampa, la TMI promedio, para 2019, fue del 7‰.

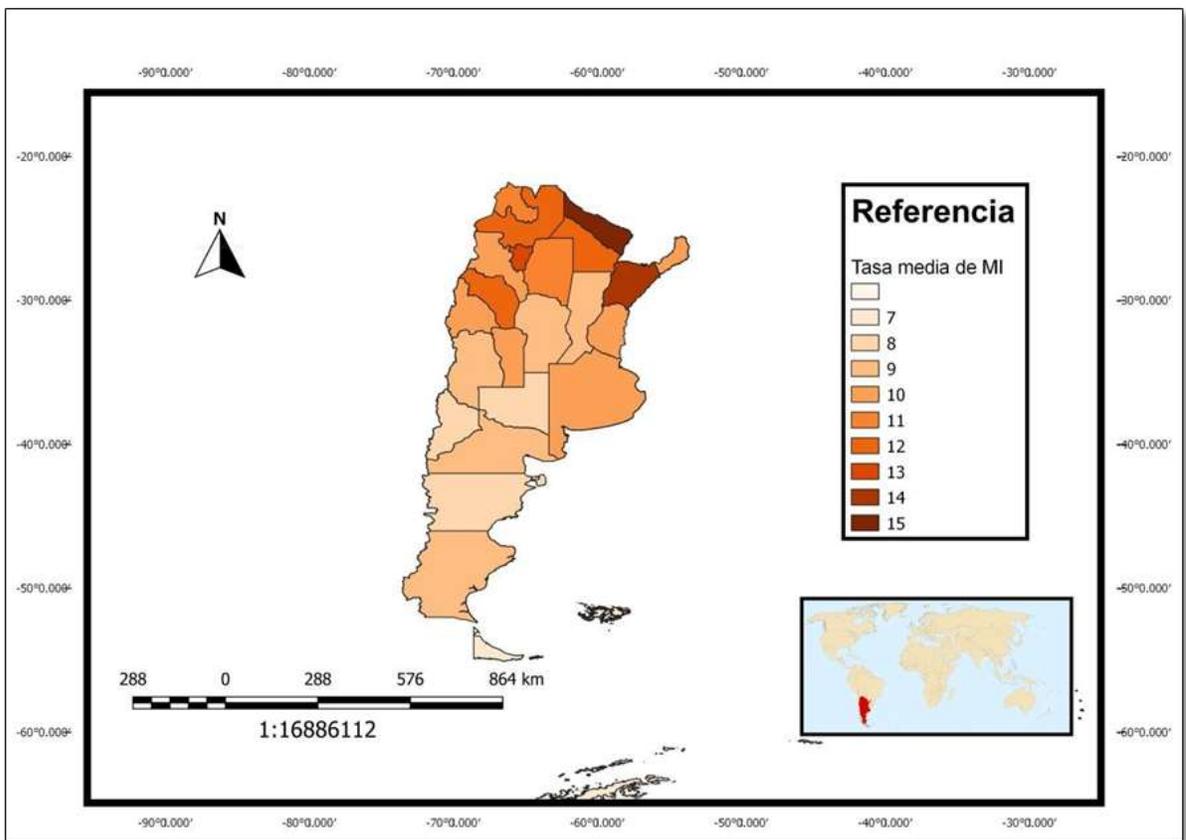


Figura 6. Argentina. Tasa media de Mortalidad Infantil por provincias, 2019.

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

Un recorrido histórico de lo acontecido en la Argentina, desde la segunda mitad del siglo XX, permite observar que, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC<sup>16</sup>), en 1944 la TMI era del 81,2‰; para 1950, la misma había descendido al 68,2‰ y

<sup>16</sup> El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) es un organismo público desconcentrado de carácter técnico, dentro de la órbita del Ministerio de Economía de la Nación, que ejerce la dirección superior de todas las actividades estadísticas oficiales que se realizan en la República Argentina.

para 1960 al 62,4%. En 1970 la tasa fue de 61,2%, en 1980 del 33,2% y para 1993 los registros indicaban una tasa de 22,9%. Si se analiza la evolución de la mortalidad neonatal y postneonatal, en la Argentina, para el mismo período 1944-1993, se evidencia que el descenso en el segundo componente de la mortalidad infantil es mucho mayor que en el primero. De 1944 a 1993 la tasa de mortalidad postneonatal varió de 51,9% a 8,4% y la tasa de mortalidad neonatal entre 29,3% y 14,1%. Para el período 1990-2007, el descenso fue del 25,6% al 13,3% (INDEC, 2010).

Según el informe “Situación de la población Argentina”, realizado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de población de las Naciones Unidas en Argentina (UNFPA), la MI en Argentina muestra importantes desequilibrios espaciales. A modo de ejemplo para 1980 la provincia de Jujuy presentaba una TMI del 70,6%, Capital Federal 18,3% y la provincia de La Pampa 38,1%. En 1994, las provincias de Catamarca, Chaco, Formosa, Salta y Santiago del Estero superaban el 29%, descendiendo levemente en 1995, salvo la provincia de Chaco que del 31,4% en 1994 subió al 32,8% en 1995. Las provincias de Corrientes, Jujuy, La Rioja, Misiones, SanLuis y Tucumán, para 1994 tenían valores superiores a la media nacional y menores al 29%. El resto de las provincias; Buenos Aires, Córdoba, Chubut, Entre Ríos, La Pampa, Mendoza, Neuquén, Río Negro, San Juan, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego; tenían valores inferiores a la media nacional (PNUD-UNFPA, 2009).

De esta manera, siguiendo la evolución histórica, los datos demuestran que la progresión representa los valores más altos en las provincias del Noroeste y Noreste Argentino y los menores en las provincias patagónicas, cuyanas y de la región pampeana (INDEC, 2010). Como se observa en la figura 6, la situación no ha cambiado para 2019, advirtiéndose los mismos desequilibrios, aún con tasas menores.

#### ***4.3.2. Factores y causas que provocan la mortalidad infantil en Argentina<sup>17</sup>***

La situación de 2019, indica que las provincias del Noroeste, centro-norte y Noreste (Jujuy, Tucumán, Salta, Santiago del Estero, Chaco, Formosa, Catamarca, Misiones y Corrientes) presentan los valores más altos de natalidad y mortalidad, provocando que la media nacional se eleve considerablemente. En dichas provincias, la desigual distribución del ingreso; la pobreza de vastos sectores de las sociedades, los problemas ambientales, el acceso al agua potable y a otros servicios básicos, la falta de información y seguimiento de los embarazos, entre otros, son

---

<sup>17</sup> . Este apartado solo incluye una breve caracterización de la situación, ya que la amplitud del tema y las limitaciones en la extensión en este trabajo no permiten realizar mayores profundizaciones.

factores fundamentales para la proliferación de pérdidas neonatales y posneonatales (Bossio, Sanchis, Herrero, Armando y Arias, 2020). Según los y las autoras, mientras que la MI en Argentina se redujo un 71,2% entre 1980 y 2017; la desigualdad en la distribución de las tasas por jurisdicción lo hizo en un 44,8%, lo que indica que las brechas aún siguen siendo notorias. De esta manera, el descenso de la TMI no siempre se acompañó de una reducción de la desigualdad entre las jurisdicciones ni de la desigualdad asociada con las condiciones sociales. Así, según la fuente analizada:

Las disparidades que se observan entre áreas geográficas y grupos de población se deben a múltiples factores, y no pueden ser simplemente atribuidas a las características y comportamientos de los individuos, ya que otros elementos relacionados con el área donde estos viven, las condiciones sociales y económicas, la infraestructura y la organización de las instituciones de salud, juegan un papel clave y determinan en gran medida estas diferencias. (Bossio, et al., 2020, p. 7).

En algunos casos, las defunciones infantiles se producen por causas endógenas, de evitabilidad reducida (limitaciones en el peso y talla de los/as neonatas, escasa a nula atención pediátrica de los/las recién nacidas, enfermedades infecciones que provocan diarrea y muerte, entre otras). Estas causas son consecuencia de la situación previa y posterior al parto de las madres (desnutrición o mala alimentación materna, empleos rurales forzados durante el embarazo y puerperio<sup>18</sup>, imposibilidad de ofrecer lactancia materna prolongada, entre otras).

Hasta el año 2000, las afecciones producidas durante el periodo perinatal<sup>19</sup> (50,13%), las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (28,1%)<sup>20</sup> sumadas a las enfermedades del sistema respiratorio (6,53%)<sup>21</sup> y a las enfermedades infecciosas y parasitarias (2,92%)<sup>22</sup> representaban más del 87% de las muertes de menores de un año en Argentina (Figura 7). (Argentina, Ministerio de Salud, 2021).

---

<sup>18</sup> El puerperio es el tiempo que pasa desde la expulsión de la placenta o alumbramiento hasta que el aparato genital femenino vuelve al estado anterior al embarazo. Es el período desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Tradicionalmente se lo conoce como cuarentena. Suele durar entre seis y ocho semanas, es decir, alrededor de unos 40 días. (Bezares, Sanz y Jiménez, 2009).

<sup>19</sup> Incluyen causas (asociadas a factores maternos, complicaciones en el embarazo, trabajo de parto y parto, trastornos relacionados con la duración de gestación y el crecimiento fetal, traumatismos del nacimiento, hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento, dificultad respiratoria del recién nacido, neumonía congénita y Sepsis bacteriana del recién nacido)

<sup>20</sup> Integran, entre otras, a la hidrocefalia congénita y espina bífida, otras malformaciones congénitas del sistema nervioso, del corazón, del sistema respiratorio; por Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas congénitas.

<sup>21</sup>. Sobre todo neumonías.

<sup>22</sup> Las principales causas de muerte por estas afecciones son las diarreas y gastroenteritis de origen infeccioso, infecciones intestinales, infección meningocócica, septicemia, poliomielitis aguda, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), entre otras enfermedades virales, infecciosas y parasitarias.

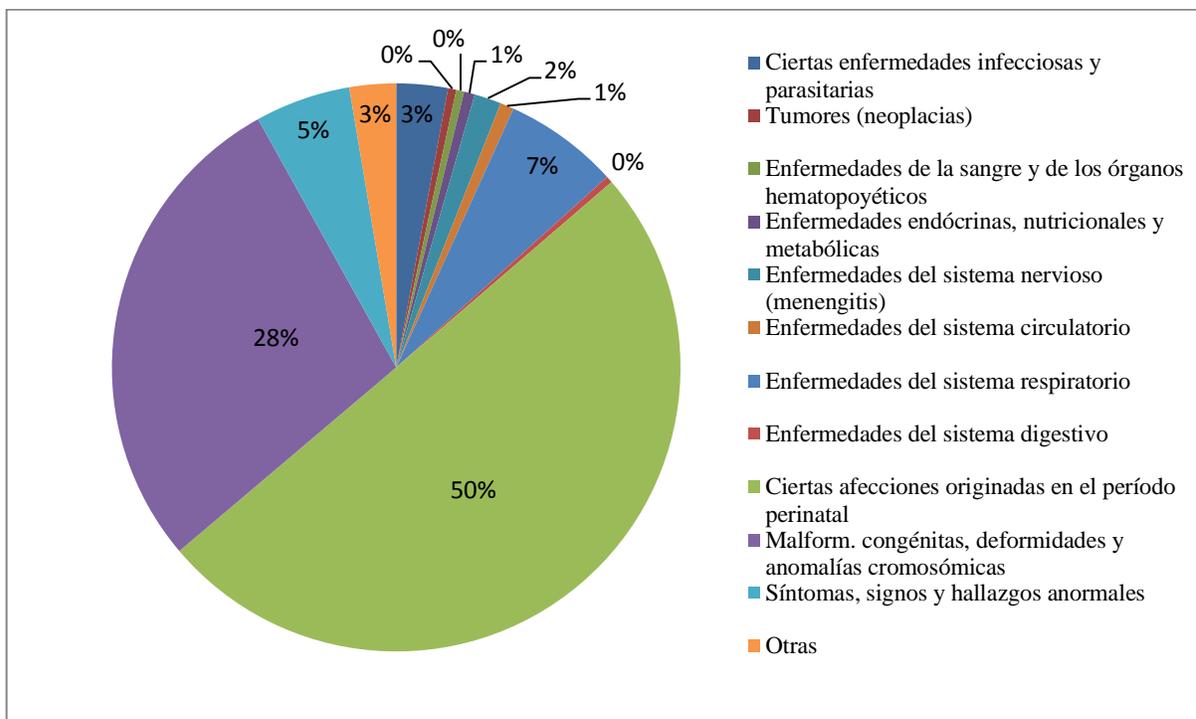


Figura 7. Causas de la Mortalidad Infantil en Argentina, 2019.  
Fuente: Argentina. Ministerio de Salud, 2021.

En cuanto al grado de reducibilidad de la MI, la misma fuente indica que el 53% de la muertes infantiles en el período neonatal y el 66,1%, hubieran podido ser evitadas (Figuras 8 y 9).

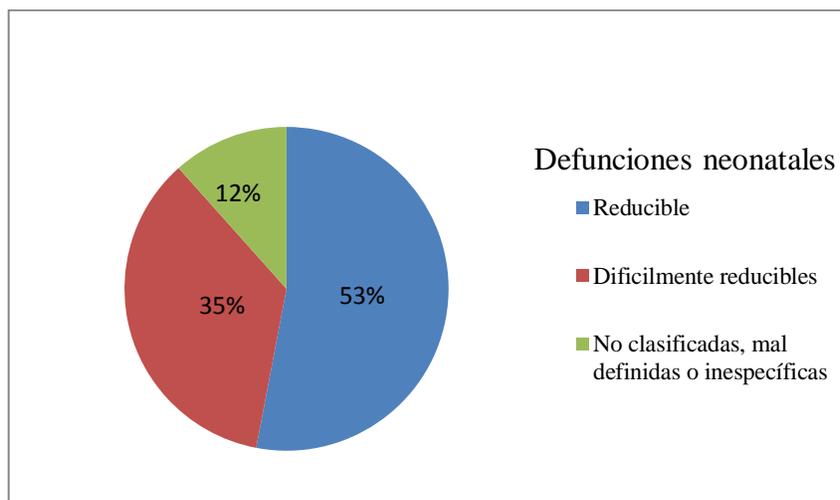
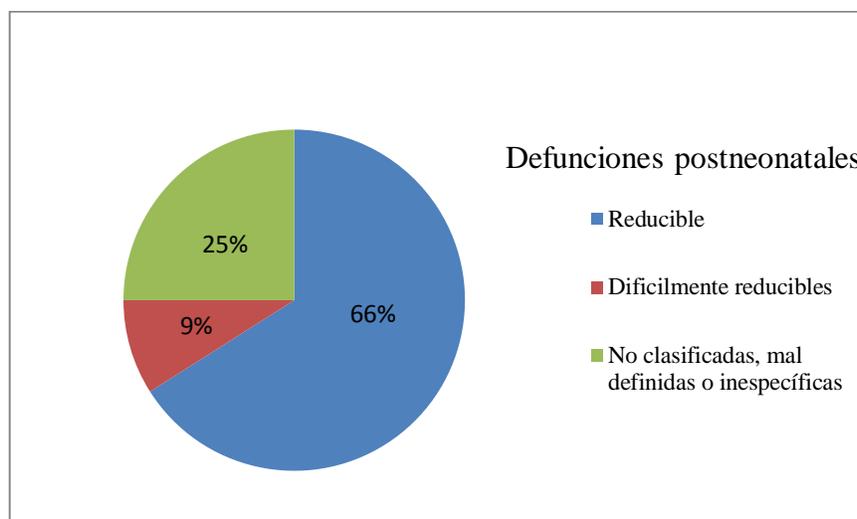


Figura 8. Reducibilidad de la mortalidad neonatal en Argentina.  
Fuente: Argentina. Ministerio de Salud, 2021.



*Figura 9.* Reducibilidad de la mortalidad postneonatal en Argentina.  
Fuente: Argentina. Ministerio de Salud, 2021.

A modo de cierre de esta apartado, se considera que si bien las TMI de Argentina se han reducido considerablemente, aún persisten marcados desequilibrios entre las jurisdicciones y regiones del país. Los factores que los explican están asociados a las desigualdades sociales generadas por la pobreza y el acceso a los servicios básicos de salud, como se ha indicado anteriormente. Con respecto a las causas que provocan las muertes de niñas y niños menores de un año, se advierten altos porcentajes de muertes que podrían haber sido evitadas (53% y 66%, respectivamente para los decesos en los períodos neonatal y postneonatal).

Esta situación indica que, claramente, deben implementarse políticas públicas estructurales que tiendan a disminuir las brechas de la desigualdad, así como políticas coyunturales que atiendan las causas para evitar las muertes de las infancias menores de un año, ambas estrechamente vinculadas.

## CAPÍTULO 5

### LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA PROVINCIA DE LA PAMPA, 2000-2019

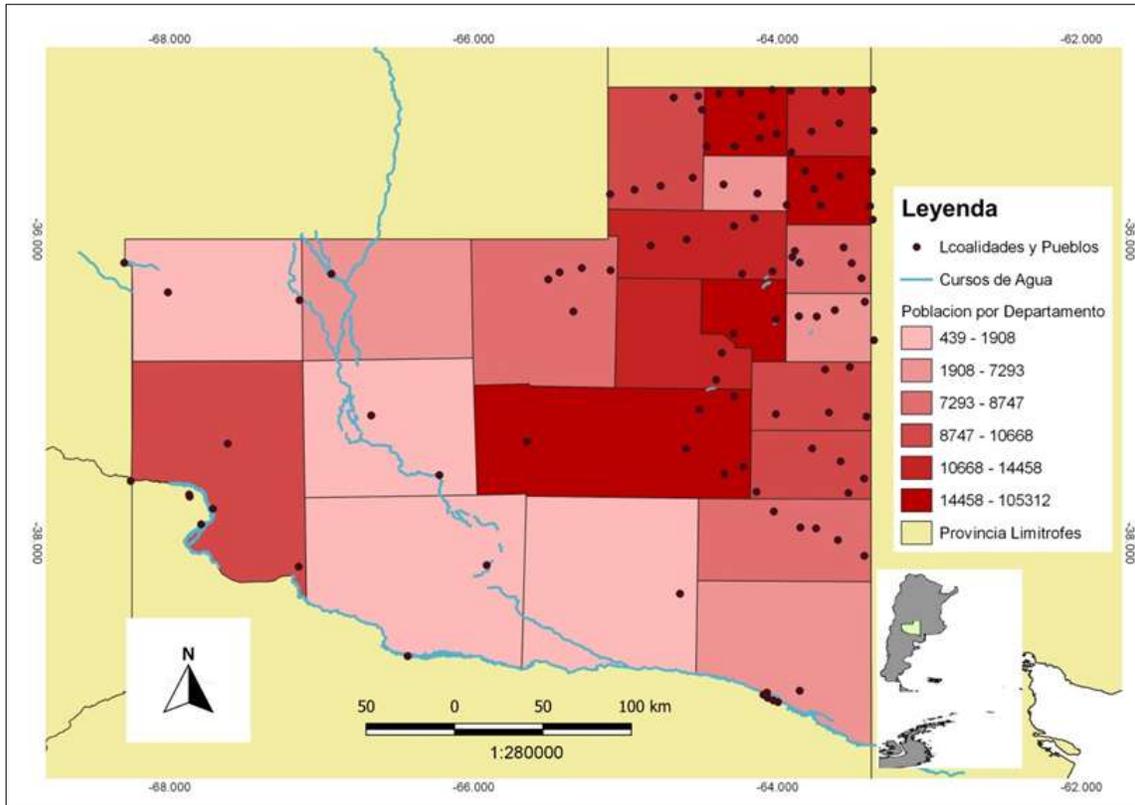
#### 5.1. Características generales

La provincia de La Pampa posee una extensión de 143.440 km<sup>2</sup>. Según el último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (INDEC, 2010), la población total ascendió a 318.951 habitantes, con una variación intercensal relativa del 6,6% respecto del Censo de 2001. El crecimiento absoluto fue de 19.657 habitantes. En los dos últimos períodos intercensales se advierte un descenso en el ritmo del crecimiento ya que, mientras que para el período 1991-2001 fue del 14,1% el mismo cayó al 6,6% entre 2001 y 2010. El peso demográfico, respecto al total del país es de 0,8%. La Pampa es la tercera provincia con menos población del país y ocupa el segundo lugar de las jurisdicciones con menor densidad de población, con solo el 2,2 de habitantes por km<sup>2</sup> (solo superada por Santa Cruz).

La población se encuentra desigualmente distribuida, mostrando una clara concentración en los departamentos centro, norte y noreste, quienes reúnen aproximadamente el 70% de la población provincial. Por su parte, en los departamentos del oeste y sudeste, el volumen es menor con asentamientos dispersos en el área rural o agrupada en pequeños agrupamientos y localidades (Figura 10). La población se ubica mayoritariamente en los centros urbanos (83,8%) siendo las dos ciudades más importantes Santa Rosa con 114.486 habitantes y General Pico con 56.795 habitantes según el último censo. El resto corresponde a población rural agrupada en pequeños centros de menos de 2000 habitantes (11%) y población rural dispersa (5,1%) (Dillon, 2016).

Para el 2018, La Pampa contaba con 119 establecimientos asistenciales públicos (con o sin internación), distribuidos en todos los departamentos, que representaban el 3,3% de establecimientos asistenciales por cada 10.000 habitantes con un promedio de 2,1 camas disponibles cada mil habitantes. Los departamentos Capital y Maracó, cuentan con mayor cantidad de centros de salud públicos (16 y 14, respectivamente). Conhelo, Toay, Utracán, Guatraché, Utracán, Limay Mahuida y Lihuel Calel cuentan con un solo centro asistencial público en todo el departamento. Por su parte, el departamento Utracán poseía la mayor cantidad

de camas cada mil habitantes (4,9) mientras que Toay y Chapaleufú eran los departamentos con menor número de camas cada mil habitantes (0,8). Se registraron, para esa fecha, 814 médicos/as representando un total de 2,3 profesionales por cada 1.000 habitantes (DGEyC, 2018).



*Figura 10.* La Pampa, distribución de la población por departamentos en números absolutos. Fuente: elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de la provincia de La Pampa, 2019.

La mortalidad infantil (MI) en la provincia de la Pampa posee un comportamiento irregular y si bien se observa un descenso general en su ocurrencia se producen algunos picos de importancia. En la Figura 11, se advierte que a diferencia de la evolución de las tasas de Argentina que indican un descenso progresivo, en La Pampa el comportamiento es más irregular, hecho que se explica a partir del ajuste de datos con respecto a la reducción de la escala espacial analizada. En el período considerado se reconocen tres picos de ascenso de la mortalidad infantil: uno durante el año 2004 (14,4‰); otro en 2008 (12,2‰) y el tercero durante el año 2017 donde los valores alcanzaron el 13,9‰, superando ampliamente la media nacional que para el mismo año fue de 9,77‰.

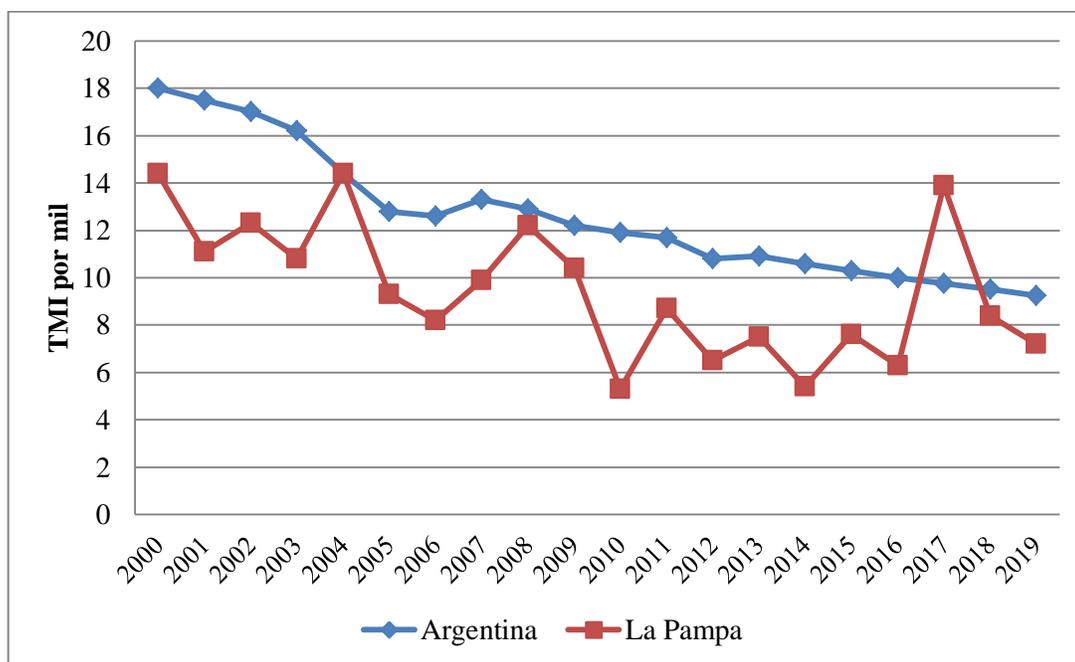


Figura 11. Argentina y La Pampa. Progresión de la MI, 2000-2019.  
Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Nación.

Si bien a nivel general se observa una clara diferencia entre los datos de la Argentina y La Pampa, en estos últimos dos años esa brecha se ha ido disminuyendo. La progresión indica que durante la mayor parte de los años que incluye el período analizado, la mortalidad infantil ha sido inferior a dos dígitos.

## 5.2. Mortalidad infantil anual por departamentos (2000-2019). Análisis cuantitativo

### 5.2.1. Primer quintil 2000-2004

El siguiente análisis cuantitativo<sup>23</sup>, se realiza teniendo en cuenta las Tasas de Mortalidad Infantil por año y por quintiles (2000-2004; 2005-2009, 2010- 2014 y 2015-2019), de los departamentos de La Pampa, para el período escogido. Finalmente se realiza una caracterización integral del período siempre en comparación con el promedio provincial.

Durante el año 2000, La Pampa registró una TMI de 14,47%, representando el mayor guarismo del periodo analizado. En el Cuadro 1, se observa al departamento Chicalcó con una MI

<sup>23</sup> Se considera que este análisis cuantitativo, más allá de lo engorroso de los datos, resulta fundamental para poder cumplir con los objetivos, brindando rigurosidad científica a los resultados que se pretenden.

del 50%, siguiéndoles los departamentos Chalileo con 35,71%, Maracó 20,99% y Hucal con 21,05%. Los departamentos Lihuel Calel, Limay Mahuida, Rancul, Loventué, Caleu Caleu y Curacó mostraron las tasas más bajas (0%).

*Cuadro 1. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2000.*

<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>	<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>
Atreucó	7,14	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	13,08	Loventué	0
Catrilo	8,55	Maracó	20,99
Chalileo	35,71	Puelén	19,23
Chapaleufú	17,7	Quemú Quemú	16,67
Chicalcó	50	Rancul	0
Conhelo	4,29	Realicó	18,94
Curacó	0	Toay	10,42
Guatraché	19,74	Trenel	12,5
Hucal	21,5	Utracán	18,32

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

En el 2001, la provincia registró una TMI de 11,01%. Nuevamente el departamento Chicalcó es el que presentó la tasa más elevada (40%) siguiéndole Atreucó con 30,53% y Toay con 28,57%. Lihuel Calel, Limay Mahuida, Trenel, Puelén, Quemú Quemú, Guatraché, Catrilo, Chalileo, Caleu Caleu y Curacó registraron tasas de 0% (Cuadro 2).

*Cuadro 2. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, año 2001.*

<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>	<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>
Atreucó	30,53	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	11,65	Loventué	6,85
Catrilo	0	Maracó	9,1
Chalileo	0	Puelén	0
Chapaleufú	10,81	Quemú Quemú	0
Chicalcó	40	Rancul	10,15
Conhelo	12,88	Realicó	23,17
Curacó	0	Toay	28,57
Guatraché	0	Trenel	0
Hucal	17,24	Utracán	8,44

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

Durante el año 2002, la TMI en La Pampa fue de 12,32% (Cuadro 3).

*Cuadro 3. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, año 2002.*

<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>	<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>
Atreucó	11,7	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	14,07	Loventué	8,55
Catrilo	15,38	Maracó	12,99
Chalileo	0	Puelén	6,54
Chapaleufú	5,35	Quemú Quemú	8,62
Chicalcó	0	Rancul	24,75
Conhelo	10,75	Realicó	0

Curacó	0	Toay	20,62
Guatraché	0	Trenel	0
Hucal	17,39	Utracán	0

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

El departamento Rancul registró la mayor TMI con 24,75%, mostrando un aumento del 14,6% con respecto al año anterior. Los departamentos con menor valor fueron Lihuel Calel, Limay Mahuida, Trenel, Realicó, Utracán, Guatraché, Chalileo, Chicalcó, Caleu Caleu y Curacó con un 0% de MI.

Durante el 2003 la TMI fue del 10,83% en toda la provincia, disgregados entre los departamentos según los siguientes valores (Cuadro 4):

*Cuadro 4. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, año 2003.*

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreuco	10,7	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	14,64	Loventué	13,61
Catriló	13,16	Maracó	8,6
Chalileo	0	Puelén	0
Chapaleufú	5,29	Quemú Quemú	6,71
Chicalcó	0	Rancul	17,32
Conhelo	0	Realicó	7,17
Curacó	0	Toay	4,55
Guatraché	10,1	Trenel	12,5
Hucal	8,55	Utracán	15,75

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

Rancul fue el departamento con mayor TMI (17,32%) aunque con una disminución del 7,43% con respecto al año anterior. Lihuel Calel, Limay Mahuida, Conhelo, Chalileo, Chicalcó, Caleu Caleu, Puelén y Curacó, registraron tasas del 0%.

Durante el 2004, La Pampa registró una TMI de 14,45%. El departamento Chapaleufú registró la TMI más alta de la provincia con 21,51%. Reconociendo un aumento en este departamento de 16,22% y de 4,19% mayor al del departamento de mayor TMI del año anterior. Los departamentos Lihuel Calel, Limay Mahuida, Chalileo, Caleu, Loventué, Trenel y Curacó, no registraron MI (Cuadro N°5).

*Cuadro 5. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2004.*

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreucó	5,78	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	17,85	Loventué	0
Catriló	8,33	Maracó	14,72
Chalileo	0	Puelén	14,93
Chapaleufú	21,51	Quemú Quemú	14,8
Chicalcó	4,74	Rancul	11,05
Conhelo	11,24	Realicó	13,12

Curacó	0	Toay	4,57
Guatraché	6,02	Trenel	0
Hucal	10,31	Utracán	11,86

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

Durante el periodo agrupado 2000-2004, La Pampa registró un valor promedio de 8,91% de mortalidad infantil. Se reconoce un pico promedio de 18,94% en el departamento Chicalcó, que se explica a partir de los valores elevados registrados durante los años 2000 y 2001 de 40% y 50%, respectivamente. Durante este quintil, varios departamentos registraron valores superiores a la medio provincial (Atreucó, Catrilo, Capital, Chapaleufú, Hucal, Maracó, Quemú Quemú, Realicó, Toay y Utracán). A su vez, los departamentos Lihuel Calel, Limay Mahuida y Curacó registraron una TMI de 0%. Estos departamentos, con valores muy bajos de natalidad, permitieron sostener promedios provinciales en un dígito (Cuadro 6 y Figuras 12 y 13).

Cuadro 6. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos agrupada, 2000-2004.

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreuco	13,17	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	14,25	Loventué	5,80
Catrilo	9,08	Maracó	13,28
Chalileo	7,14	Puelén	8,14
Chapaleufú	12,13	Quemú Quemú	9,36
Chicalcó	18,94	Rancul	12,65
Conhelo	7,83	Realicó	12,48
Curacó	0	Toay	13,74
Guatraché	7,17	Trenel	5
Hucal	14,99	Utracán	10,87

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

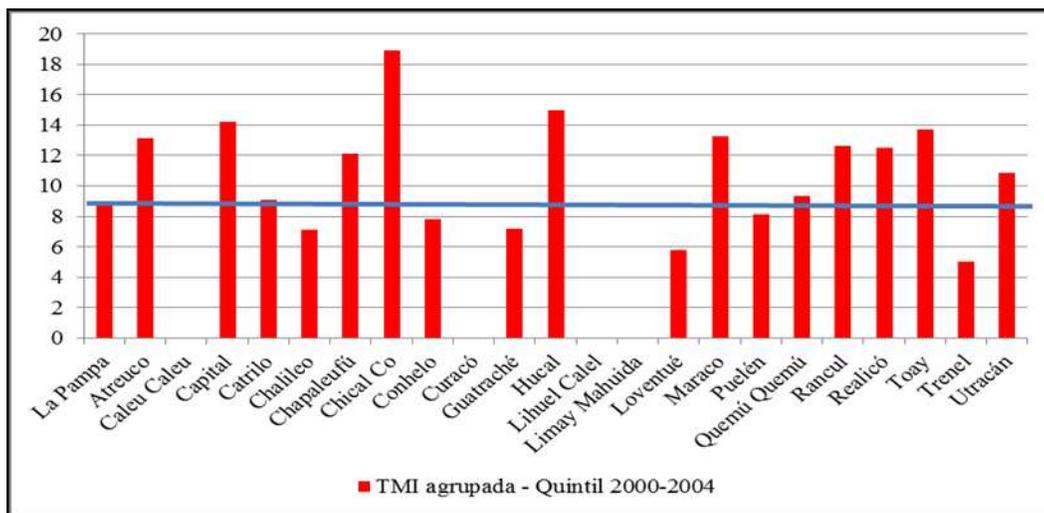


Figura 12. La Pampa. TMI por departamento agrupada 2000-2004.

Fuente: elaboración propia con datos de la Subsecretaría de Estadística y Censos de La Pampa.

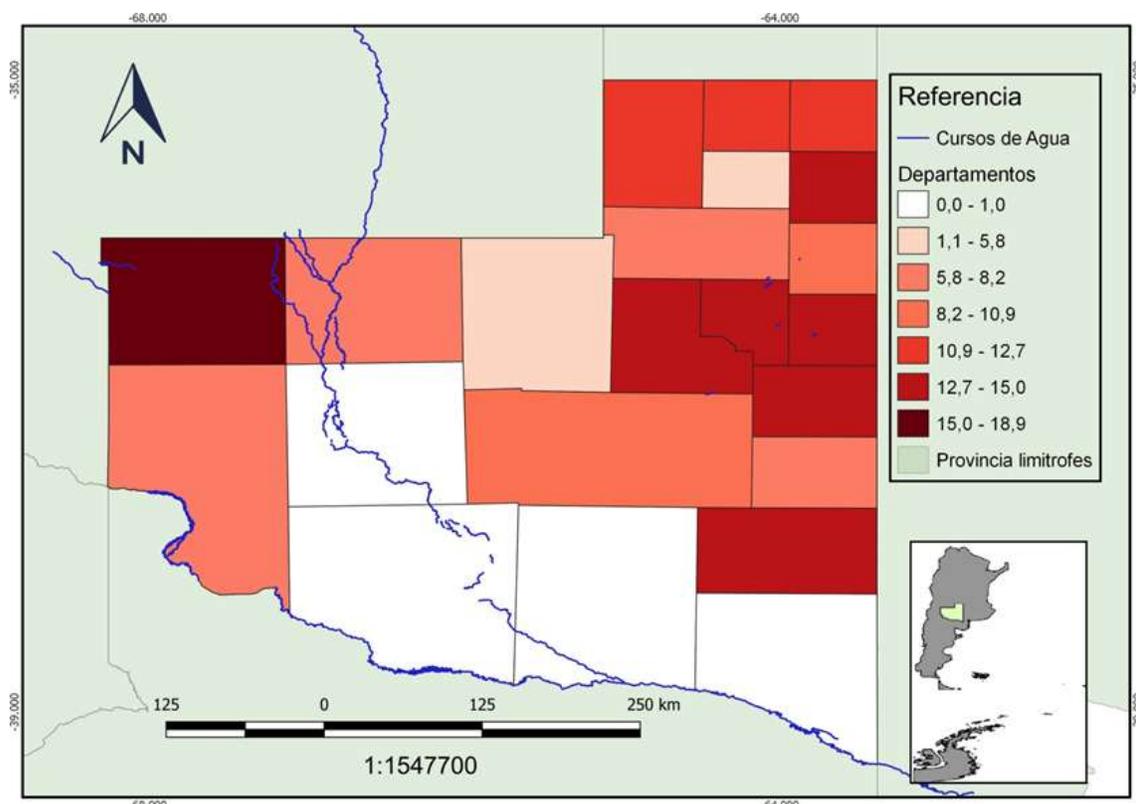


Figura 13. La Pampa. TMI por departamento agrupada por quintil, 2000-2004.

Fuente: elaboración propia con datos de la Subsecretaría de Estadística y Censos de La Pampa.

### 5.2.2. Segundo quintil 2005-2009

Para el 2005, la TMI de la provincia de La Pampa fue de 9,36%, registrándose un descenso de 5,09 puntos con respecto al año anterior. El departamento Chicalcó registró una tasa del 41,67%, mostrando un aumento de 36,93 puntos con respecto a 2004. Nuevamente, los departamentos Lihuel Calel, Limay Mahuida, Caleu Caleu, Hucal Trenel y Curacó registraron cero mortalidades infantiles (Cuadro 7).

Cuadro 7. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2005.

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreucó	6,33	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	9,92	Loventué	6,54
Catrilo	31,5	Maracó	6,11
Chalileo	22,73	Puelén	7,35
Chapaleufú	23,7	Quemú Quemú	7,25
Chicalcó	41,67	Rancul	9,8
Conhelo	6,37	Realicó	3,80
Curacó	0	Toay	10,58
Guatraché	6,29	Trenel	0
Hucal	0	Utracán	10,6

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

La Pampa tuvo TMI de 8,20‰ durante el 2006 con una baja del 1,16%, siendo la primera vez que los guarismos se ubicaron por debajo de un dígito. En los departamentos se distribuyó de siguiente manera (Cuadro 8):

*Cuadro 8. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2006.*

<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>	<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>
Atreuco	0	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	7,67	Loventué	6,90
Catriló	15,63	Maracó	6,88
Chalileo	0	Puelén	13,33
Chapaleufú	5,68	Quemú Quemú	0
Chicalcó	55,56	Rancul	10,53
Conhelo	53,57	Realicó	0
Curacó	0	Toay	12,93
Guatraché	17,75	Trenel	0
Hucal	0	Utracán	13,11

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

El departamento Chicalcó con un TMI de 55,56‰ es el de mayor tasa para el 2006. Los departamentos con menor valor fueron Atreucó, Lihuel Calel, Limay Mahuida, Chalileo, Caleu Caleu, Quemú Quemú, Trenel, Hucal, Curacó y Realicó con un 0% de TMI.

En 2007, la TMI de La Pampa ascendió 9,96‰ y si bien permaneció en un dígito manifestó un aumento con respecto al año anterior. El departamento Utracán con una tasade 70,94‰, fue el más alto de la Pampa representando una variación superior de 57,83 muertes de infantes menores de un año con respecto al año anterior. El departamento Guatraché con 22,6‰ mantuvo los valores superiores a la media provincial al igual que en el 2006. En el mismo sentido, el departamento Toay arrojó cifras elevadas de MI, superiores a la media provincial en la mayoría de los años analizados. Los departamentos con menor valor fueron Lihuel Calel, Limay Mahuida, Chalileo, Atreucó, Hucal, Quemú Quemú, Realicó, Curacó y Chicalcó con un 0‰ de TMI (Cuadro 9).

*Cuadro 9. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2007.*

<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>	<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>
Atreuco	0	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	25	Limay Mahuida	0
Capital	19,2	Loventué	7,46
Catriló	8,33	Maracó	12,83
Chalileo	0	Puelén	5,71
Chapaleufú	5,62	Quemú Quemú	0
Chicalcó	0	Rancul	10,2
Conhelo	6,99	Realicó	0
Curacó	0	Toay	28,3
Guatraché	22,06	Trenel	14,93
Hucal	0	Utracán	70,94

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

En 2008 se computó, para la provincia de La Pampa una TMI de 12,20‰; 2,24 puntos superior a la del año anterior. El departamento Catrileo, registró la TMI mas alta con un 30‰, representando un aumento de 21,67‰. Los departamentos Puelén, Lihuel Calel, Atreucó, Limay Mahuida, Caleu Caleu, Quemú Quemú, Hucal, Chicalcó, Trenel, Curacó y Chalileo registraron tasas del 0‰. (Cuadro 10). Durante este año, el departamento Guatraché manifestó una tasa en descenso (7,7‰) y el departamento Toay se mantuvo en valores elevados (17,7‰).

*Cuadro 10.* La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2008.

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreucó	0	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	11,8	Loventué	6,4
Catrileo	30,0	Maracó	21,7
Chalileo	0	Puelén	0
Chapaleufú	5,1	Quemú Quemú	0
Chicalcó	0	Rancul	10,6
Conhelo	11,8	Realicó	0
Curacó	0	Toay	17,7
Guatraché	7,5	Trenel	0
Hucal	0	Utracán	10,7

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

Durante el año 2009, la TMI provincial ascendió a 10,4‰, superando la barrera del dígito pero inferior a la del año anterior. El análisis por departamento indica cifras muy elevadas para el departamento Chicalcó con 111,1 muertes cada mil nacidos/as vivos/as. Este es uno de los departamentos que mayormente manifiesta la irregularidad de las “áreas menores”, pero sus tasas de ocurrencia son muy elevadas. Los departamentos Trenel (31,2‰) y Utracán (28,3‰) registraron valores elevados. Los departamentos que registraron tasas del 0‰ fueron Lihuel Calel, Limay Mahuida, Chalileo, Caleu Caleu, Loventué, Rancul, Curacó, Chalileo y Catrileo (Cuadro 11).

*Cuadro 11.* La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2009.

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreucó	6,8	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	6,5	Loventué	0
Catrileo	0	Maracó	15,7
Chalileo	0	Puelén	8,7
Chapaleufú	11,4	Quemú Quemú	16
Chicalcó	111,1	Rancul	0
Conhelo	6,2	Realicó	4
Curacó	0	Toay	9,4
Guatraché	0	Trenel	31,2
Hucal	24,1	Utracán	28,3

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

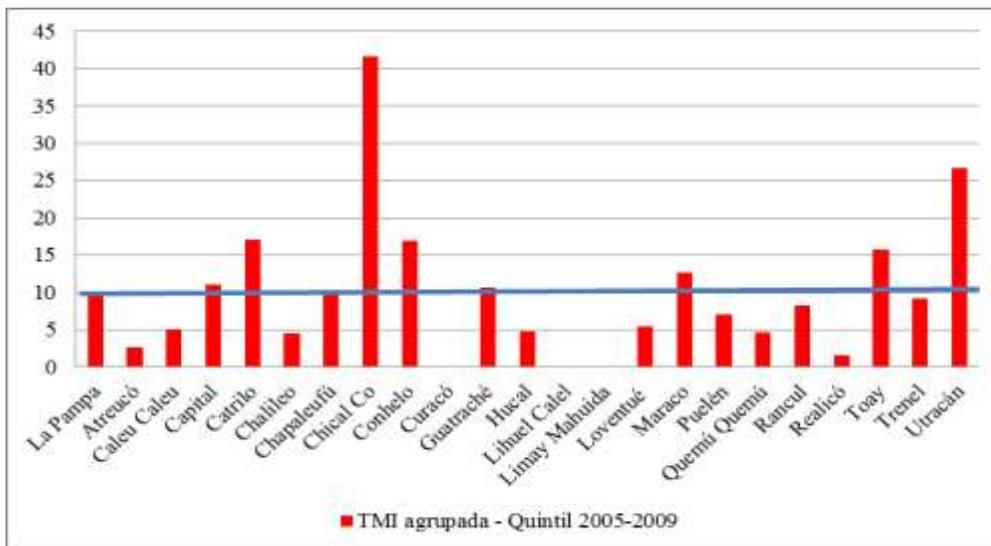
Durante el quintil 2005-2009 (Cuadro 12 y Figuras 14 y 15), nuevamente el departamento

Chicalcó presentó la TMI promedio más alta de la provincia (41,66%), cifra muy superior al promedio provincial que para el mismo período fue de 9,82%. Las cifras elevadas del departamento Chicalcó se produjeron a causa de los valores registrados en los años 2005, 2006 y 2009 con tasas de 41,67%, 55,56% y 111,1%, respectivamente. Los promedios del quintil se representan en el cuadro 12.

*Cuadro 12. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamento agrupada, 2005-2009*

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreucó	2,62	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	5	Limay Mahuida	0
Capital	11,01	Loventué	5,46
Catriló	17,09	Maracó	12,64
Chalileo	4,54	Puelén	7,01
Chapaleufú	10,3	Quemú Quemú	4,65
Chicalcó	41,66	Rancul	8,22
Conhelo	16,98	Realicó	1,56
Curacó	0	Toay	15,78
Guatraché	10,72	Trenel	9,22
Hucal	4,82	Utracán	26,73

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.



*Figura 14. La Pampa. TMI por departamento agrupada 2005-2009.*

Fuente: elaboración propia con datos de la Subsecretaría de Estadísticas y Censos de La Pampa.

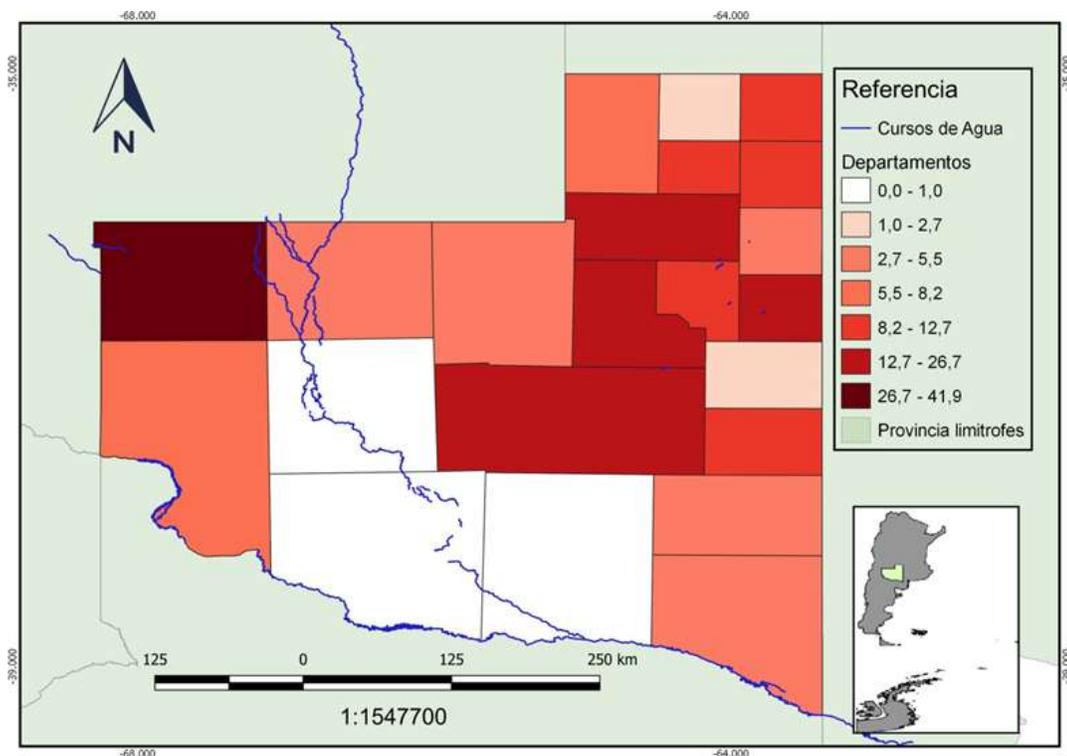


Figura 15. La Pampa. TMI por departamento agrupada 2005-2009.

Fuente: elaboración propia con datos de la Subsecretaría de Estadísticas y Censos de La Pampa.

La distribución espacial de la mortalidad infantil del quintil 2005-2009 da cuenta de los desequilibrios espaciales siendo los departamentos Chicalcó, Conhelo, Utracán y Catriló los que mostraron las tasas promedio más elevadas.

### 5.2.3. Tercer quintil 2010-2014

Durante el año 2010, la TMI de La Pampa fue de 5,3%, dando cuenta de un marcado descenso con respecto al año 2009, siendo ésta la tasa más baja del periodo. Otra vez, el departamento Chicalcó registró la una TMI muy elevada (55,6%) marcando una disminución del 55,5% con respecto al año anterior. La mayoría de los departamentos redujeron sus tasas y Lihuel Calel, Limay Mahuida, Loventué, Chalileo, Caleu Caleu, Trenel, Curacó, Conhelo, Catriló Quemú Quemú y Rancul, registraron tasas de 0% (Cuadro 13).

Cuadro 13. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2010.

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreucó	7,9	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	4,1	Loventué	0
Catriló	0	Maracó	8,9
Chalileo	0	Puelén	10,1
Chapaleufú	10,6	Quemú Quemú	0

Chicalc6	55,6	Rancul	0
Conhelo	0	Realic6	8,4
Curac6	0	Toay	3,8
Guatrach6	9,1	Trenel	0
Hucal	12,2	Utrac6n	4,3

Fuente: Subsecretarí de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

En el ańo 2011, la TMI volvi6 a ascender, alcanzando 8,7 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos. El Cuadro 14, da cuenta que, en este caso, el departamento Conhelo alcanz6 la cifra de 56,2‰ de mortalidad infantil. La mayoría de los departamentos sigui6 manteniendo valores que no sobrepasaron un dígito y Atreuc6, Caleu Caleu, Lihuel Calel, Limay Mahuida, Chalileo, Guatrach6, Hucal, Quemú Quemú, Realic6, Rancul, Trenel, Toay, Puel6n, Loventu6, Curac6 y Chicalc6, no registraron mortalidad infantil.

*Cuadro 14.* La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2011.

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreuc6	0	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	10,6	Loventu6	0
Catril6	8,6	Marac6	13,4
Chalileo	0	Puel6n	0
Chapaleufú	5,4	Quemú Quemú	0
Chicalc6	0	Rancul	0
Conhelo	56,2	Realic6	0
Curac6	0	Toay	0
Guatrach6	0	Trenel	0
Hucal	0	Utrac6n	15,2

Fuente: Subsecretarí de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

El 2012, la TMI fue de 6,5‰ con una disminuci6n de 2,2 puntos en relaci6n con el ańo anterior. En el departamento Quemú Quemú, la mitad de quienes nacieron ese ańo, murieron antes de cumplir el ańo de vida, por ello su tasa alcanzo el 500‰. Esta cifra subi6 el promedio provincial que, de no haber sido así, hubiese sido muy baja. A excepci6n de Capital y Marac6, quienes mantienen, casi siempre, valores promedios, y Realic6 (4,6‰), todos los departamentos no registraron mortalidad infantil (Cuadro 15).

*Cuadro 15.* La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2012.

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreuc6	0	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	6,1	Loventu6	0
Catril6	0	Marac6	8,1
Chalileo	0	Puel6n	0
Chapaleufú	0	Quemú Quemú	500
Chicalc6	0	Rancul	0
Conhelo	0	Realic6	4,6
Curac6	0	Toay	0
Guatrach6	0	Trenel	0
Hucal	0	Utrac6n	0

Fuente: Subsecretarí de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

En 2013, la mortalidad infantil provincial fue de 7,9‰ registrando un leve aumento respecto al año anterior. El departamento Chicalcó volvió a mostrar su vulnerabilidad alcanzando una tasa de 105,3‰. Chalileo, Puelén y Guatraché registraron valores superiores al 20‰. Atreucó, Lihuel Calel, Limay Mahuida, Caleu Caleu, Loventué, Catriló, Conhelo, Curacó y Toay no registraron casos de mortalidad infantil (Cuadro 16).

*Cuadro 16. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2013.*

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreucó	0	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	9	Loventué	0
Catriló	0	Maracó	6,3
Chalileo	23,3	Puelén	23,3
Chapaleufú	5,6	Quem� Quem�	9,9
Chicalcó	105,3	Rancul	5,6
Conhelo	0	Realic�	11,2
Curacó	0	Toay	0
Guatraché	24,4	Trenel	11,8
Hucal	11,8	Utracán	11,6

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

En 2014, La Pampa registró una TMI de 5,4‰ mostrando una disminución de 2,5 puntos en comparación con el año anterior. Hucal, con una TMI de 33,9‰, reportó la tasa más alta para ese año y departamento Chapaleufú registró valores superiores al 20‰. Los departamentos Quem  Quem , Puelén, Lihuel Calel, Limay Mahuida, Chalileo, Caleu Caleu, Toay, Trenel, Atreucó, Conhelo, Curacó, Chalileo y Catriló, no registraron muertes infantiles para dicho año (Cuadro 17).

*Cuadro 17. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2014.*

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreucó	14,9	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	5,9	Loventué	8,2
Catriló	0	Maracó	3,5
Chalileo	0	Puelén	0
Chapaleufú	20,4	Quem� Quem�	0
Chicalcó	0	Rancul	6,2
Conhelo	0	Realic�	3,9
Curacó	0	Toay	0
Guatraché	0	Trenel	0
Hucal	33,9	Utracán	7,1

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

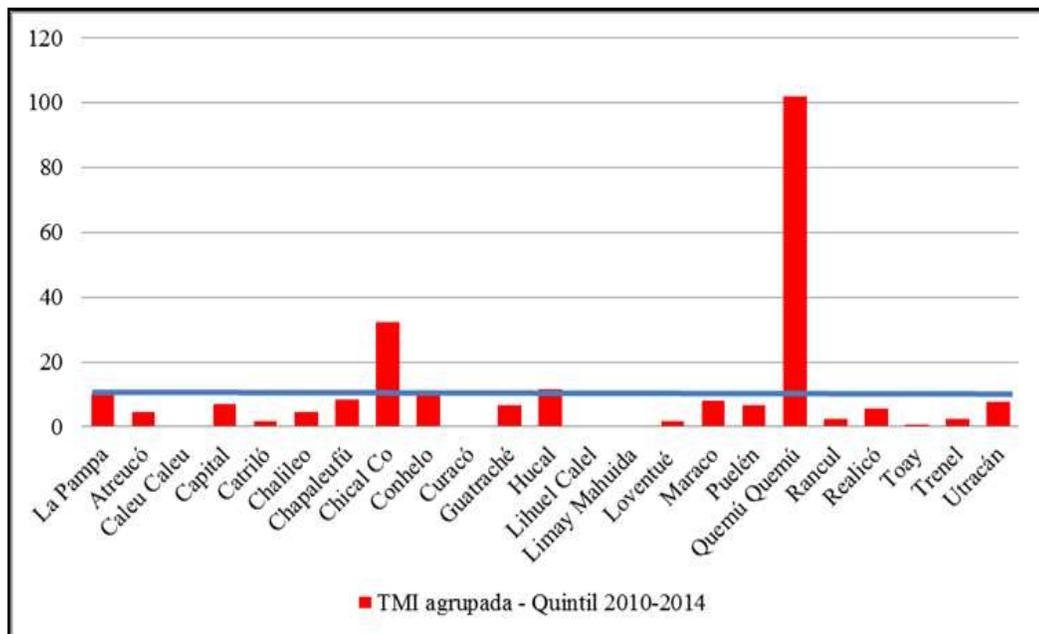
El análisis agrupado del quintil 2010-2014 muestra una tasa promedio provincial de 10,23‰. El departamento Quem  Quem  presentó la tasa promedio más elevada del período con 101,98‰, debido al pico de 500‰ ocurrido en 2013. El departamento Chicalcó registró, durante

el quintil, una tasa promedio de 32,18% debido a sus valores elevados durante algunos años. Por su parte, el departamento Conhelo registró valores promedios superiores a la media provincial. Los departamentos Caleu Caleu, Curacó, Lihuel Calel y Limay Mahuida presentaron tasas 0, debido fundamentalmente a sus escasas o nulas tasas de natalidad. Los demás departamentos mostraron valores inferiores a la media provincial (Cuadro 18 y Figuras 16 y 17).

*Cuadro 18. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamento agrupada, 2010-2014*

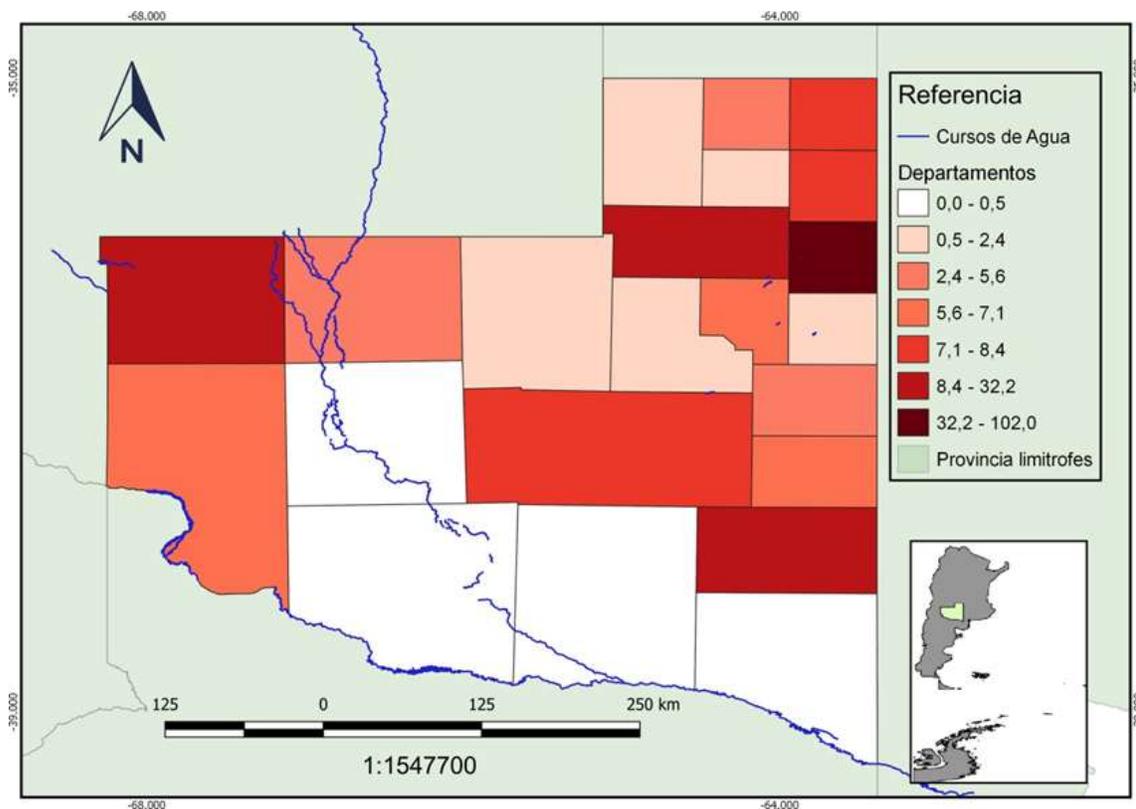
Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreucó	4,56	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	7,14	Loventué	1,64
Catriló	1,72	Maracó	8,04
Chalileo	4,66	Puelén	6,68
Chapaleufú	8,4	Quemú Quemú	101,98
Chicalcó	32,18	Rancul	2,36
Conhelo	11,24	Realicó	5,62
Curacó	0	Toay	0,76
Guatraché	6,7	Trenel	2,36
Hucal	11,58	Utracán	7,64

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.



*Figura 16. La Pampa. TMI por departamento agrupada 2010-2014.*

Fuente: elaboración propia con datos de la Subsecretaría de Estadísticas y Censos de La Pampa.



*Figura 17. La Pampa. TMI por departamento agrupada 2010-2014.*

Fuente: elaboración propia con datos de la Subsecretaría de Estadísticas y Censos de La Pampa.

La distribución del TMI en La Pampa durante este corte temporal configura en el territorio una representación muy heterogénea y confirma las irregularidades de la ocurrencia de la mortalidad infantil en el quintil analizado. El departamento Quemú Quemú sobresale a partir de un hecho estadísticamente atípico al registrar, en un año, la mitad de muertes infantiles en relación con los nacimientos, lo que provocó el aumento promedio para el quintil. Los departamentos que confirman mayores vulnerabilidades a partir de la mayor regularidad de sus tasas altas son Chicalcó, Conhelo y Hucal. A diferencia de los quintiles anteriores son más los departamentos que han logrado sostenerse por debajo de la media provincial.

#### **5.2.4. Cuarto quintil 2015-2019**

Durante el año 2015 en el territorio pampeano la TMI fue de 7,7‰, representando un aumento de 2,3 puntos respecto del 2014. Con una TMI de 1.000‰ el departamento Caleu Caleu registró una condición estadísticamente atípica, y socialmente preocupante, ya que todos los nacimientos ocurridos durante ese año (4 en números absolutos) resultaron en muerte infantiles menores de un año. Utracán, con 92,4‰, manifestó tasas elevadas para este año, mientras que

Loventué supero el 20%. A su vez, los departamentos Chapaleufú, Conhelo, Puelén, Quemú Quemú, Rancul, Toay y Trenel, registraron valores superiores a la media provincial. Por su parte, los departamentos Lihuel Calel, Limay Mahuida, Chalileo, Guatraché, Hucal, Quemú Quemú, Curacó y Chicalcó no registraron mortalidades infantiles para el año considerado (Cuadro 19).

*Cuadro 19. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2015.*

<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>	<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>
Atreucó	7,6	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	1000	Limay Mahuida	0
Capital	5,1	Loventué	20,8
Catriló	0	Maracó	8,1
Chalileo	0	Puelén	14,7
Chapaleufú	11,5	Quemú Quemú	9,2
Chicalcó	0	Rancul	7,8
Conhelo	11,8	Realicó	4,4
Curacó	0	Toay	10,8
Guatraché	0	Trenel	13,5
Hucal	0	Utracán	92,4

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa

El 2016, en La Pampa, se registró un TMI de 6,3%. Esta tasa responde a que en la mayoría de los departamentos se registraron tasas bajas a excepción del departamento Curaco donde la mortalidad infantil ascendió a 37%. Los departamentos Puelén, Rancul, Toay y Trenes registraron valores por encima de la media provincial, Por su parte, los departamentos Utracán, Hucal, Guatraché, Atreucó, Lihuel Calel, Limay Mahuida, Caleu Caleu, Loventué, Curacó, Chicalcó, Chalileo y Catriló, no registraron muertes infantiles (Cuadro 20).

*Cuadro 20. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2016.*

<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>	<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>
Atreucó	0	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	5,3	Loventué	0
Catriló	0	Maracó	5
Chalileo	0	Puelén	14,9
Chapaleufú	5,6	Quemú Quemú	0
Chicalcó	0	Rancul	12,3
Conhelo	5,3	Realicó	8,2
Curacó	37	Toay	11,2
Guatraché	0	Trenel	14,7
Hucal	0	Utracán	0

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

El 2017, la TMI pampeana ascendió al 13,9%, superando, nuevamente, un dígito. Varios departamentos registraron valores elevados, por encima de la media provincial: Chicalcó con 83,3%, Conhelo con 21,9%, Quemú Quemú con 21,1%, Loventué con el 18,7% y Rancul, Realicó y Guatraché con valores que superaron el 10%. Los departamentos de Utracán, Lihuel Calel, Limay Mahuida, Chalileo, Chapaleufú, Hucal, Puelén, Curacó y Trenel no registraron

muerres infantiles (Cuadro 21).

*Cuadro 21. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2017.*

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreucó	7,2	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	6	Loventué	18,7
Catriló	9	Maracó	8,4
Chalileo	0	Puelén	0
Chapaleufú	0	Quemú Quemú	21,1
Chicalcó	83,3	Rancul	12,7
Conhelo	21,9	Realicó	12,4
Curacó	0	Toay	4,2
Guatraché	10,3	Trenel	0
Hucal	0	Utracán	0

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

Durante el año 2018, la TMI fue de 8,4‰, representando una disminución de 5,5 puntos con respecto al año anterior. Con un TMI de 37,3‰ el departamento de Rancul fue el más alto de ese año siguiéndole el departamento Chapaleufú con 21,7‰. Atreucó, Loventué, Quemú Quemú y Trenel registraron valores por encima del promedio provincial. Los departamentos Catriló, Lihuel Calel, Limay Mahuida, Chalileo, Guatraché, Hucal, Caleu Caleu, Puelén, Curacó y Chicalcó no registraron mortalidad infantil (Cuadro 22).

*Cuadro 22. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2018.*

Departamentos	TMI	Departamentos	TMI
Atreucó	17,4	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	7,7	Loventué	11,4
Catriló	0	Maracó	5,9
Chalileo	0	Puelén	0
Chapaleufú	21,7	Quemú Quemú	9,2
Chicalcó	0	Rancul	37,3
Conhelo	5,5	Realicó	4,6
Curacó	0	Toay	4,6
Guatraché	0	Trenel	16,4
Hucal	0	Utracán	4,5

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

En el año 2019 se registró una TMI de 7,2‰ en la provincia, con una disminución de 1,2 puntos en comparación con el año anterior. Los valores más elevados se registraron en los departamentos Quemú Quemú (25‰) y Hucal con 15,6‰. Los departamentos que registraron 0‰ de TMI fueron Trenel, Rancul, Puelén, Lihuel Calel, Limay Mahuida, Caleu Caleu, Curacó, Chalileo y Chicalcó. Atreucó, Capital, Catriló, Guatraché, Loventué, Realicó y Toay mostraron valores superiores al promedio anual (Cuadro 23).

*Cuadro 23. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, 2019.*

<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>	<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>
Atreucó	8,8	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	0	Limay Mahuida	0
Capital	9,9	Loventué	11,8
Catrilo	10,8	Maracó	2,2
Chalileo	0	Puelén	0
Chapaleufú	6,4	Quemú Quemú	25
Chicalcó	0	Rancul	0
Conhelo	6,6,	Realicó	4,5
Curacó	0	Toay	9,8
Guatraché	11,9	Trenel	0
Hucal	15,60	Utracán	9,4

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

En el periodo acumulado 2015-2019 la provincia tuvo un TMI promedio del 16,64‰ siendo un valor elevado si se lo compara con los valores esperados –inferior a dos dígitos-. El departamento Caleu Caleu registro el promedio más alto (200‰), dado por el pico ocurrido en 2015 de 1000‰. Este valor elevó la media de toda la provincia, aunque se destaca que durante los 4 años restantes el mismo departamento no registró muertes infantiles. Con esto se demuestra la irregularidad del comportamiento de muchos departamentos. Para el quintil, además del departamento mencionado, solo los departamentos Utracán (21,26‰) y Chical Có (16,66‰) superaron el promedio provincial. Los departamentos Curacó, Chalileo, Lihuel Calel y Limay Mahuida no registraron mortalidad infantil durante el quintil analizado (Cuadro 24 y figuras 18 y 19).

*Cuadro 24. La Pampa. Mortalidad Infantil por departamentos, agrupada 2015-2019.*

<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>	<b>Departamentos</b>	<b>TMI</b>
Atreucó	8,2	Lihuel Calel	0
Caleu Caleu	200	Limay Mahuida	0
Capital	6,8	Loventué	12,54
Catrilo	3,960	Maracó	5,92
Chalileo	0	Puelén	5,920
Chapaleufú	9,04	Quemú Quemú	12,9
Chicalcó	16,66	Rancul	14,02
Conhelo	10,22	Realicó	6,82
Curacó	0	Toay	8,12
Guatraché	11,84	Trenel	8,92
Hucal	3,12	Utracán	21,26

Fuente: Subsecretaría de Estadísticas y Censos de la provincia de La Pampa.

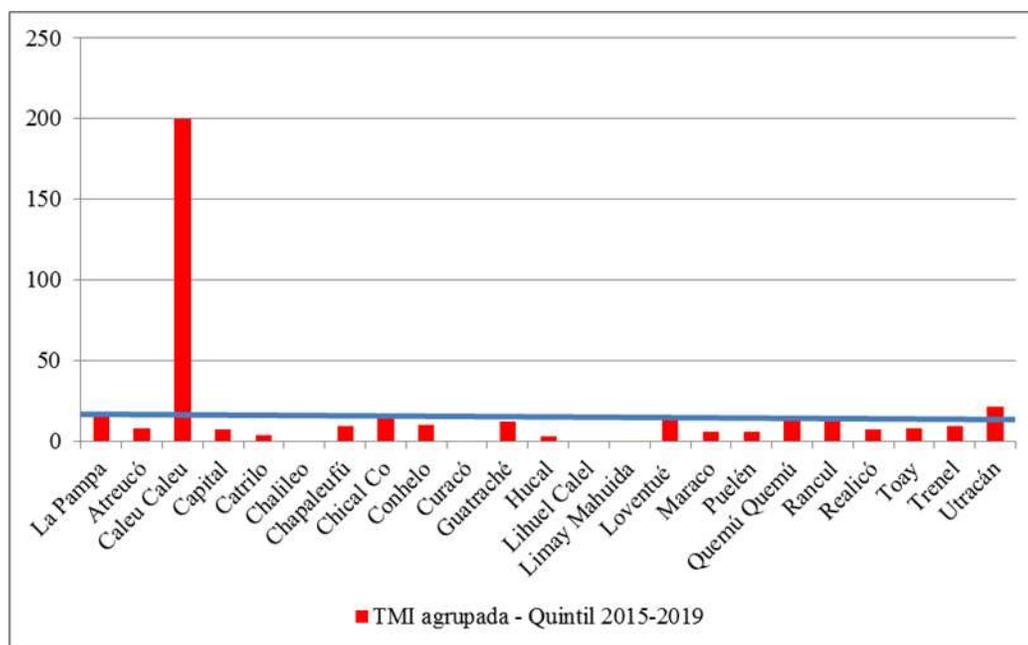


Figura 18. La Pampa. TMI por departamento agrupada 2015-2019.

Fuente: elaboración propia con datos de la Subsecretaría de Estadísticas y Censos de La Pampa.

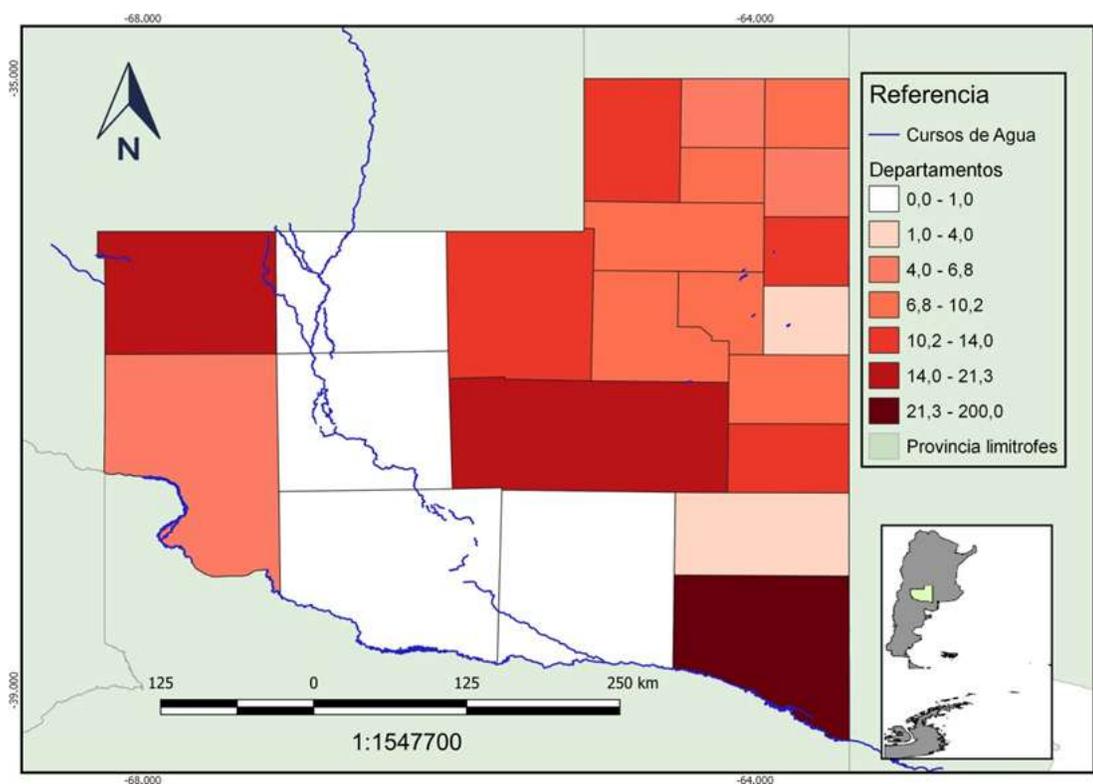


Figura 19. La Pampa. TMI por departamento agrupada 2015-2019.

Fuente: elaboración propia con datos de la Subsecretaría de Estadísticas y Censos de La Pampa.

### 5.3. Análisis general de los datos cuantitativos totales y por departamentos para el período 2000-2019

Para el período analizado, la provincia de La Pampa presenta desequilibrios entre sus departamentos. Durante el periodo 2000-2019 se reconoce un descenso progresivo partiendo en el año 2000 con 14,04‰ y en el 2019 con 7,02‰. Este descenso ha tenido picos altos como los registrados durante el año 2002 con 12,03‰, 2004 con 14,43‰ y en el 2017 con 13,09‰. Estos tres puntos elevados reconocen que las dos tasas ocurridas en 2012 (Caleu Caleu 1000‰) y Quemú Quemú (500‰) en el 2015, se trataron de casos atípicos que no afectaron la tasa media de la provincia.

Con respecto a Chicalcó (27,36 ‰), se advierte que las tasas se han mantenido altas durante todo el período, indicando la ocurrencia se debe a factores estructurales internos, tal como se verá más adelante. Además de los hechos atípicos de Caleu Caley y Quemú Quemú, se evidencia la relación entre la MI y la Natalidad (departamentos Lihuel Calel, Curacó y Limay Mahuida) donde las tasas de 0‰ se corresponden con años de cero Natalidad (Figura 20).

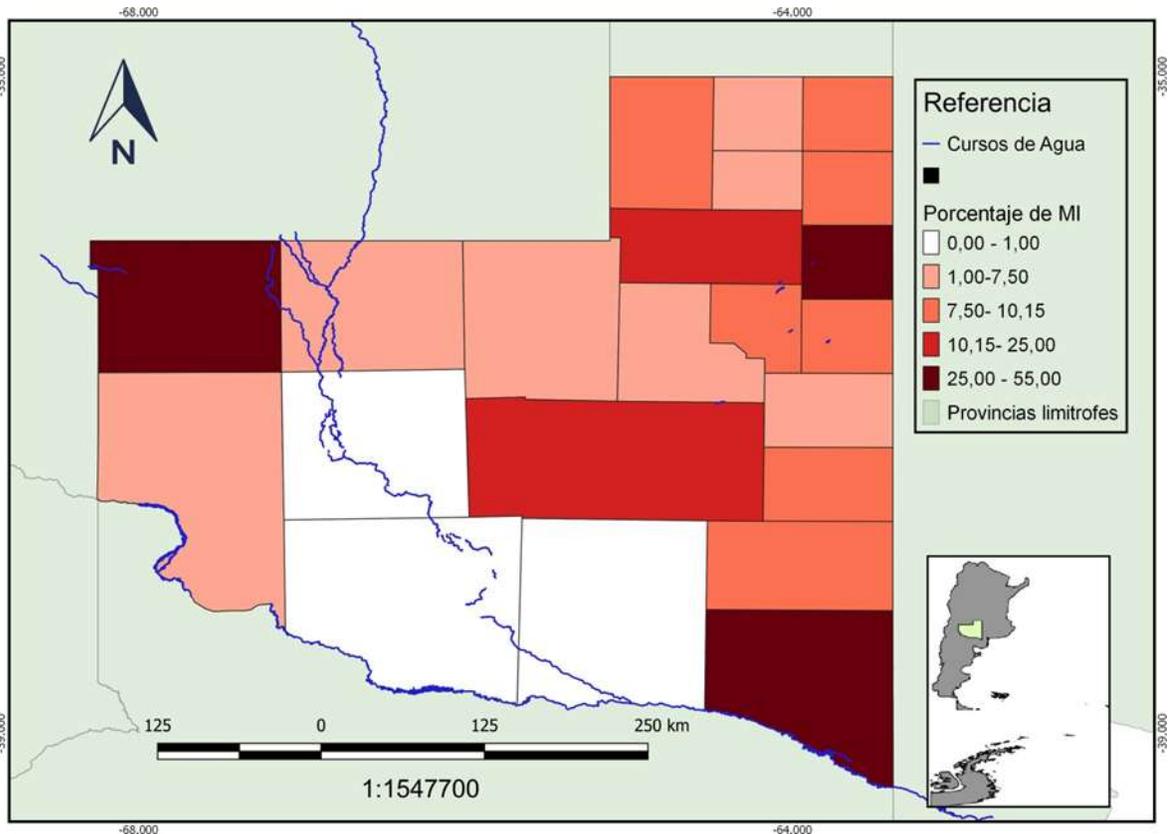


Figura 20. La Pampa. TMI por departamento agrupada 2000-2019.

Fuente: elaboración propia con datos de la Subsecretaría de Estadísticas y Censos de La Pampa.

Lamentablemente no se pudo acceder a las causas que provocan la mortalidad infantil en La Pampa para el período considerado<sup>24</sup>. Según los datos obtenidos por Lausirica (2013), para el período 1999-2009, las principales causas de la MI en La Pampa fueron los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal, la segunda causa relacionada con las afecciones del sistema respiratorio, siguiéndole las malformaciones congénitas, sepsis bacteriana del recién nacido, hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento y otras malformaciones congénitas del sistema nervioso y corazón, sin especificarse los porcentajes. Con respecto a los criterios de reducibilidad el 43,5% de las muertes neonatales se produjo por causas reducibles y 61,7% de las muertes postneonatales podrían haber sido evitadas con prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno; todas ellas relacionadas con las condiciones de vida de los/las menores de un año y las madres (Figuras 21.y 22.)

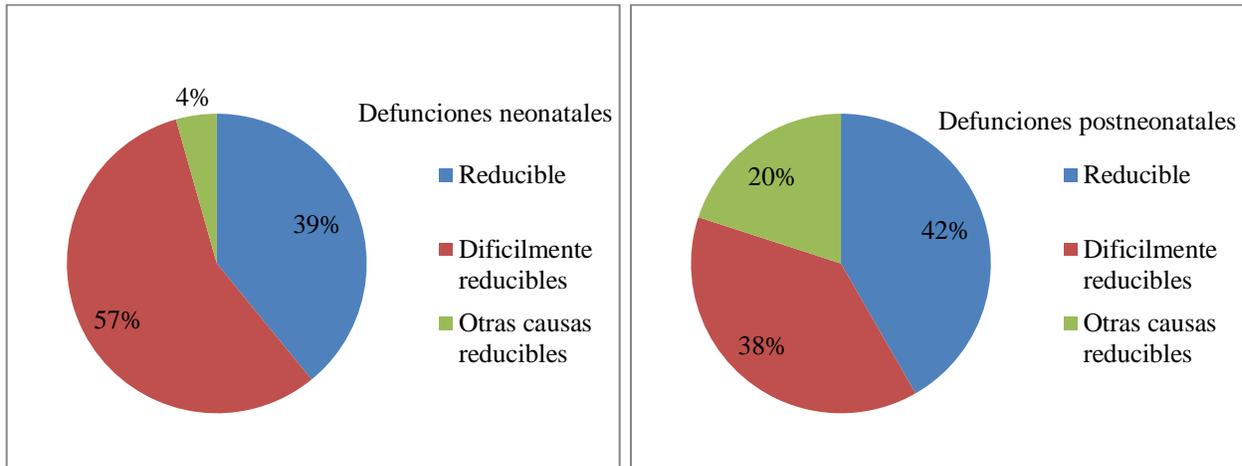


Figura 21. Reducibilidad de la mortalidad neonatal en La Pampa, 2009.

Figura 22. Reducibilidad de la mortalidad postneonatal en La Pampa, 2009.

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia de La Pampa, 2012, extraído de Lausirica, 2013, p. 39.

<sup>24</sup> Si bien se solicitaron los datos a los organismos públicos pertinentes la información no fue suministrada.

## CAPÍTULO 6

### PROGRESIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTOS, 2000-2019

#### 6.1.Consideraciones generales

La progresión de la TMI a nivel mundial va en descenso, desde 75,8‰ en el año 2000 a 37,7‰ en 2019. Este descenso indica una baja de 54,5‰ en un periodo de 20 años. En Argentina el descenso, también, ha sido progresivo, aunque al comenzar el período con tasas más bajas la reducción adquiere un ritmo más lento a medida que se acerca al límite de la irreducibilidad. Mientras que en 2000 la TMI fue de 18,6‰ para 2019 el registro arrojó 9,25‰.

En la provincia de la Pampa, tal como se ha analizado en el capítulo anterior, también se observa un descenso de las tasas –de 14,4‰ registrados en el 2000 a 7,2‰ en el 2019 (Figura 23).

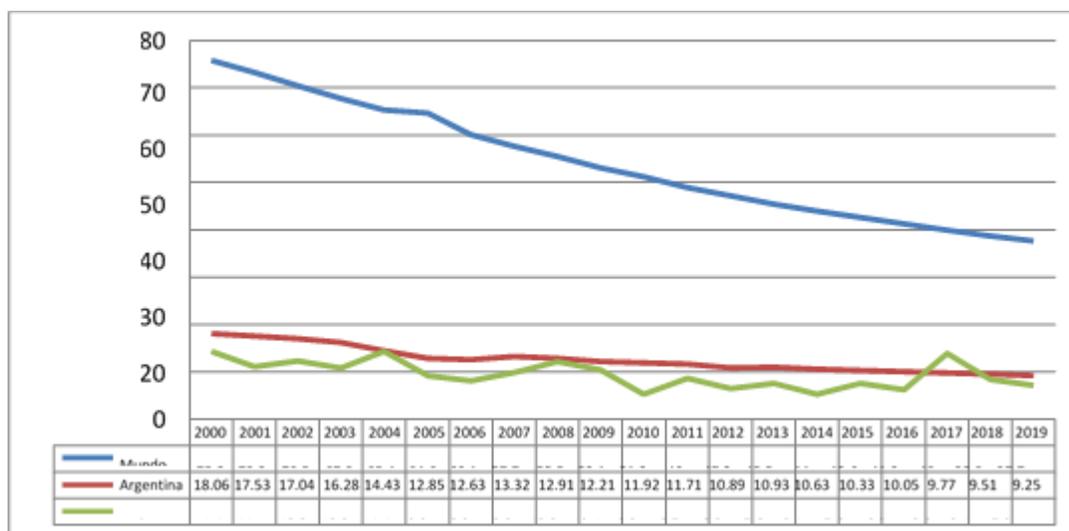


Figura 23. Evolución de la mortalidad infantil en el mundo, Argentina y La Pampa, 2000-2019.

Fuente: elaboración propia con datos de ONU e INDEC.

Se advierte que a medida que la escala espacial se agranda se manifiestan con mayor claridad las irregularidades en el comportamiento de la curva así como los desequilibrios territoriales internos. La TMI de La Pampa se ha mantenido, en la mayoría de los años, por debajo del promedio nacional.

Estadísticamente, se conoce que al interior de los países, provincias, departamentos, ejidos urbanos, barrios y otras escalas geográficas, este indicador suele presentar dispersiones según la escala. A fin de reconocer los desequilibrios internos es necesario realizar análisis desagregados por escalas lo que permite obtener representaciones cartográficas más acabadas de la distribución de las tasas que permiten visualizar dicha heterogeneidad interna.

Seguidamente se realizará un análisis del comportamiento progresivo de la mortalidad infantil en La Pampa, a escala departamental, en el período seleccionado, con el propósito de comenzar a dilucidar, mediante el análisis de los datos cuantitativos, los desequilibrios internos de la ocurrencia.

## 6.2. Evolución de la TMI por departamentos de La Pampa, 2000-2019

El departamento Atreucó presentó una TMI promedio durante el periodo 2000-2019 de 7,52%, cifra inferior a la media provincial (9,51%). Este dato permite ubicar a Atreucó en la posición número catorce según la ocurrencia de la mortalidad infantil en La Pampa. Las irregularidades de la ocurrencia se evidencian en sus picos, siendo el mayor de ellos en 2001 con una tasa de 30,5%. De los veinte años analizados, en solo 4 superó el promedio provincial (2002, 2003, 2014 y 2018) y el resto registró tasas 0 (Figura 24.).

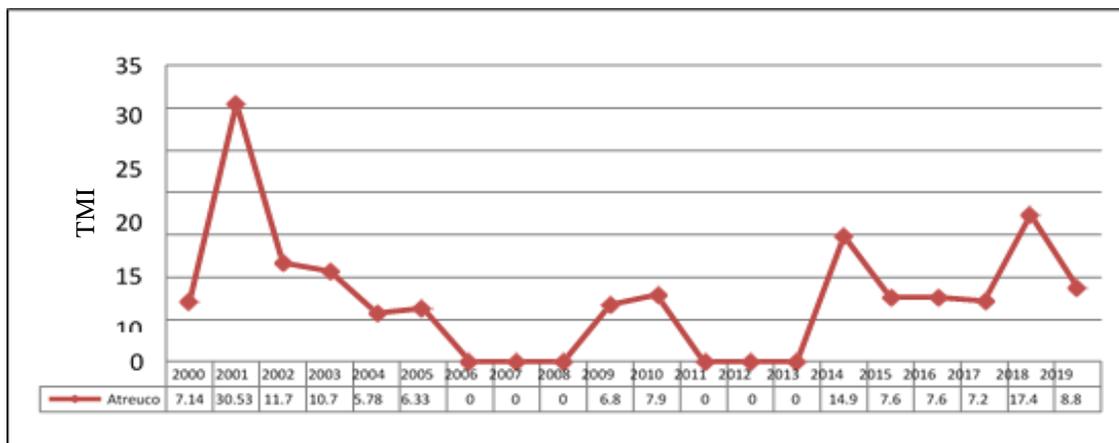


Figura 24. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Atreucó, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

Caleu Caleu, es el departamento que presentó la TMI más alta en un año, con un 1.000%, durante 2015, y es la mayor en el periodo 2000-2019, dado por un solo nacimiento y la defunción del mismo. Esta cifra, aumentó el promedio de la TMI del departamento a un 68,33% y el promedio general de La Pampa a un 52,43%, para ese año. Esta situación provocó un

desequilibrio evidente en la ocurrencia de la mortalidad infantil. Sin lugar a dudas, el hecho ha sido un evento atípico, desde el punto de vista estadístico, ya que en el resto del período analizado el departamento no denunció casos de mortalidad infantil a excepción de 2007 (Figura 25.).

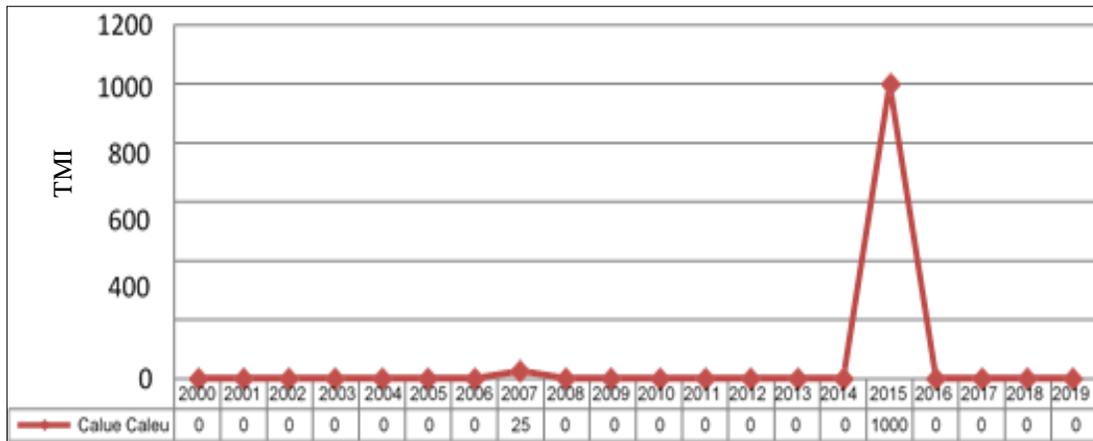


Figura 25. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Caleu Caleu, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

El departamento Capital, es el de mayor densidad poblacional y el que posee más cantidad de centros asistenciales y el de mayor complejidad. Aun así, presenta grandes fluctuaciones en cuanto a las TMI, con un promedio de 9,80% superando a la media provincial por 0,29%. Sin lugar a dudas es el departamento que orienta la tendencia de los promedios provinciales y ocupa la octava posición por ocurrencia de casos. En la evolución, se advierte un pico de TMI de 19,2%, en el 2007 y la tasa más baja, ocurrida en 2010, con el 4,1% (Figura 26.).

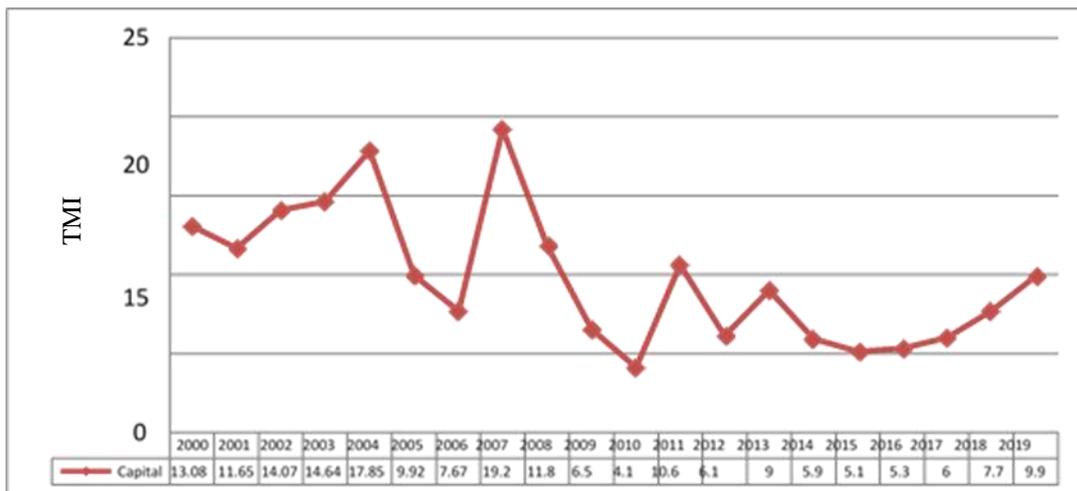


Figura 26. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Capital, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

Catriló, presenta un promedio, para el período estudiado, de 7,96% de TMI encontrándose

por debajo del promedio provincial (9,51%), situando al departamento en la decimotercera posición para el período considerado. El departamento vuelve a mostrar la irregularidad de la ocurrencia. El mayor pico se registró en 2005 con 31,5% y sus tasas más bajas en 2009, 2010, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2018 con valores 0 (Figura 27.).

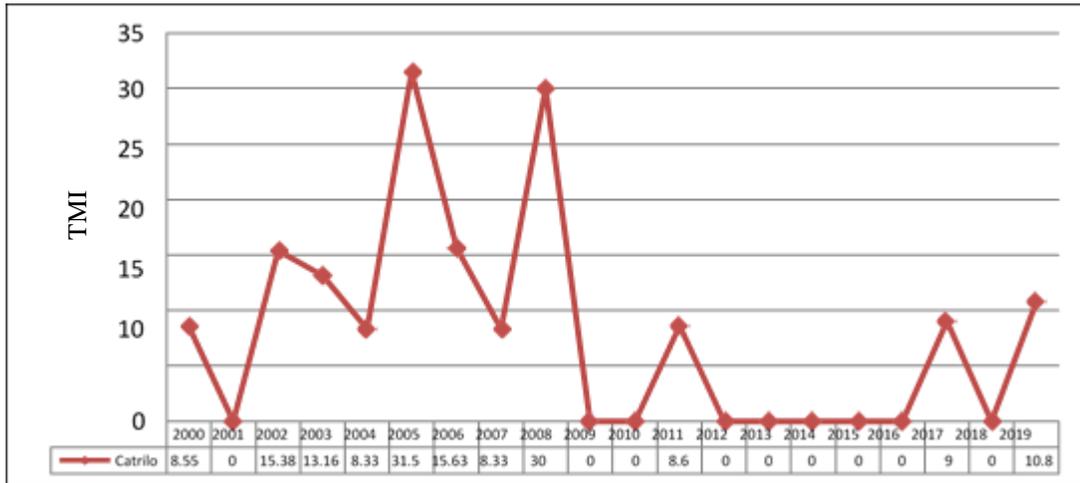


Figura 27. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Catriló, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

Para el período considerado, el departamento Chalileo, arrojó un promedio de 4,08% de MI, encontrándose 5,43 puntos por debajo del promedio provincial. Su desfasaje se da en tres años, siendo el del 2000 su punto más alto con 35,7%. El resto de los años no registró casos de ocurrencia de muertes infantiles (Figura 28.).

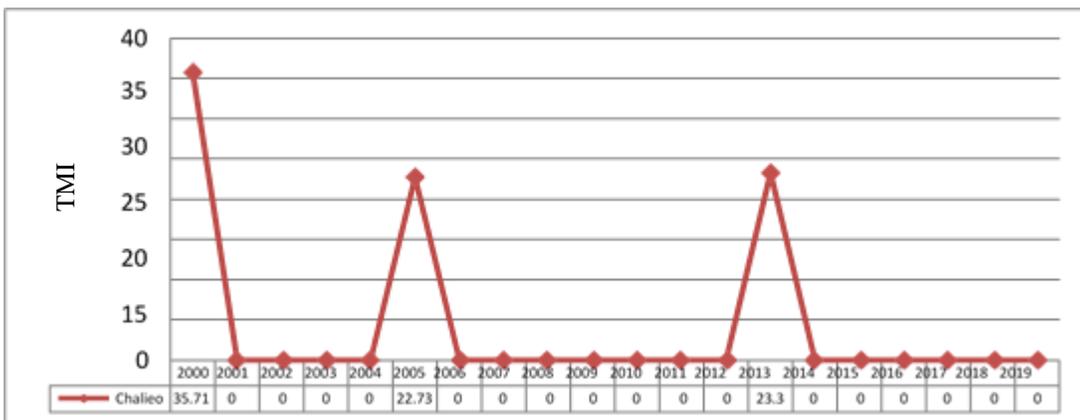


Figura 28. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Chalileo, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

Chapaleufú registro un promedio de 9,96% de TMI superando la tasa provincial por 0,45 puntos, colocándose en la posición séptima a nivel provincial. El departamento muestra cuatro años con tasas superiores al 20% (2004, 2005, 2014, y 2018) y su pico se registró en el 2005 con

23,7%, Las tasas más bajas se registraron durante el 2012 y 2017 con 0 (Figura 29.).

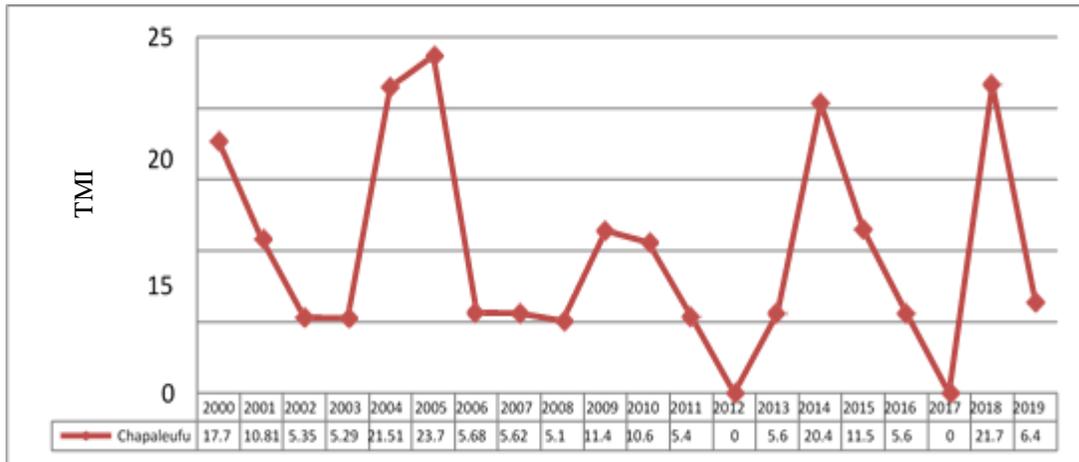


Figura 29. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Chapaleufú, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

El departamento Chicalcó se encuentra en la posición número tres del ranking provincial respecto al promedio de ocurrencia en el período considerado. El promedio del período fue de 27,36‰ superando ampliamente a la media provincial (9,51‰). Las tasas muestran un comportamiento oscilante entre años con tasas muy elevadas superiores al 40‰ y un pico máximo en 2009 con el 111,1‰. Durante once años (2002, 2003, 2007, 2008, 2011, 2012, 2014, 2015, 2016, 2018 y 2019) registró mortalidad infantil cero en coincidencia con los años en los que tuvo natalidad 0.

De esta manera, al vincular la mortalidad infantil con los números absolutos de la natalidad, según lo que propone la metodología CEPAL-CELADE (Álvarez, 2001), tomada para este estudio, se advierte que los casos de MI se producen cada año en que se registran mayor natalidad, lo que estaría indicando que los decesos se producen debido a causas endógenas y/o exógenas vinculadas con la situación previa de la madre o las condiciones en las que ocurre la vida de las/los niñas/os durante el primer año de vida (Figura 30.). En el capítulo 8, se establecerán los cruzamientos con los datos sociodemográficos a efectos de profundizar el análisis.

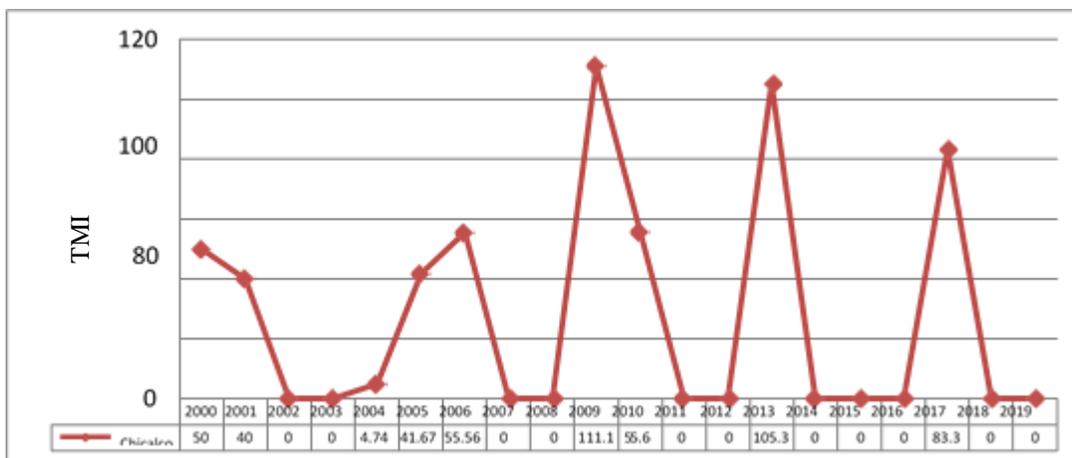


Figura 30. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Chicalc6, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

Conhelo es un departamento con un promedio de TMI de 11,56%, excediendo la media de La Pampa en 2,05 puntos, ubicándose en la quinta posición. La irregularidad de sus tasas muestra picos de ocurrencia en 2006 y 2011 con tasas superiores al 50%, alcanzando en 2011 a 56,2%. Durante los años 2001, 2002, 2004, 2008, 2015 y 2017, los valores superaron al promedio provincial. En 2003, 2010, 2012, 2013 y 2014, la MI fue 0 (Figura 31).

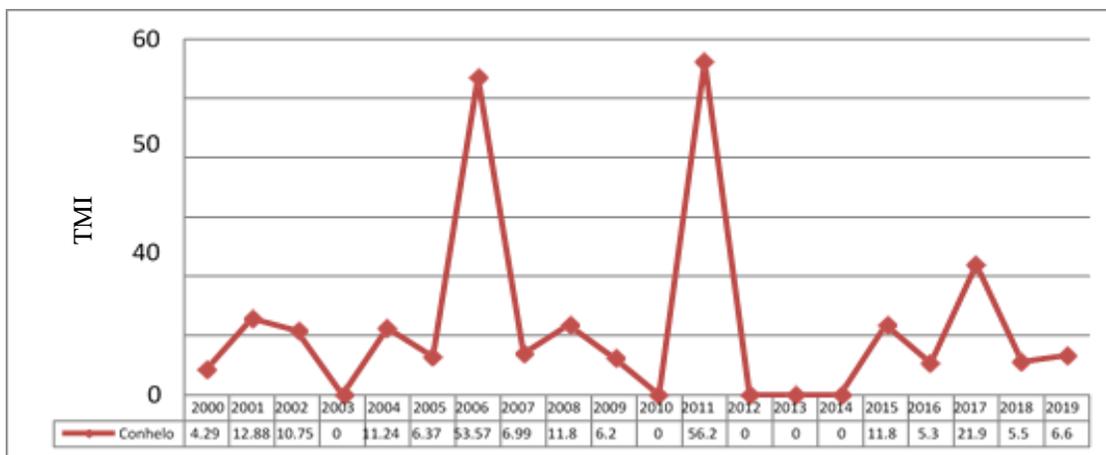


Figura 31. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Conhelo, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

Para el período considerado, el departamento Guatrach6 se coloca en la posición once con un promedio de 9,10% de TMI. Esta tasa es inferior al promedio provincial del período considerado. Este departamento ha registrado una considerable baja en sus tasas de mortalidad infantil respecto al período 1999-2009 donde las mismas alcanzaron un promedio de 14,44% con picos en 1999 de 36,8% y 2007 con 22,1%.

Según los estudios realizados por Claudia Lausirica (2009 y 2013) y Eberle, Campos y

Santarelli (2004) el departamento presentaba algunas anomalías en el comportamiento demográfico, respecto del resto de los departamentos de La Pampa, que se evidenciaban en sus mayores tasas de analfabetismo, Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y Mortalidad Infantil y materna<sup>25</sup>.

Si bien las tasas han bajado, el departamento mantiene un comportamiento oscilante con un pico registrado en 2016 con 37‰ y en 2007 y 2013. Durante los años 2001, 2002, 2009, 2011, 2012, 2014, 2015 2018 presentó 0 (cero) mortalidad infantil (Figura 32.).

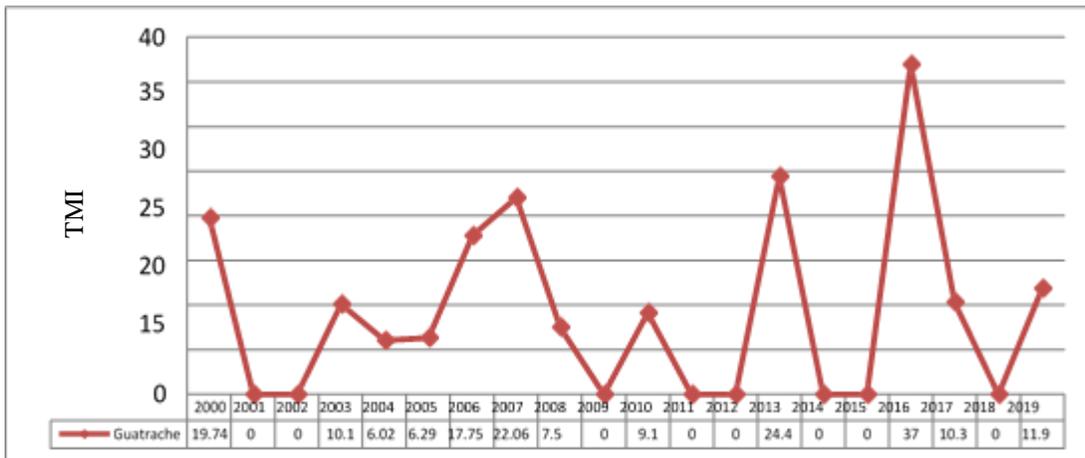


Figura 32. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Guatraché, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

La TMI promedio del departamento Hucal es de 8,62‰, ubicándose por debajo de los valores medios provinciales. Presenta dos picos pronunciados de MI (2009 y 2014), siendo el último de ellos el de mayor tasa (33,9‰). Algunos años superó el promedio provincial (2000, 2001, 2002, 2004, 2010, 2013 y 2019) y en otros (2005, 2006, 2007, 2008, 2011, 2012, 2015, 2016, 2017 y 2018) sus tasas fueron 0 (Figura 33).

<sup>25</sup> Según Lausirica (2013: p. 45) “El caso de Guatraché responde a una situación particular; durante la década del 80 arribó al departamento un grupo de familias de origen menonita que se ubicaron en la zona rural y aportaron un número aproximado de 1300 habitantes. Además de presentar algunos problemas con el parcelamiento excesivo de la tierra y la degradación de los suelos, la situación sociodemográfica de esta población también fue conflictiva por ser un grupo con pautas culturales vinculadas con su religión. El grupo se encarga de su educación y de la atención primaria de la salud, esto trajo serias dificultades al gobierno de la provincia de La Pampa, ya que, al no estar incorporados al sistema educativo, engrosaban las estadísticas de analfabetismo. Al conservar pautas reproductivas sin control de la natalidad, ésta engrosó los datos del departamento así como los de mortalidad infantil al no recibir los controles, del embarazo y el parto, adecuados. Esta situación generó una alteración en los comportamientos demográficos (tanto directa como indirectamente) (Eberle, Campos y Santarelli, 2004)

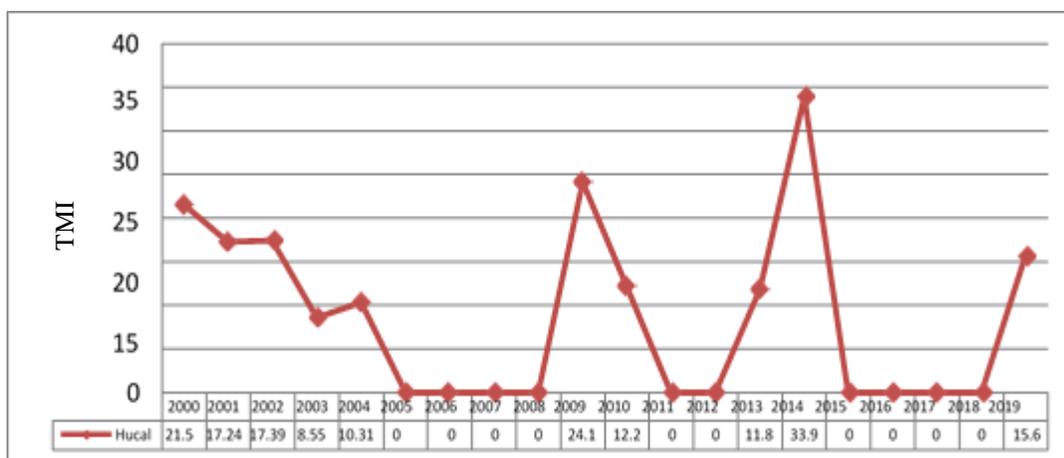


Figura 33. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Hucal, 2000-2019.

Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

El departamento Loventué presenta una TMI promedio de 6,36‰ para el período analizado, cifra inferior a la media provincial. El departamento muestra una variación de la curva con tres picos (2003, 2015 y 2017). Se destaca el del año 2015 donde registró el 20,8‰. Durante los años 2000, 2004, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2016, presentó valores 0, con un ascenso en el año 2017, un descenso en el 2018 y un nuevo ascenso en el 2019 (Figura 34.).

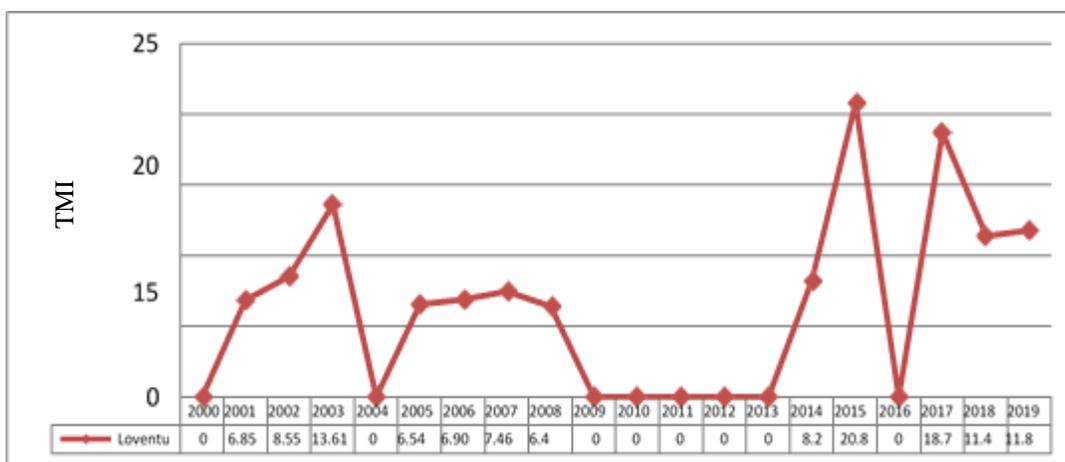


Figura 34. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Loventué, 2000-2019.

Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

El promedio de 9,97‰ perteneciente al departamento Maracó supera la media provincial por 0,46‰ lo que lo posiciona en el puesto seis. El comportamiento oscilante de la curva, a lo largo del período analizado, reconoce dos picos elevados durante los años 2000 y 2008 (20,99‰ y 21,70‰, respectivamente). A partir del 2008, si bien se mantienen las irregularidades de la curva se advierte un descenso de la misma, registrándose la tasa mínima hacia 2019 con 2,2‰, mostrando un descenso progresivo en los últimos 3 años (Figura 35.).

El departamento Maracó es el segundo más poblado de la provincia con 59.024 habitantes para el 2010, ubicándose en él la ciudad General Pico (56.795), la segunda más poblada de la provincia, en la cual se ubica el Establecimiento Asistencia “Gobernador Centeno”, el segundo en cuanto a jerarquía hospitalaria de la provincia. En él se atienden los partos y las patologías neonatales más graves de todo el norte y oeste provincial.

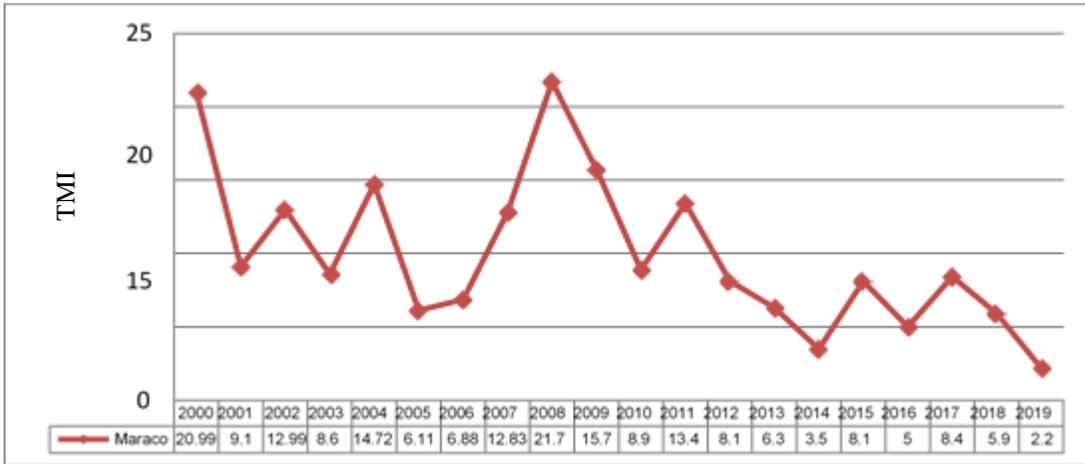


Figura 35. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Maracó, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

El departamento Puelén, arrojó una TMI promedio de 6,93%, ubicándose por debajo de la media provincial. Como en todos los departamentos analizados, en Puelén, las oscilaciones de la ocurrencia de la mortalidad infantil son frecuentes. Durante 2000 y 2013, se produjeron las mortalidades infantiles más altas del período analizado (19,23‰ y 23,30‰, respectivamente). Durante los años 2001, 2003, 2008, 2011, 2012, 2014, 2017, 2018 y 2019 se registraron tasas de 0‰ en coincidencia con natalidades 0 (Figura 36.).

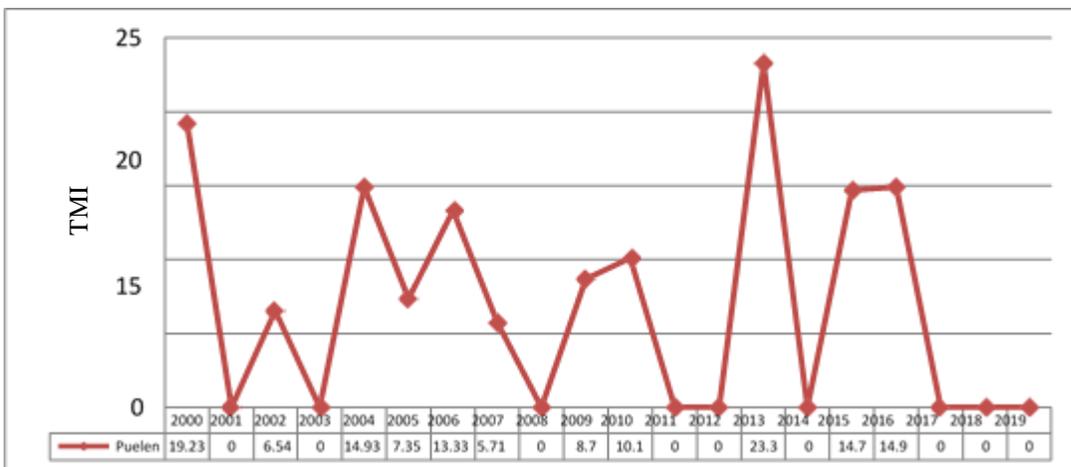


Figura 36. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Puelén, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

El departamento Quemú Quemú (Figura 35) muestra un promedio de mortalidad infantil para el período considerado de 32,22‰, ubicándose 22,71 puntos por mil por encima del promedio provincial. La elevada mortalidad infantil registrada en los veinte años analizados lo coloca en el segundo puesto de los departamentos con mayor ocurrencia. Esta tasa elevada responde a un caso atípico registrado en el 2012. Si bien el departamento presenta un pico de 500‰ de TMI durante el año 2012 (se produjeron dos nacimientos y una defunción de los mismos), éste representa un dato atípico, ya que las oscilaciones de curva dan cuenta que durante 8 años la curva se mantuvo en 0 (2001, 2006, 2007, 2008, 2010, 2011, 2014 y 2016) y en 7 (siete) años, superó la media provincial con valores que oscilaron entre 9,9‰ al 25‰ durante el 2019 (Figura 37.).

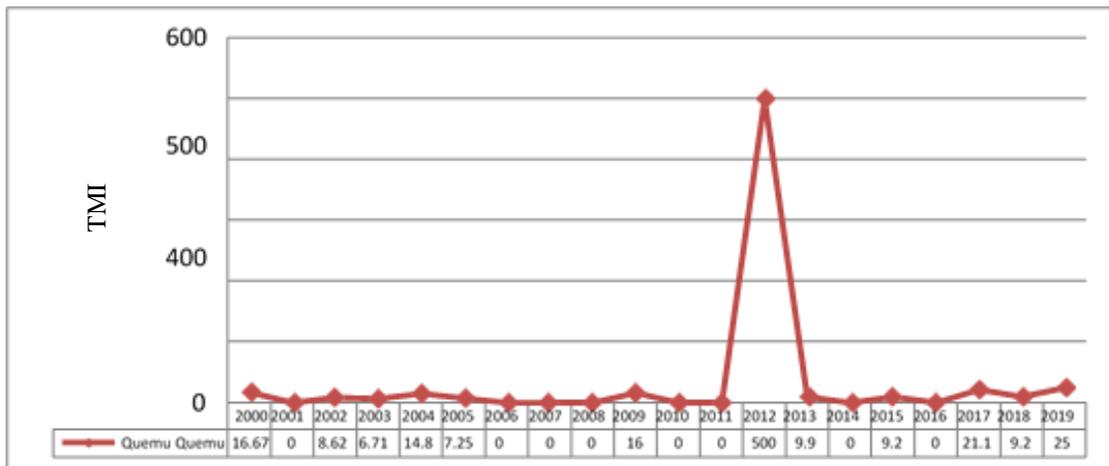


Figura 37. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Quemú Quemú, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

En el período analizado, el departamento Rancul registró una TMI inferior a la media provincial con 9,31‰. La curva da cuenta de dos picos; uno en 2002 con 24,75‰ y otro en 2018 con 37,3‰. Las oscilaciones dan cuenta de que la ocurrencia supera en algunos años el promedio provincial y en otras se encuentra por debajo o en 0 (2000, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2019) (Figura 38.).

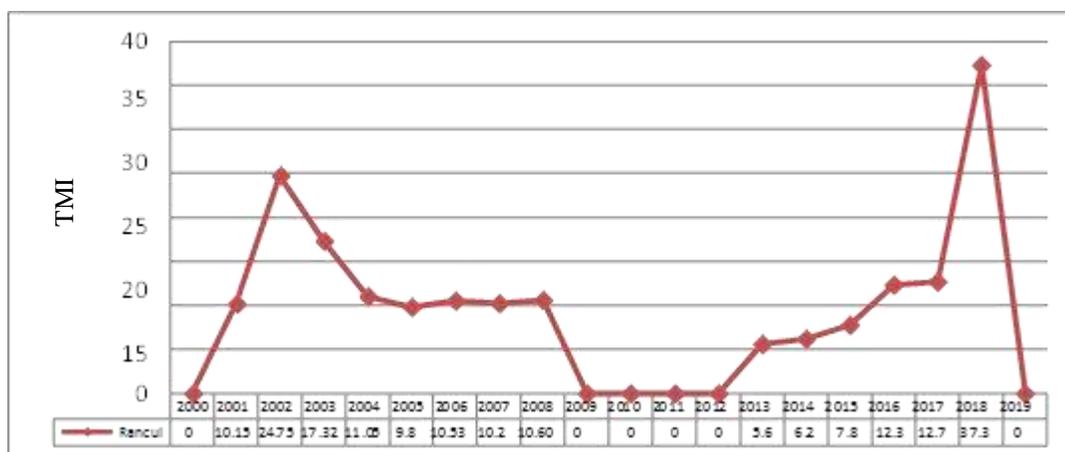


Figura 38. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Rancul, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

La ocurrencia de la mortalidad infantil en el departamento Realicó, se muestra irregular, como en todos los departamentos pampeanos. El promedio de ocurrencia durante el período analizado fue de 6,62%, ubicándose por debajo del promedio provincial. El año de máxima ocurrencia fue el 2001 con 23,1%; el resto presentó valores cercanos o por debajo del promedio provincial. En los años 2002, 2006, 2007, 2008 y 2011, la tasa fue 0. Desde 2017 se advierte un descenso progresivo (Figura 39.).

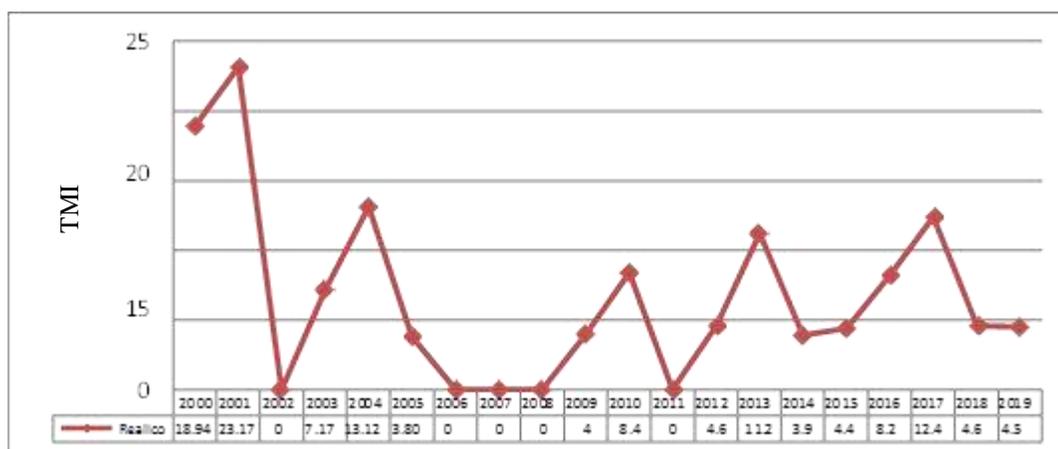


Figura 39. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Realicó, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

El departamento Toay se coloca en el lugar número nueve con un promedio de 9,60% de TMI, superior a la media provincial por 0,09%. El comportamiento de la curva es irregular, presentando dos picos máximos durante los años 2001 y 2007, siendo el primero el más alto con 28,5%. Los años 2011, 2012, 2013, 2014 registraron tasas 0 (Figura 40.).

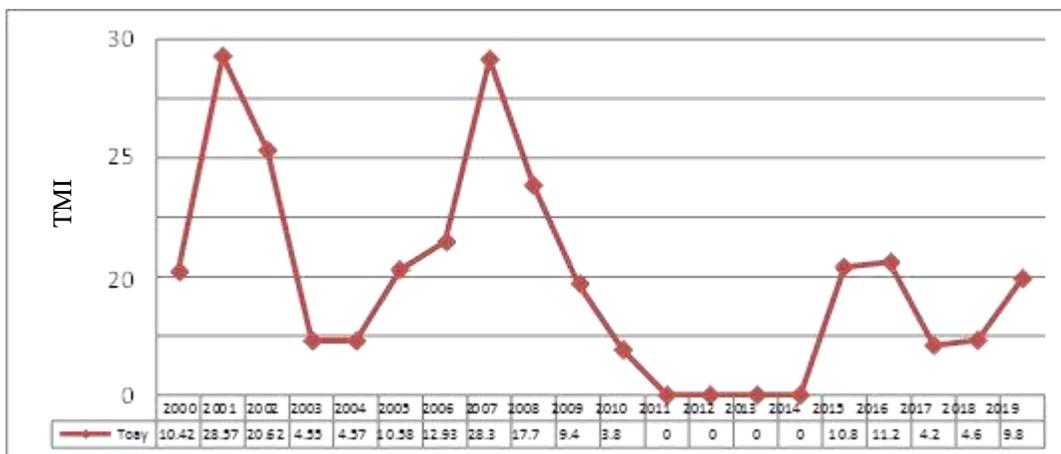


Figura 40. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Toay, 2000-2019.

Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

Para el período considerado, el promedio del departamento Trevelin fue de 6,37‰, ubicándose de la media provincial. Ocupa el lugar 17 (diecisiete) del ranking de ocurrencia. La evolución de la curva presenta un movimiento oscilante con picos de máxima (31,2‰) durante el 2009 y, en 11 (once) años de los 20 (veinte) analizados (2001, 2004, 2005, 2006, 2008, 2010, 2011, 2012, 2014, 2017 y 2019), registró tasas 0 (Figura 41.).

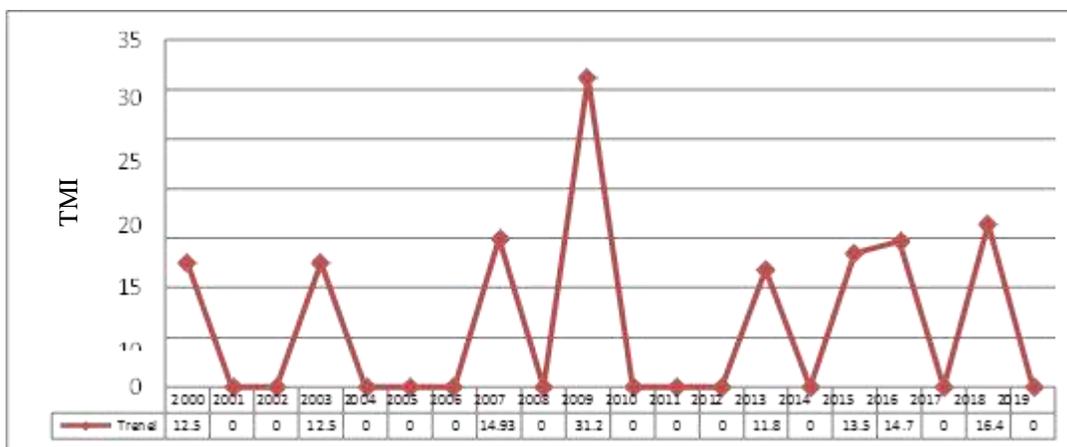


Figura 41. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Trevelin, 2000-2019.

Fuente: elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

El departamento Utracán registró un promedio de 16,6‰, ubicándose 7,11‰ por sobre la media provincial, lo que lo coloca en el puesto número cuatro de ocurrencia durante el período de veinte años considerado. Reconoce dos picos elevados durante los años 2007 y 2015 presentando en este último un TMI de 92,4‰. Por su parte, en el año 2017 registró una tasa del 70,94‰. Además, durante los años 2000, 2003, 2005, 2005, 2006, 2008, 2009, 2011 y 2013 registraron valores por encima del promedio provincial. En cuatro años (2002, 2012, 2016 y 2017) la tasa fue

0‰ (Figura 42.).

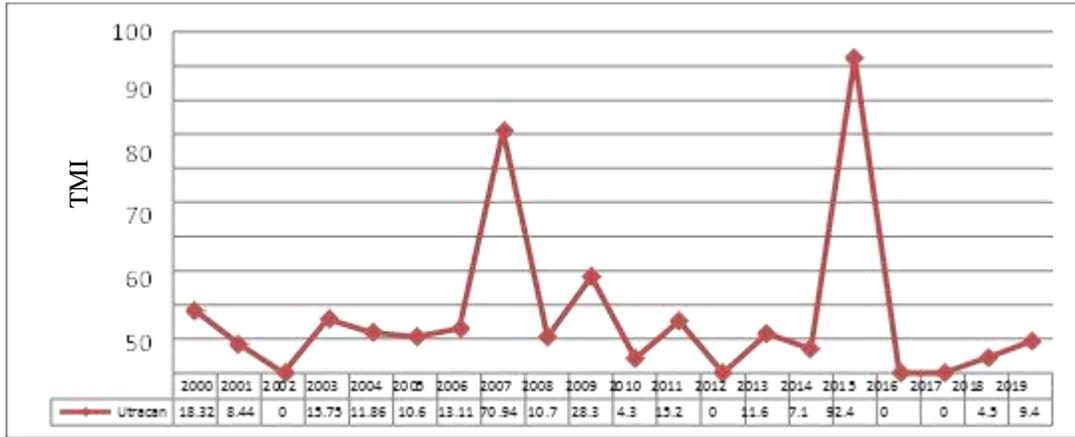


Figura 42. Evolución de la mortalidad infantil en el departamento Utracán, 2000-2019.  
Fuente: elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

Finalmente, los departamentos Curacó, Lihuel Calel y Limay Mahuida no registraron mortalidad infantil para el período considerado. Los tres departamentos presentan características demográficas similares: reducido volumen de población; extrema ruralidad; masculinidad elevada, envejecimiento poblacional, condiciones de NBI que dan cuenta de vulnerabilidad en los hogares. El porcentaje de mujeres en edad reproductiva es reducido por lo que durante el período la natalidad ha sido baja (Dillon, 2016)<sup>26</sup>.

### 6.3. Promedio agrupado del período

El agrupamiento de los valores del 2000-2019 muestra tres picos que superan el 25‰ siendo el más alto en el departamento Caleu Caleu con 51,25‰, seguido por Quemú Quemú con 32,22‰ y por último con 27,38‰ del departamento Chicalcó (Figura 41). La evolución de los diferentes valores entre los departamentos muestra un desequilibrio constante, que se evidencia en todos los departamentos. Pero solo los departamentos Limay Mahuida, Curacó y Lihuel Calel presentan una constante en cuanto a su progresión siendo de 0‰.

Si se compara con el promedio provincial del período, 12 departamentos han registrado un promedio inferior al de la provincia y 10 por encima de él, siendo los tres departamentos indicados los que lo han superado de manera más notoria (Figura 43.)

<sup>26</sup> Algunos de estos indicadores sociodemográficos son analizados en el capítulo

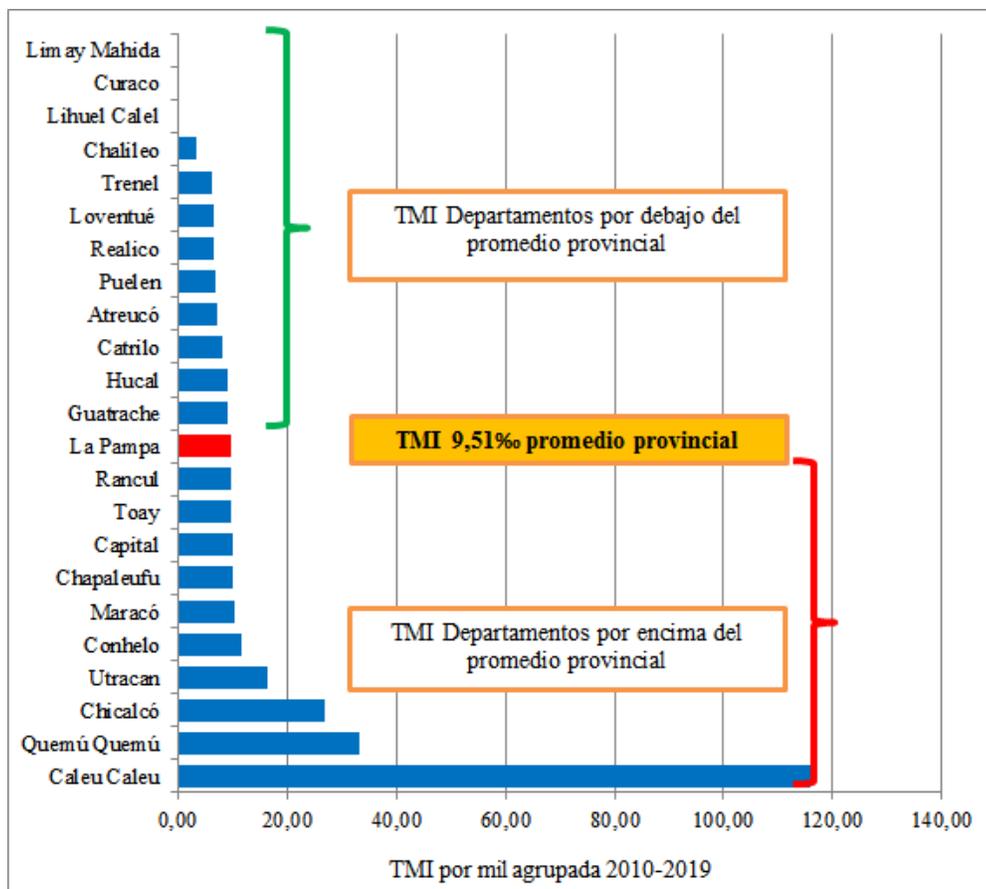


Figura 43. La Pampa y departamentos. TMI promedio agrupada del período 2000-2019.  
 Fuente: elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos de la provincia de La Pampa, 2001-2020.

## CAPÍTULO 7

### TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR ZONAS SANITARIAS, 2000-2019

#### 7.1. Características generales

Hasta el 2015, la división de las zonas sanitarias en la provincia de la Pampa incluyó 4 (cuatro) agrupamientos departamentales, donde estableció un centro asistencial zonal de cabecera. La separación de las zonas se distribuyó de la siguiente manera: Zona 1: Atreucó, Capital, Catrilo, Guatraché y Toay; Zona 2: Conhelo, Chapaleufú, Maracó, Quemú- Quemú, Rancul, Realicó y Trenel; Zona 3: Caleu-Caleu- Curacó, Hucal. Lihuel Calel, Limay Mahuida, Puelén y Utracán y Zona 4: Chalileo, Chicalcó y Loventué.

Para un mejor manejo del sistema sanitario, a partir de 2015, el sistema público de salud de la provincia se dividió en 5 zonas sanitarias y dos áreas programáticas (Santa Rosa y General Pico), estableciéndose la categorización de los centros de salud según diferentes niveles de complejidad de acuerdo al equipamiento, infraestructura, prestaciones e internaciones.

De esta manera, el Nivel 1 corresponde a los centros de menor complejidad y el nivel 8 al de mayor complejidad, correspondiendo este nivel al Hospital Lucio Molas de la ciudad de Santa Rosa. Para el 2021, La Pampa cuenta con 116 establecimientos asistenciales, centros de salud y postas sanitarias. Según datos del Ministerio de Salud de La Pampa<sup>27</sup>, las zonas sanitarias son (Figura 44.):

- ✓ Zona Sanitaria 1 concentra el 47,2% de la población de la provincia y comprende los departamentos Toay, Capital, Catrilo, Atreucó, Guatraché, el sector sur del departamento Conhelo y sur del departamento Utracán.
- ✓ Zona Sanitaria 2 reúne el 37,8% de la población y está conformada por los departamentos de Rancul, Realicó, Chapaleufú, Trenel, Maracó, Conhelo y Quemú Quemú.
- ✓ Zona Sanitaria 3 comprende, íntegramente, los departamentos Hucal, Caleu Caleu, Lihuel Calel y el sector sur del departamento Guatraché y el sudeste del departamento Utracán,

<sup>27</sup> Las zonas sanitarias no coinciden con los límites administrativos de los departamentos, sino que algunas abarcan sectores que incluyen localidades de otros departamentos

que comprende las localidades de Cuchillo Co y Colonia Santa María, contiene el 3% de la población.

- ✓ Zona Sanitaria 4, conformada por los departamentos de Chical C6, Chalileo y Loventu6 y el sector norte del departamento Limay Mahuida, concentra el 3,4% de la poblaci6n provincial.
- ✓ Zona Sanitaria 5, que incluye los departamentos de Curac6, Limay Mahuida, Puel6n y Utrac6n, contiene, aproximadamente, el 7% del total de la poblaci6n provincial.

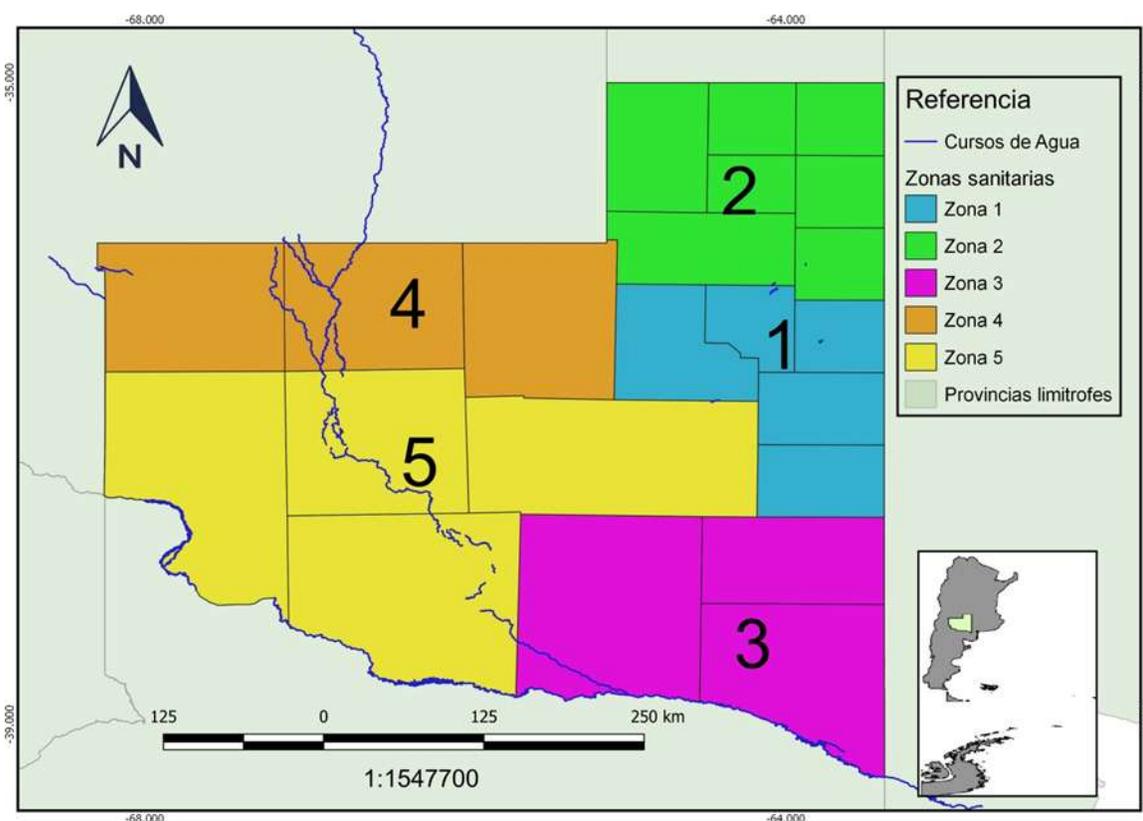


Figura 44. Mapa Sanitario de la provincia de La Pampa.

Fuente: Elaboraci6n propia con datos de la Direcci6n General de Estadísticas y Censos de LaPampa.

El sistema sanitario de La Pampa cuenta con 116 establecimientos asistenciales y centros de salud p6blicos. De ellos, 32 se encuentran en la zona sanitaria 1. El departamento Capital cuenta con 16 centros asistenciales y 15 de ellos se ubican en la ciudad de Santa Rosa distribuidos en todos los barrios de la ciudad. Presentan diferentes niveles de complejidad, desde el nivel 1 (menor complejidad) correspondiente a postas barriales y centros sanitarios, al nivel VIII (mayor complejidad). El establecimiento de mayor complejidad provincial es Hospital Lucio Molas de la ciudad de Santa Rosa, raz6n por la cual recibe derivaciones y pacientes de todo el territorio pampeano.

En la zona sanitaria II, el Hospital Gobernador Centeno de General Pico es el de mayor complejidad (VII). La Zona Sanitaria 2 posee la mayor cantidad de estos establecimientos

(53) y representan el 45,7% del total. El departamento Maracó concentra el mayor número de ellos (14) distribuidos entre establecimientos de salud, centros sanitarios y postas que se ubican en los distintos barrios de la ciudad.

La zona sanitaria 3 cuenta con 10 centros asistenciales; de ellos, 4 (cuatro) se ubican en el Hucal.

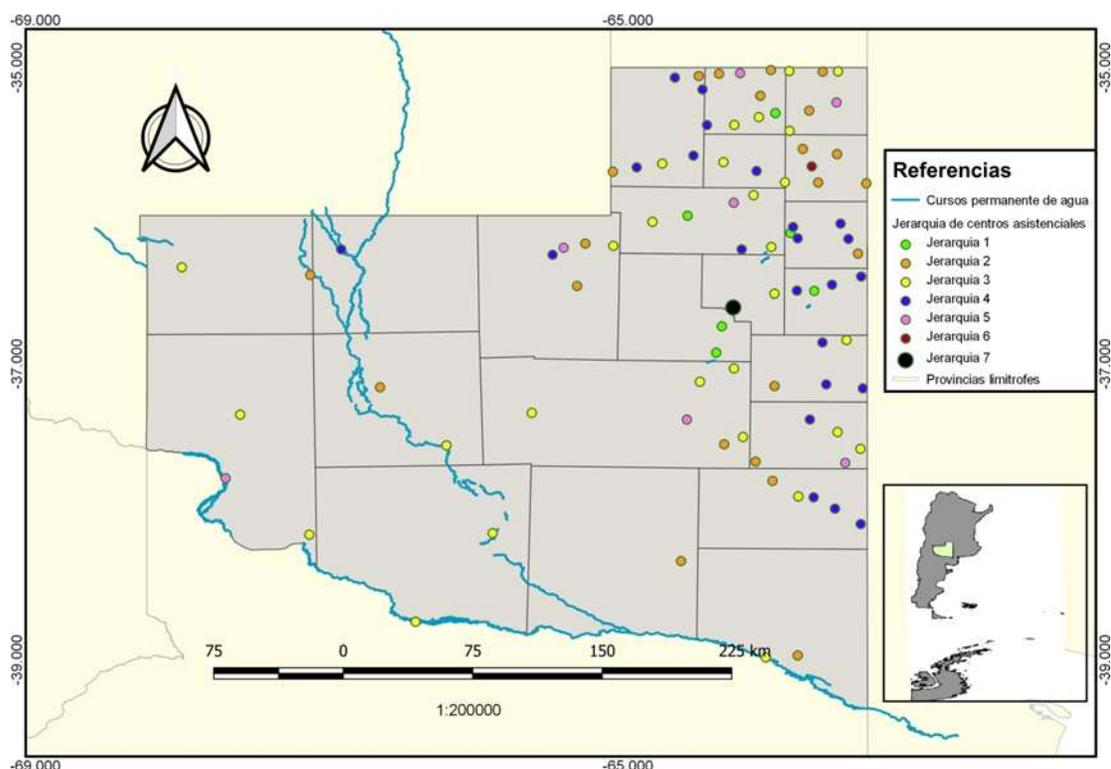
La zona sanitaria 4 reúne un total de 8 centros asistenciales, siendo el departamento Loventué el que cuenta con el mayor número (5 centros).

Por último la zona sanitaria 5 (cinco) entre establecimientos asistenciales, centros de salud y postas sanitarias. En el departamento Utracán se localizan 4 de ellos.

En el año 2018, la provincia contaba con 3,4 establecimientos de salud públicos (centros de salud con y sin internación) cada 10 mil habitantes. La zona sanitaria 2, contiene la mayor tasa de establecimientos oficiales públicos por cada diez mil habitantes, 3,9%. En esta zona se ubica una mayor cantidad de localidades pequeñas donde no se localizan centros privados de salud “dando lugar a que el Estado tenga su presencia a través de centros sanitarios para cubrir las necesidades de la población” (DGEyC, 2020, p 63).

Para el año 2018, la provincia tenía un promedio de 2,1 camas disponibles cada mil habitantes en establecimientos oficiales públicos y un promedio diario de permanencia de 3,9 días por paciente internado.

De esta manera, se puede apreciar que la distribución espacial de los establecimientos y centros asistenciales (Figura 45.) y la distribución de camas por cada mil habitantes, presenta fuertes desequilibrios entre los departamentos y zonas sanitarias. La mayor concentración es proporcional a la densidad de población, advirtiéndose que tanto el número de centros asistenciales como la jerarquía disminuyen fuertemente hacia el oeste pampeano lo que se corresponde, también, con un aumento de las distancias hacia los efectores de salud con mayor jerarquía (Santa Rosa, jerarquía 7 y General Pico, jerarquía 6).



*Figura 45.* Distribución de los centros de salud en la provincia de La Pampa según jerarquía.  
Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de La Pampa, 2017.

## 7.2. Evolución de la mortalidad infantil según zonas sanitarias, 2000-2019

Durante el año 2000, la tasa de mortalidad infantil más elevada se registró en zona sanitaria 4 con 28,57%, superando la media provincial por 14,10%, mientras que la zona sanitaria con menor tasa fue la 3 con 7,16%. En el 2001, la zona sanitaria con mayor ocurrencia de muertes infantiles fue, también, la 4 con una TMI de 15,61%, superando el promedio provincial que, para ese año fue de 11,10%. La zona sanitaria de menor tasa fue la 5 con 2,11%. Durante el 2002, la tasa más elevada se registró en la zona sanitaria 1 con el 12,36%, superando la media de la provincia por 0,06%. La zona 5 fue la que presento la tasa más baja con 1,63%. En el 2003 la zona sanitaria 1 registró la tasa más alta con un 10,63% con un 0,02% por debajo de la TMI de la provincia. El de menor registro fue la zona 3 con un 2,85%. Durante el 2004, la TMI más alta se registró en la zona sanitaria 2 con 12,34%, superando la media provincial por 1,54%. La zona 4 presto la tasa más baja con 1,58%. En la configuración del mapa acumulado, la zona 1 fue la de mayor rango con 11,48% dentro de su espacio y la zona 5 fue la de menor tasa con 4,75% (Figura 46.).

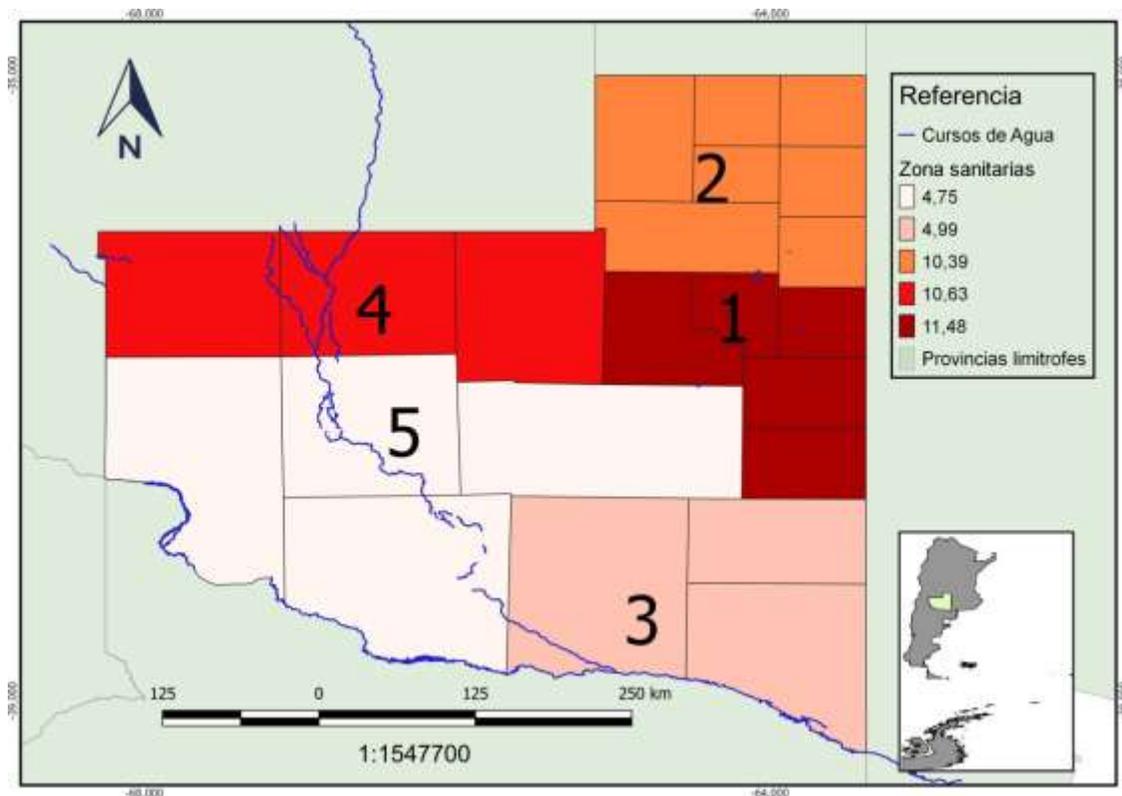


Figura 46. TMI por zona sanitaria agrupada 2000-2004.

Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de la provincia de La Pampa, 2001-2005.

En 2005, la zona sanitaria 4 contabilizó un TMI de 23,64% superando la media provincial que fue de 9,30%. En la zona sanitaria 3 no se registraron casos de muertes infantiles. La zona sanitaria 4 registró la TMI más alta con 20,82% durante el 2006, superando el promedio de la provincia por 12,62%. La zona sanitaria 3 registró un TMI de 0%. Durante el 2007 la zona sanitaria 5 fue la más alta con 19,16% superando la media de la Pampa que fue de 9,9%. La zona 4 presentó la tasa más baja con 2,48%. En el 2008 en la zona sanitaria 1 con 13,04% se colocó como la de mayor tasa superando a la de la provincia por 1,02%. La zona 3 fue la más baja con 0 casos. La zona 4 presenta la TMI más alta con 37,0% siendo mayor a la de la provincia que fue de 10,04%. La de menor porcentaje fue la zona 1 con 4,54%, durante el 2009. En cuanto al agrupado 2005- 2009 la zona sanitaria de mayor tasa fue la zona 4 con 17,22% seguida por la zona 1 con 11,44%, la zona 2 con 9,08%, la zona 5 con 8,43% y por último la zona 3 con 3,27% (Figura 47.).

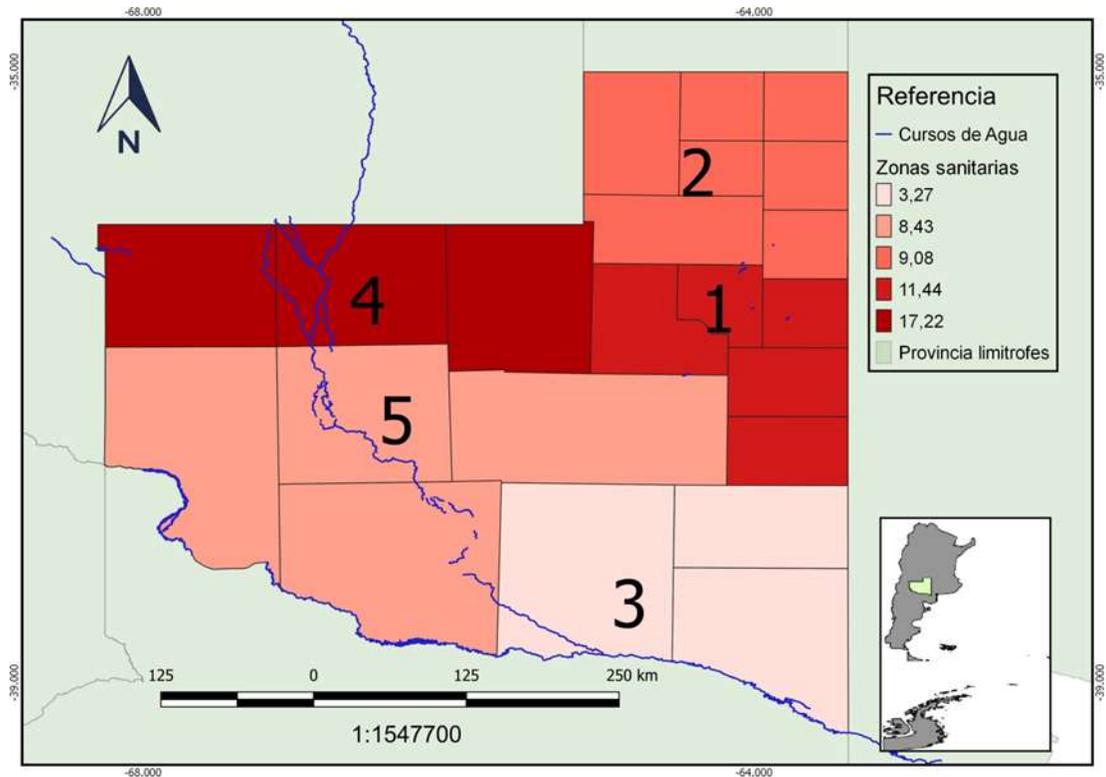


Figura 47. TMI por zona sanitaria agrupada 2005-2009.

Fuente: elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos de la provincia de La Pampa, 2006-2010.

Durante el 2010 la zona sanitaria 4 presentó una tasa de 18,53‰ superando la tasa promedio de la provincia por 13,23‰. La zona de menor tasa fue la 5 con 3,06‰. En el 2011 la zona sanitaria 2 con 10,71‰ fue la más alta, superando a la de la provincia que fue de 8,70‰. Las zonas 3 y 4 no contabilizaron casos de MI. La zona 2 presentó el pico más alto con 73,24‰, durante el 2012, superando ampliamente a la tasa promedio de la provincia por 66,74 casos por mil nacimientos. Las zonas 3, 4 y 5 no registraron casos. Durante el 2013 la zona sanitaria 4 fue la más alta con 42,86‰, superior a la media provincial que, para ese año fue de 7,06‰. La tasa más baja (3,93‰) se dio en la zona 3. En el 2014, la zona 3 fue la más alta con 11,03‰ superando a la de la provincia por 5,53‰. La zona 5 fue la más baja con 1,77‰. El análisis espacial del quintil 2010-2014, coloca a la zona 2 como la de mayor tasa con un promedio del 20‰, seguida por la zona 4 con una tasa del 12,86‰, en tercer lugar la zona 1 con 4,17‰, seguida con 3,86‰ en la zona 3 y por último la zona 5 con 3,58‰ (Figura 48.).

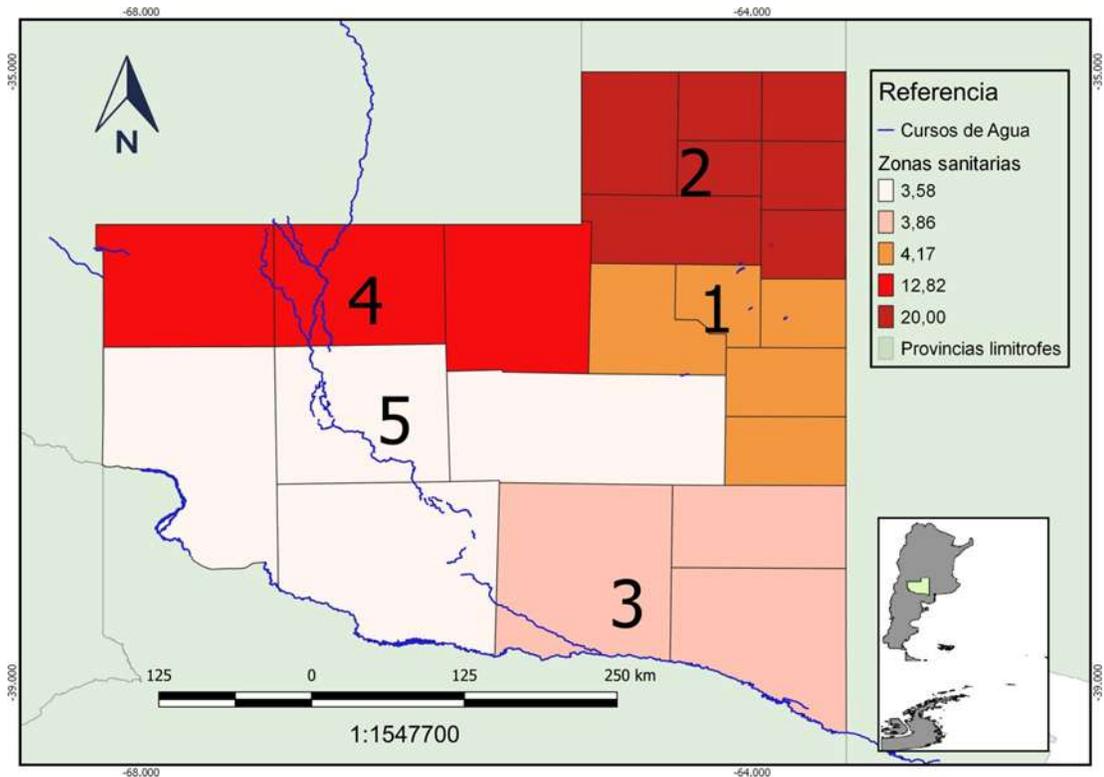


Figura 48. TMI por zona sanitaria agrupada 2010-2014.

Fuente: elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos de la provincia de La Pampa, 2006-2010.

La zona 3 registró la tasa más alta con 333,33% durante el 2015, debido al caso atípico del departamento Caleu Caleu con una ocurrencia del 1000%. Para ese año, la media provincia fue de 7,06%. La tasa promedio más baja fue de 4,07% y se ubicó en la zona sanitaria 1. En el 2016 se registró en la zona 1 la tasa más alta con 10,07% superando la de la provincia por 4,04%. Las zonas 3 y 4 no registraron muertes infantiles. Durante el 2017 en la zona 4 registro un TMI de 34%, cifra superior al promedio provincial de 13,09%. Las zonas 3 y 5 no registraron mortalidad infantil. La zona sanitaria 2 registró la tasa más alta durante el 2018 con 14,37%, mientras que la de la Pampa fue de 8,04%. Para este año, en la zona sanitaria 3 no se registraron muertes infantiles. En el 2019 la tasa más alta se ubicó en la zona 1 con 10,24% superando a la de la provincia por 3,22%. La zona 5 fue la más baja con 2,35%. El periodo 2015-2019 dio como resultado que la zona sanitaria 3 con 67,70% se ubicó en primer lugar seguida por la zona 4 con 9,73%, la zona 2 se ubicó en la tercera posición con 9,69%, mientras que la zona 2 con 7,78% se colocó en ante último lugar y la zona 5 con 6,79%, en último lugar (Figura 49.).

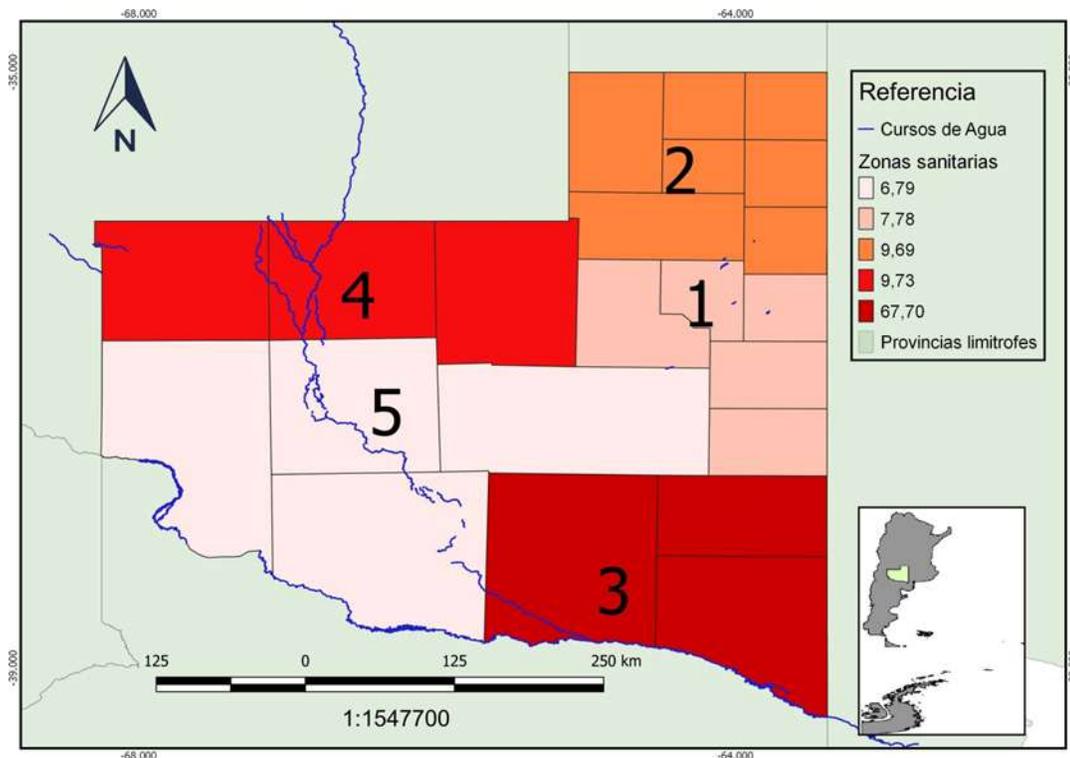


Figura 49. TMI por zona sanitaria agrupada 2015-2019.}

Fuente: elaboración con datos de Anuarios estadísticos de la provincia de La Pampa, 2006-2010.

El análisis de los diferentes datos agrupados en las zonas sanitarias y en un periodo prolongado de tiempo, permite una interpretación más clara para reconocer los focos o aéreas de mayor TMI. Durante el periodo 2000-2019 se reconoce que en el año 2015, se dio el pico de mayor tasa, en la zona sanitaria 3 con 333,33‰ superando todas las medias, tanto la provincial (7,06‰), nacional (10,06‰) e internacional (42,06‰). El segundo punto alto se produjo en la zona 2 con una tasa de 73,02‰ durante el año 2012, rebasando el promedio provincial (6,05‰), nacional (10,89‰) e internacional (47,02‰) y la tercera tasa más alta ubico en la zona 4 durante el año 2013 con 42,08‰ superando la de La Pampa (7,06‰) y Argentina (10,93‰) mientras que la TMI del mundo (45,05‰) fue superior por 2,97‰ a la de la zona 4.

Durante los años 2005, 2006, 2008, 2012, 2013, 2016, 2017 y 2018, no se registraron muertes infantiles en la zona sanitaria 3. Mientras que la zona 4 se produjo un valor de 0 durante los años 2009, 2010 y 2016. Por último la zona sanitaria 5, tuvo nula mortalidad infantil durante los años 2012 y 2017 (Figura 50.).

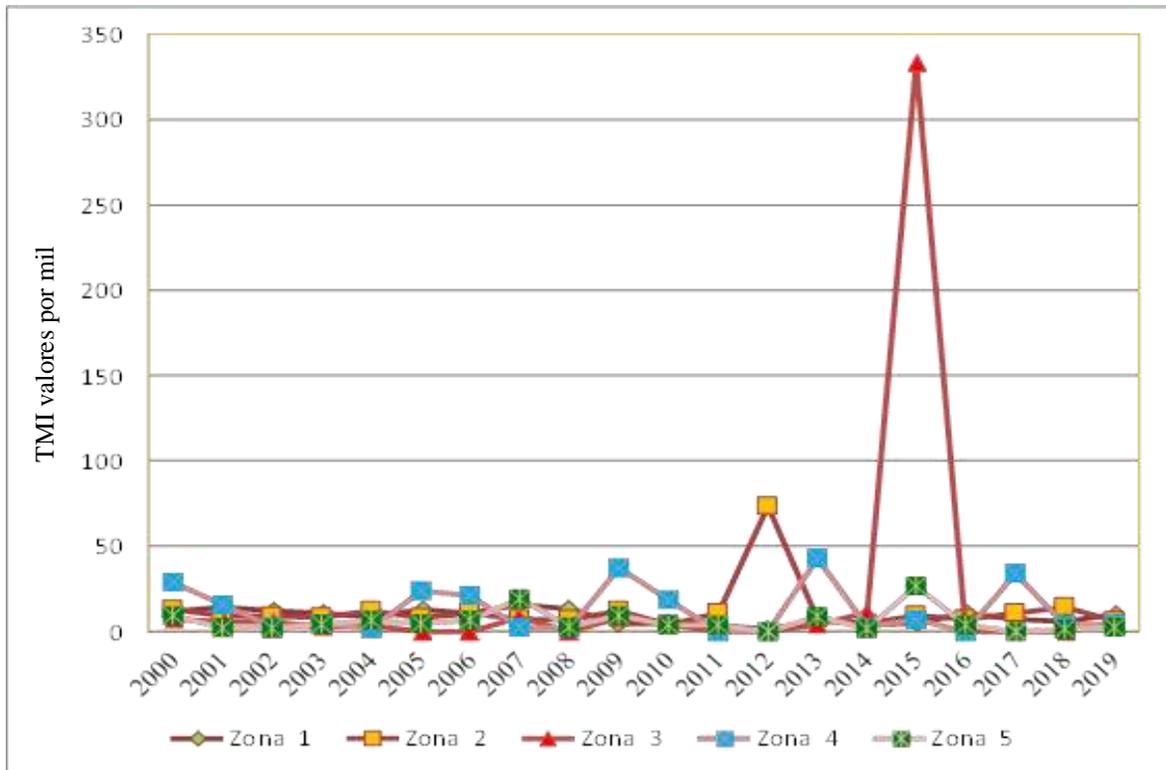


Figura 50. TMI por Zonas Sanitarias acumulada 2000-2019.

Fuente: elaboración propia en base a datos de Anuarios estadísticos de la provincia de La Pampa, 2001-2020.

La configuración de las zonas sanitarias permitió un mejor manejo de las situaciones particulares de cada localidad. A su vez ofreció dentro de la estadística una visión más precisa y realista de la situación de cada zona, los datos recabados durante la investigación ofrecen un paneo específico de la situación particular de las zonas. Donde se puede observar la zona sanitaria 3 en el acumulado siendo la más alta con 19,95%, esta realidad está fundada en el TMI de 51,01% que se produjo en el departamento Caleu Caleu, el cual eleva la media de la zona en su conjunto. Si bien al observar esta situación atípica, al cruzar los datos con otra zona en la cual se produjo una situación similar como es el caso de Quemú Quemú con un TMI de 32, 22% no afecta de manera sustanciosa la media de la zona sanitaria 1. Al observar el desarrollo producido en la zona 4 se registra un equilibrio dentro de las situaciones, el departamento Chicalcó contiene el TMI más alto de la zona siendo de 27,36% el cual influye dentro del TMI de la zona pero no de manera significativa, ya que esta condición se da porque los demás departamentos de la zona 4 no presentan valores altos, arrojando como resultado el equilibrio anteriormente citado.

Cuando se analizó la zona 2 se pudo reconocer la presencia de una tasa media-baja, dada por dos causantes, por un lado la densidad poblacional de estas zonas ya que junto a la zona 1 conforman más del 65% de la población de la provincia. Por otra parte la gran cantidad de

hospitales, centros de salud que aportan un mayor y mejor calidad de atención. En la zona sanitaria 2 se visualiza que la mayoría de los departamentos tienen un acumulado equilibrado sin superar la media provincial.

La zona 1 concentra la mayor densidad poblacional, al contener la capital provincial y en su interior al centro de salud de mayor complejidad, dentro de la zona sanitaria 1 se encuentra también el departamento Quemú Quemú que represento un TMI acumulado de 32,22% pero, como se planteó anteriormente, al evaluar la tasa dentro de la zona se produce una disminución, dada por la densidad poblacional de los demás departamentos. Esta disminución de la tasa plasma la necesidad de tomar los datos de manera agrupada, para lograr una lectura de manera correcta.

La zona sanitaria 5 representa el espacio geográfico más amplio como también el de menor densidad poblacional, esta zona contiene los departamentos Limay Mahuida y Curacó que en todos los años analizados se mantuvo en 0%, mientras que los departamentos Utracán y Puelén presentaron tasas variantes. El centro de salud de mayor complejidad se encuentra dentro del departamento Utracán. Estas singularidades provocan el posicionamiento de esta zona como la de menor TMI de La Pampa (Figura 51.).

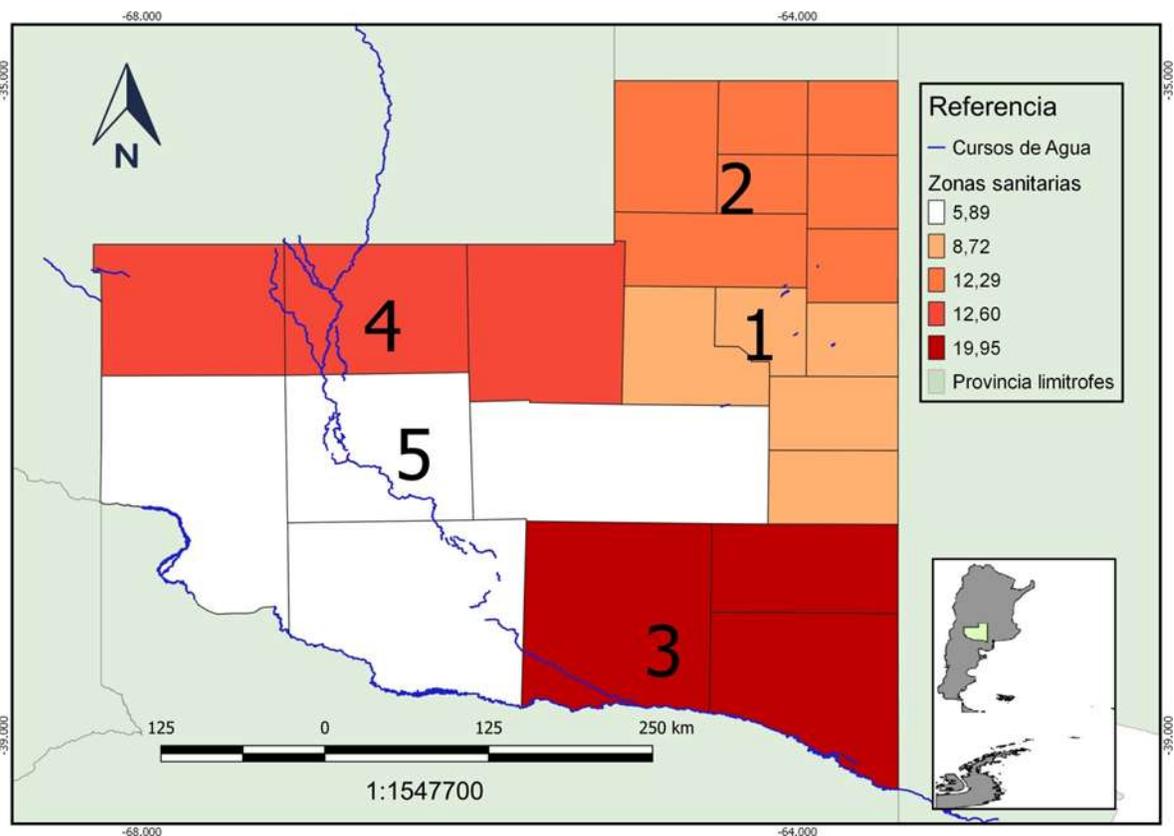


Figura 51. TMI por zona sanitaria agrupada 2000-2019.

Fuente: elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos de La Pampa, 2001-2020.

### 7.3 Análisis cualicuantitativo

Dentro del análisis de las zonas sanitarias se realizaron entrevistas a los jefes y las jefas de las mismas. Se les consultó sobre la situación actual de sus respectivas zonas, como consideraban la mortalidad infantil (media, alta, baja), que tipo de seguimiento se les realiza a las mujeres en gestación y cuál era el procedimiento ante las situaciones de embarazos de alto riesgo. Estas entrevistas semiestructuradas, ofrecen una perspectiva general de la situación actual de las zonas sanitarias, donde los actores están en continuo contacto con su realidad.

El análisis integrado de las entrevistas da cuenta que los y las referentes zonales consideran baja la mortalidad infantil en sus respectivas áreas, destacando que se realiza un seguimiento activo a las madres en gestación, a su vez reconocen que en casos excepcionales se realizan derivaciones hacia el hospital Lucio Molas de la ciudad de Santa Rosa (zona sanitaria 1).

Los jefes y jefas coincidieron en que la situación sanitaria de las zonas está sumamente controlada y que, en general, las tasas se encuentran muy por debajo de la media provincial, rescatando que la mayoría de las causas de defunción infantil son inevitables o accidentes. Del análisis cuantitativo, puede observarse la irregularidad de la ocurrencia de las muertes infantiles, y que en algunos años, se registran valores elevados muy superiores al promedio provincial e incluso situaciones atípicas (mortalidad de la totalidad de niños y niñas nacidas en el año).

Si no se tiene en cuenta el caso atípico de la mortalidad infantil total ocurrida en 2005 para el departamento Caleu Caleu, la distribución espacial permite observar que la zona sanitaria 4 (Chicalcó, Chalileo y Loventué) presentan los valores más altos del período analizado. Por su parte, la zona sanitaria 5, presenta los valores más bajos.

En comparación con las diferentes provincias, los y las entrevistados/as, afirmaron que la provincia de La Pampa está catalogada con una posición de muy baja mortalidad infantil. Los y las jefas de zona consideran que la atención tanto a las embarazadas como al público en general es muy buena.

Cabe destacar que en casos donde la madre presenta un “ausentismo” en los diferentes controles del embarazo o el pos embarazo, los hospitales de cabecera “realizan una búsqueda activa de las causas de la ausencia”, comentó una de las jefas de zona.

## CAPÍTULO 8

### CONDICIONANTES SOCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y DESEQUILIBRIOS ESPACIALES

#### 8.1. Relación entre el comportamiento de la mortalidad infantil y las variables sociodemográficas

La relación entre la ocurrencia de la MI y las variables sociodemográficas resulta relevante para el análisis integral de los desequilibrios espaciales. Las condiciones de vida de los lugares en los que habitan las madres y en los que transcurre el primer año de las niñas y niños, conducen a la comprensión de las muertes infantiles.

Dentro de las diversas variables posibles de analizar, se optó por cinco de ellas (cobertura de salud, analfabetismo, calidad de la vivienda, acceso al agua potable y NBI). Los datos fueron obtenidos de la página oficial del INDEC, a través del sistema Radatam<sup>28</sup>, el cual suministra de manera fehaciente las fuentes estadísticas necesarias para la investigación así como permite el cruce de los mismos. Todos los datos disponibles emanan del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.

Para el 2010, un 76,30 % de las viviendas en La Pampa, presentaba una calidad constructiva satisfactoria, el 19,10 % eran de calidad básica y el 4,60 %, insatisfactoria. El porcentaje de viviendas con calidad satisfactoria fue superior a la media nacional para ese año fue del 60,51 %, mientras que el porcentaje de calidad básica e insatisfactoria fue inferior a la media nacional (23,38 % y 16,11 %, respectivamente).

En los datos censales de calidad constructiva de la vivienda, la ciudad autónoma de Buenos Aires posee los indicadores con mayor calidad a nivel nacional, mientras que la provincia que posee los peores indicadores de vivienda insatisfactoria es Formosa (Figura 52.).

---

<sup>28</sup> Radatam, es un sistema estadístico que permite el procesamiento en línea de las principales temáticas abordadas por los censos de población. Esta herramienta posibilita elaborar cuadros y gráficos con datos representativos a escala nacional, provincial, departamental, municipal así como de fracciones y radios censales.

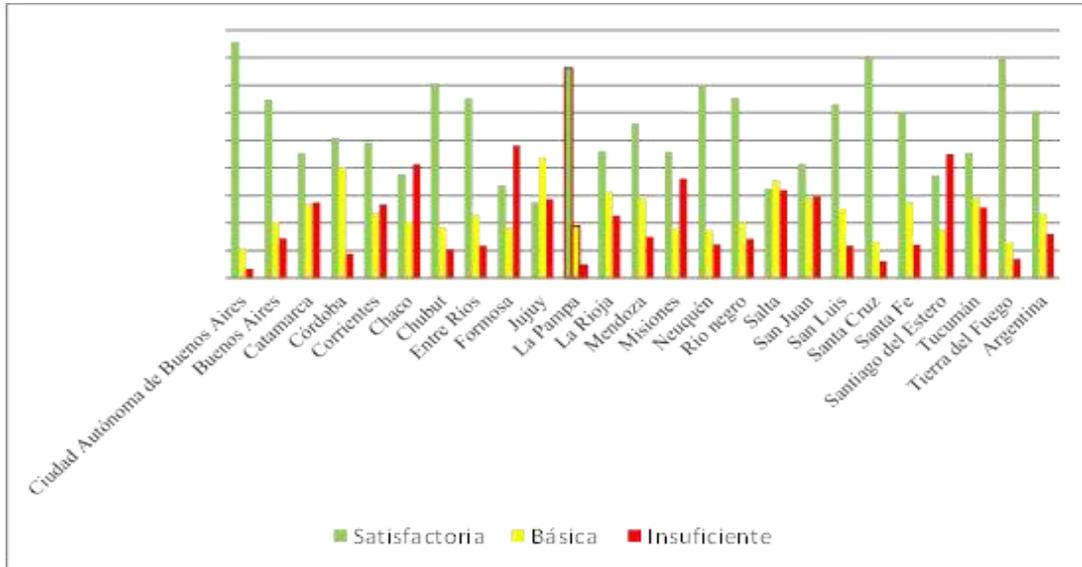


Figura 52. Argentina. Calidad constructiva de la vivienda por provincia, 2010.  
Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

Al interior de La Pampa, la distribución de los datos se presenta de manera heterogénea. Así, los departamentos del oeste, más específicamente, Chicalcó (32,91 %), Chalileo (15,95 %), Limay Mahuida (38,10 %) y Puelén (13,84 %) tienen los porcentajes más elevados de calidad constructiva de la vivienda insuficiente. El departamento Curacó es el único que no posee porcentaje de viviendas de calidad insuficiente (Figuras 53. y 54.).

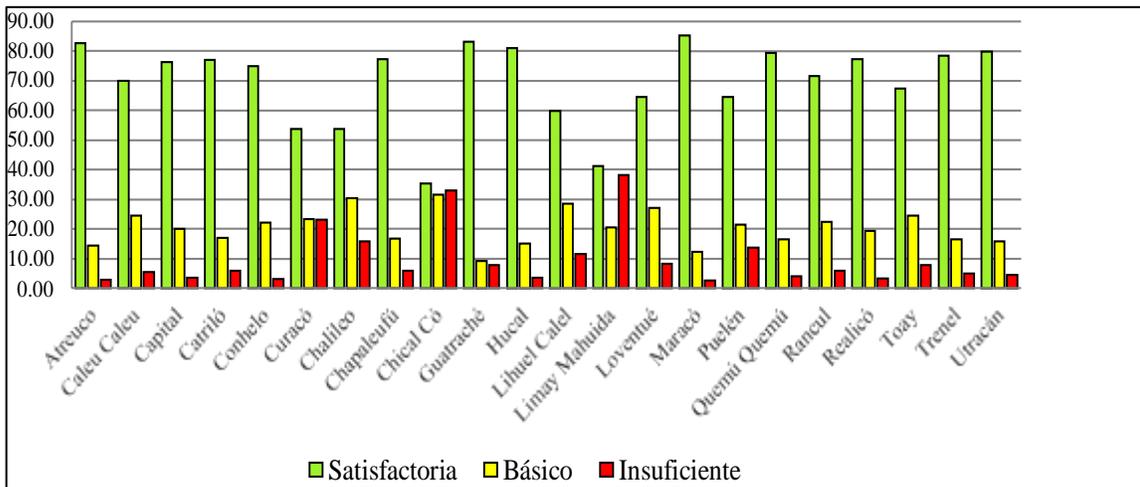


Figura 53. La Pampa. Calidad constructiva de la vivienda por departamento.  
Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

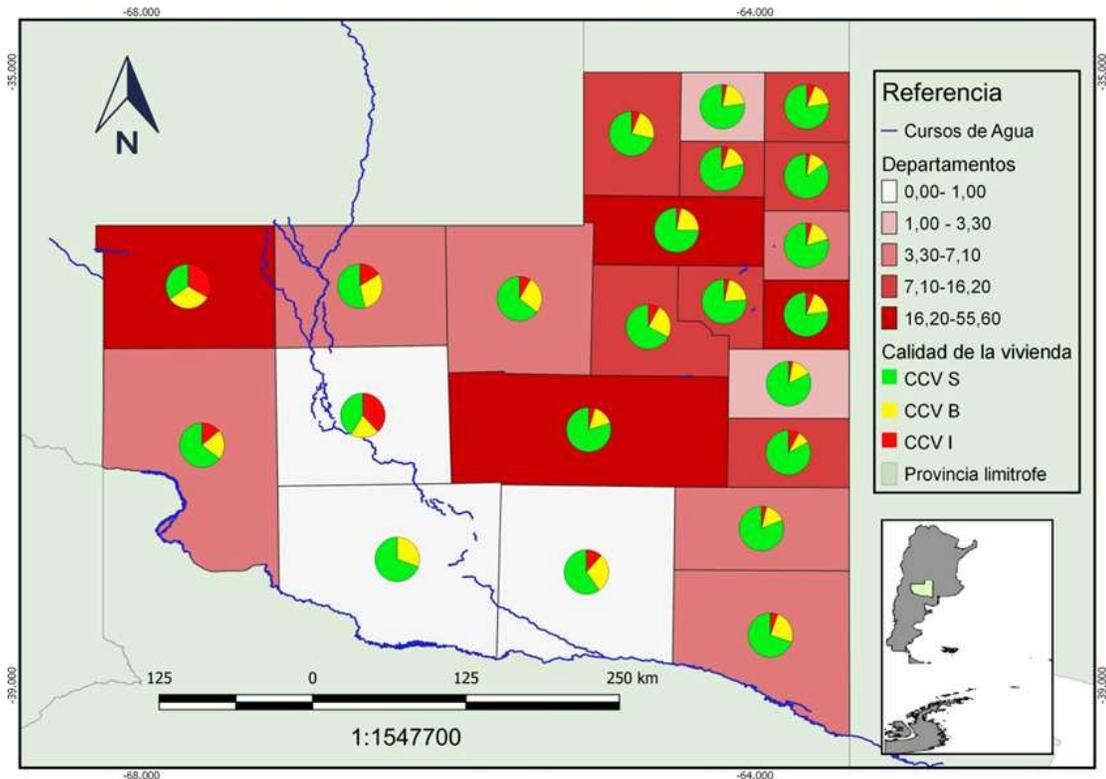


Figura 54. La Pampa. Calidad constructiva de la vivienda por departamento agrupada, 2000-2010.  
Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

Con respecto a la cobertura de salud, se evidencia que La Pampa, con 32,2 %, presenta valores más bajos que el promedio nacional (36 %) de personas sin cobertura. Este porcentaje superior al 30 % de la población sin cobertura da cuenta de la importancia del sector público en la atención de este servicio básico. El comportamiento dentro del país plantea que la provincia con mayor cobertura es Santa Cruz, mientras que la provincia con mayores porcentajes de población sin cobertura, es Chaco (57,45 %), siguiéndole Santiago del Estero (55,86 %) (Figuras 55.).

Específicamente, en La Pampa, este indicador presenta desequilibrios espaciales marcados (Figuras 56. y 57.). Los valores más elevados de la falta de cobertura se observa en los departamentos Chicalcó, Limay Mahuida, Curacó y Chalileo, siendo los departamentos de la zona centro y norte los que poseen mayor población con cobertura social. Si se cruza con los datos de las Tasas de Mortalidad Infantil se observa que, sobre todo en el departamento Chicalcó existe correlación entre las tasas más elevadas y la atención del sistema de salud pública de los embarazos, partos y salud de la niñez antes y posterior a cumplir un año.

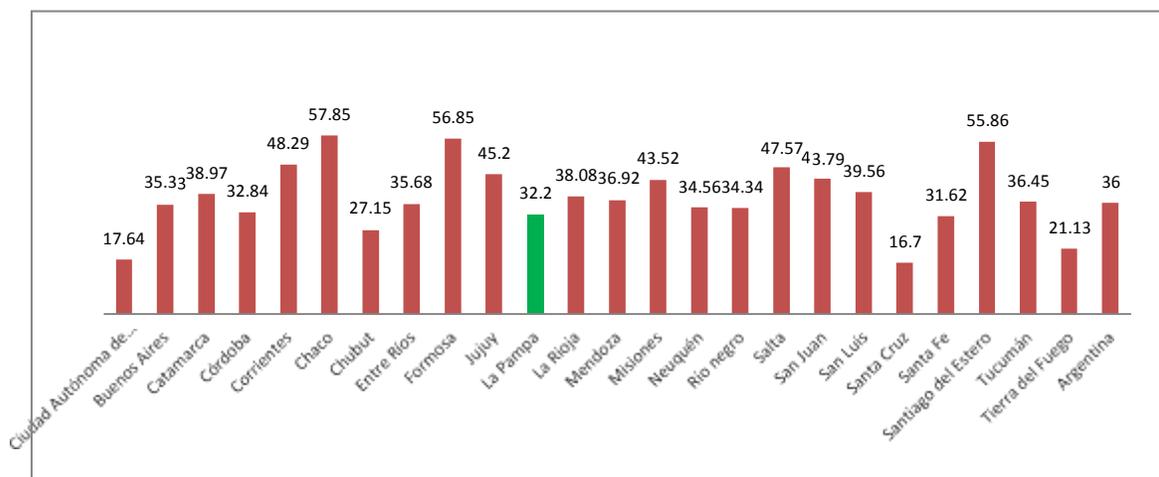


Figura 55. Argentina Población que no posee cobertura de salud por provincia 2010.

Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC: Encuesta Permanente de Hogares 2010, procesado con Redatam+SP)

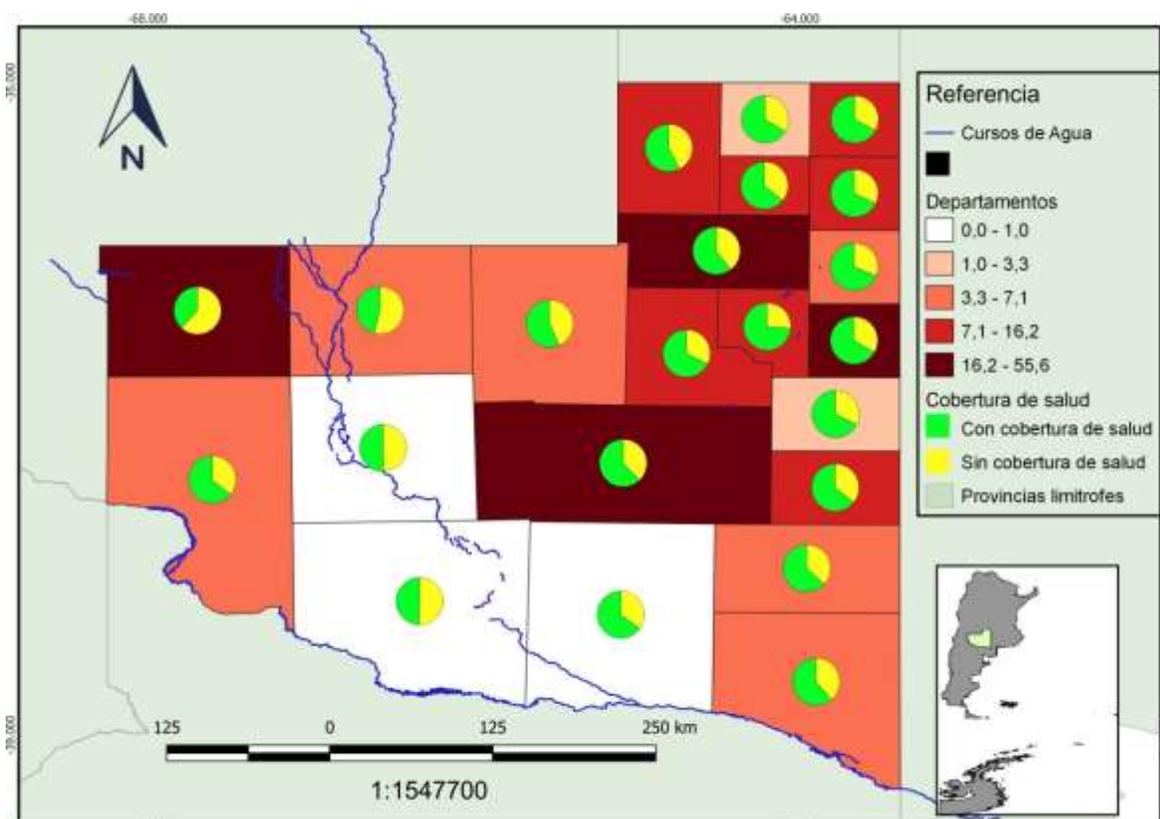


Figura 56. La Pampa. Población que no posee algún tipo de cobertura de salud por departamento, agrupada 2000-2010.

Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

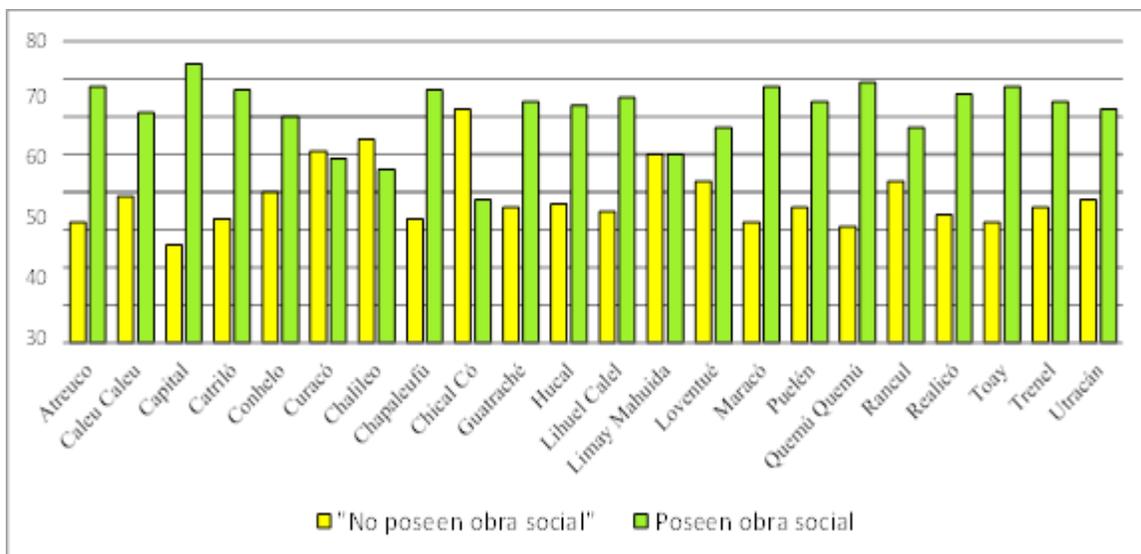


Figura 57. La Pampa. Población que no posee algún tipo de cobertura de salud por departamento, 2010.  
Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

La red de agua pública dentro de la provincia representa un recurso esencial para los departamentos que no disponen de agua de red para el consumo humano. El 19 % de los hogares no tiene acceso al agua potable de red, cifra superior a la media nacional (18.2 %). La CABA posee el indicador más bajo del país y Santiago del Estero el mayor, 43,2 % de los hogares sin acceso al agua corriente de red (Figura 58.).

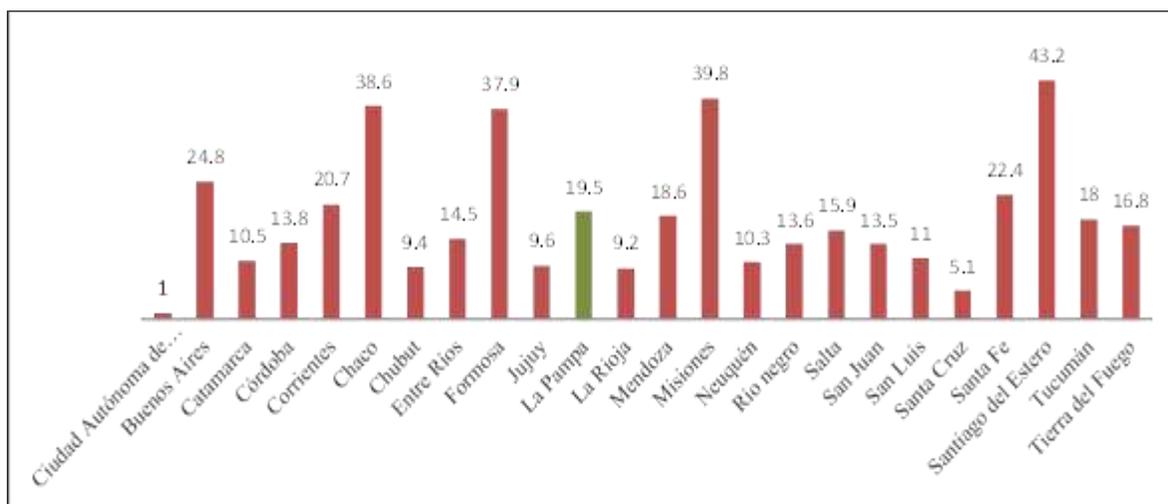


Figura 58. Argentina. Hogares sin agua de red pública por provincias, 2010.  
Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

Este recurso tan esencial para la vida como para el desarrollo humano se distribuye en los departamentos pampeanos de manera desigual concentrándose los indicadores más elevados en los departamentos del oeste y suroeste pampeano, como lo son Chicalcò (33,50 %), Limay

Mahuida (41,80 %) y Lihuel Calel (63,10 %). En la zona norte se destaca Conhelo cuyo 63,60 % de hogares que no disponen de agua corriente de red; por su parte en el departamento Toay, el 38,40 % de los hogares no dispone de agua potable de red (Figuras 59. y 60.).

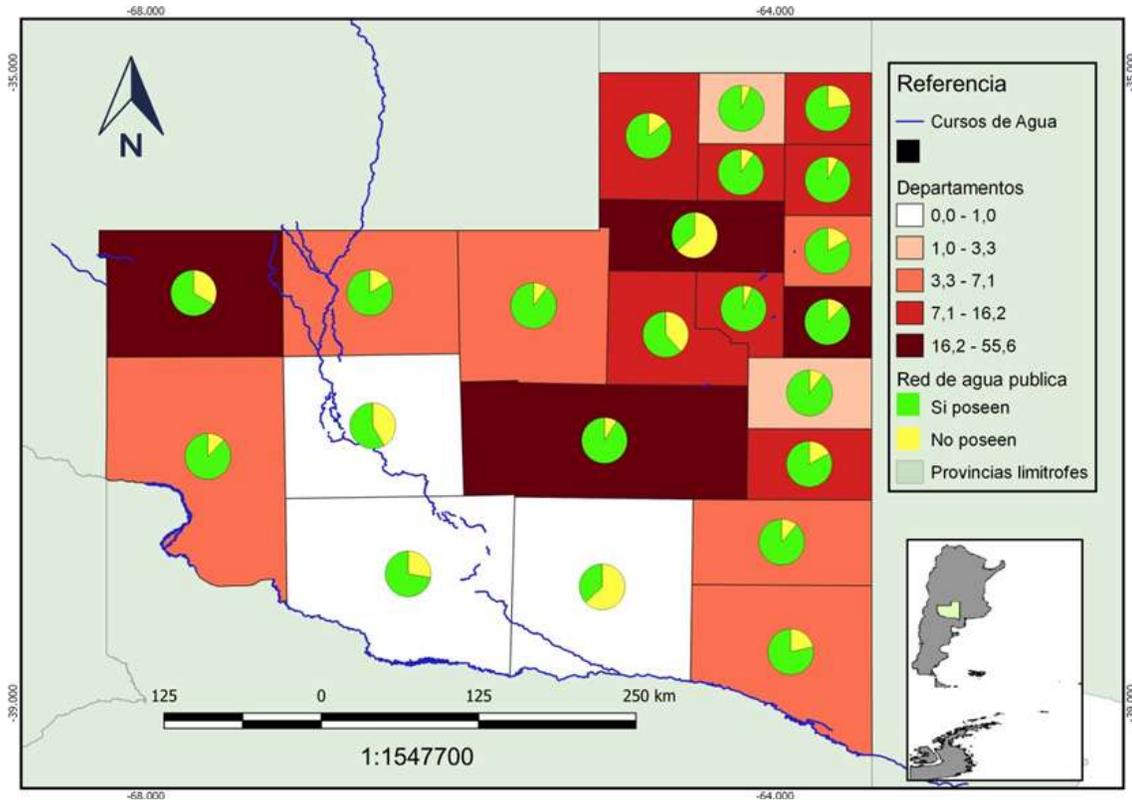


Figura 59. La Pampa. Hogares según acceso a la red de agua corriente, por departamentos. Agrupada 2000-2010.

Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

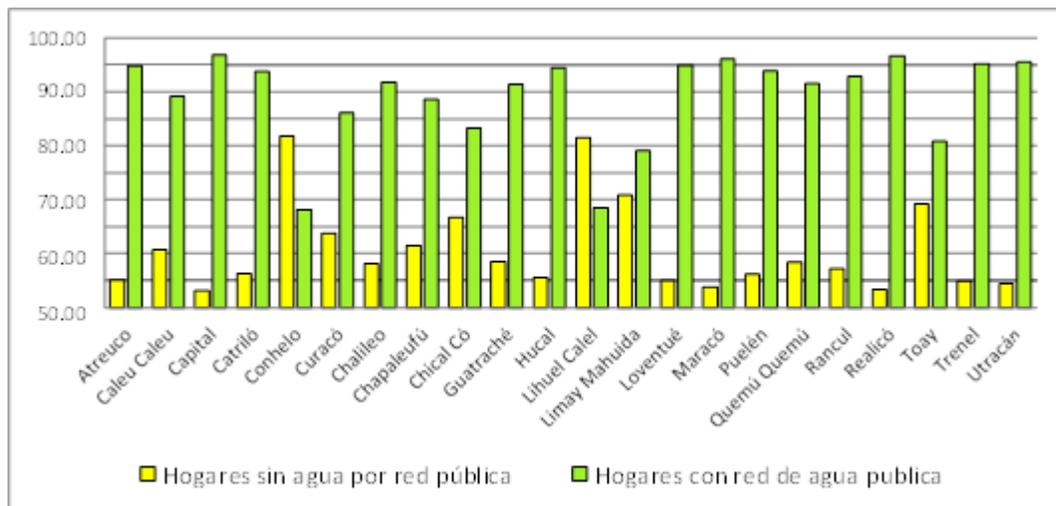


Figura 60. La Pampa. Hogares según acceso a la red de agua corriente, por departamentos. Agrupada 2000-2010.

Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

La alfabetización de la población es un indicador de gran importancia ya que involucra, directamente e indirectamente, las condiciones de vida materna e infantil. El acceso a una educación pública y de calidad se encuentra entre los derechos primordiales de cada ciudadano/a y resulta clave a la hora de analizar los desequilibrios espaciales. Las investigaciones dan cuenta de que el nivel educativo de las madres influye sobre la ocurrencia de la mortalidad infantil y “a mayor nivel educativo menor el riesgo de los niños de morir antes del año de edad” (Roque Torres, Bertone y Andrada, 2018, p. 38).

En Argentina, los desequilibrios espaciales son marcados. Según el CNPHyV de 2010, el 6,82% de la población argentina no sabe leer ni escribir, siendo el mismo porcentaje registrado para La Pampa. Las provincias de Tierra del Fuego (0,8%) y Santa Cruz (1,2%) junto a la CABA (1,2%) registran los valores más bajos de analfabetización; mientras que Chaco (7.16 %) es el más elevado; siendo las provincias del Norte y Noreste argentino las que muestran los registros más altos (Figura 61.).

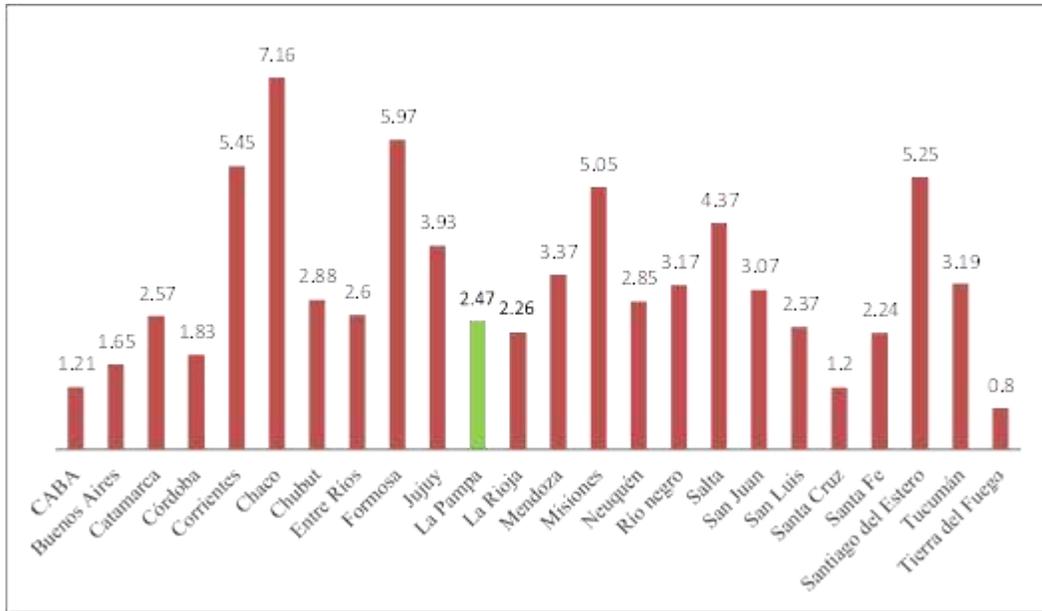


Figura 61. Argentina. Tasa de analfabetismo por provincias.

Fuente: INDEC – Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2010. Cuestionario Ampliado. Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE.

La población de la provincia de La Pampa no está ajena a este indicador. La serie agrupada de datos para el período 2000-2010 representa un promedio del 2,43 % de población analfabeta, cifra inferior a la media nacional (3,2 %). Las tasas de analfabetización muestran los desequilibrios espaciales ya analizados para otros indicadores.

De esta manera, en cuanto a la distribución del 2,43 % de analfabetismo en la provincia se

identifican dos departamentos que superan los dos dígitos: el departamento Chicalc6 (12,23%) y el de Limay Mahuida (11,88%). Le siguen los departamentos Chalileo (7,53 %) y Curac6 (6,54 %), todos ellos ubicados en la zona oeste de La Pampa. En las figuras 62. y 63, se advierte como en estos departamentos ocurren las mayores tasas de mortalidad infantil.

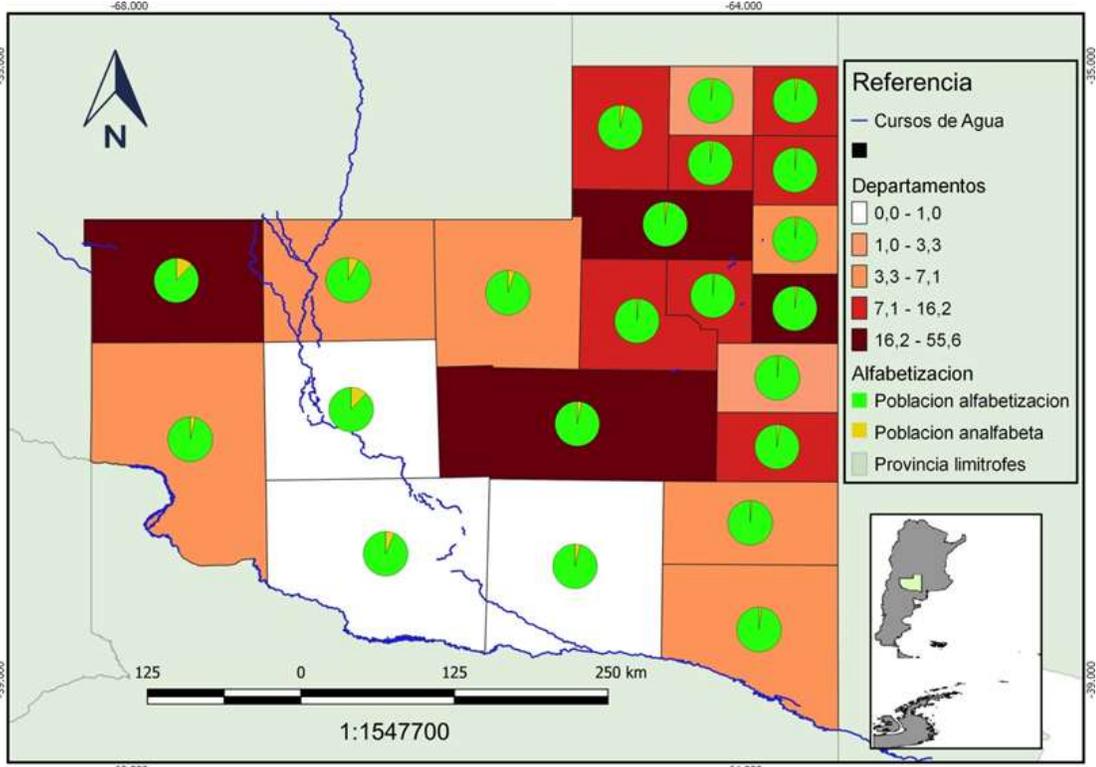


Figura 62. Tasa de alfabetizaci6n por departamento agrupada, 2000-2010.  
Fuente: Elaboraci6n propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

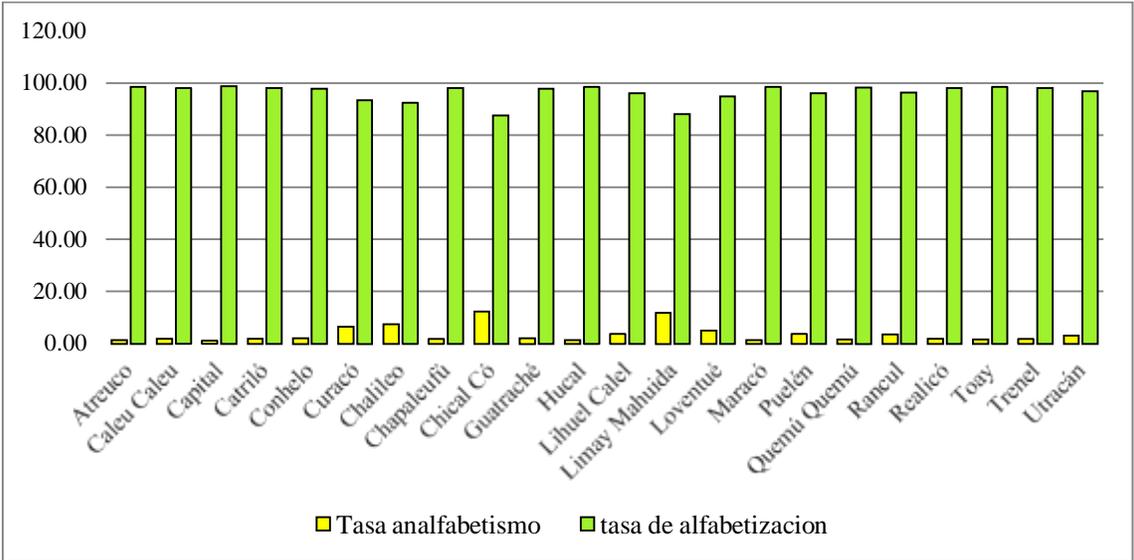


Figura 63. Tasa de alfabetizaci6n por departamento agrupada.  
Fuente: Elaboraci6n propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

La presencia de al menos un indicador de NBI conforma una variable necesaria para comprender las condiciones de vida de los hogares y permite visibilizar las desigualdades espaciales y su vínculo con la mortalidad infantil. En Argentina, las estadísticas del 2010, indican que unos 1.137.252 hogares (sobre un total de 11.036.813 hogares) poseen NBI, lo que equivale al 9,34 %. Según el CNPhyV 2010, La Pampa fue la provincia que registró el porcentaje con menos hogares con NBI (3,87 %); Tierra del Fuego (21,63 %), Formosa (19,58 %) y Salta (19,5 %) fueron las provincias con mayores porcentajes de hogares con NBI (Figura 64.).

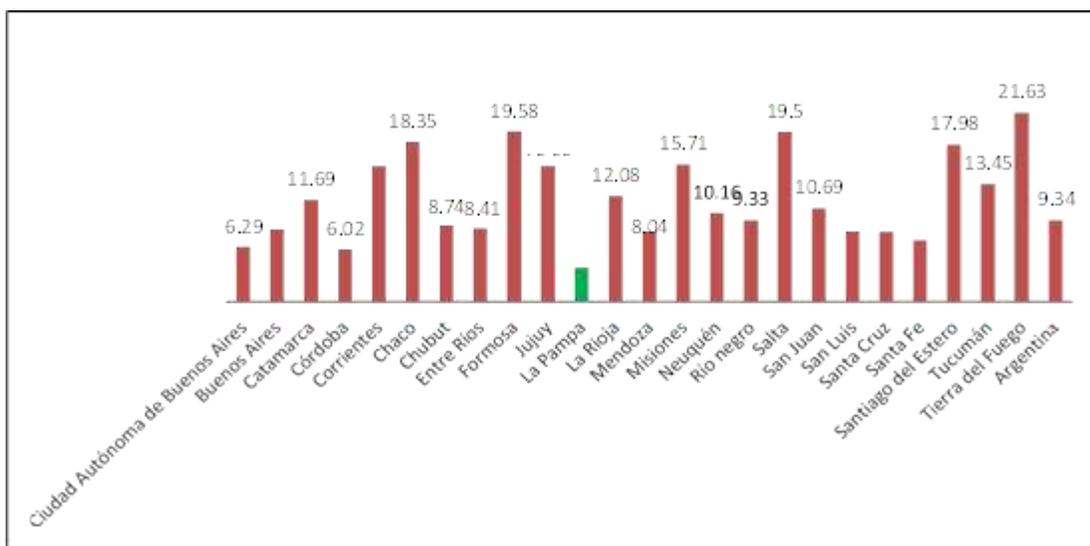


Figura 64. Argentina. Al menos un indicador de NBI por provincia, 2010.

Fuente: Elaboración propia con datos de INDEC – CNPhyV 2010 – Cuestionario Ampliado. Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE.

En La Pampa, de un total de 107.674 hogares censados, 103.571 de hogares no poseen NBI; por otra parte en 4.103 hogares (3,87 %) se relevó la presencia de al menos un indicador de NBI. Los departamentos del oeste presentan NBI en mayor medida que los departamentos del resto de la provincia. El departamento Chicalcó con un 17,72 % es el que mayor porcentaje de hogares con NBI presenta, seguido por el departamento Limay Mahuida con 12,17 %. Se pudo constatar en los datos que ningún departamento presento la ausencia de NBI (Figuras 65. y 66.).

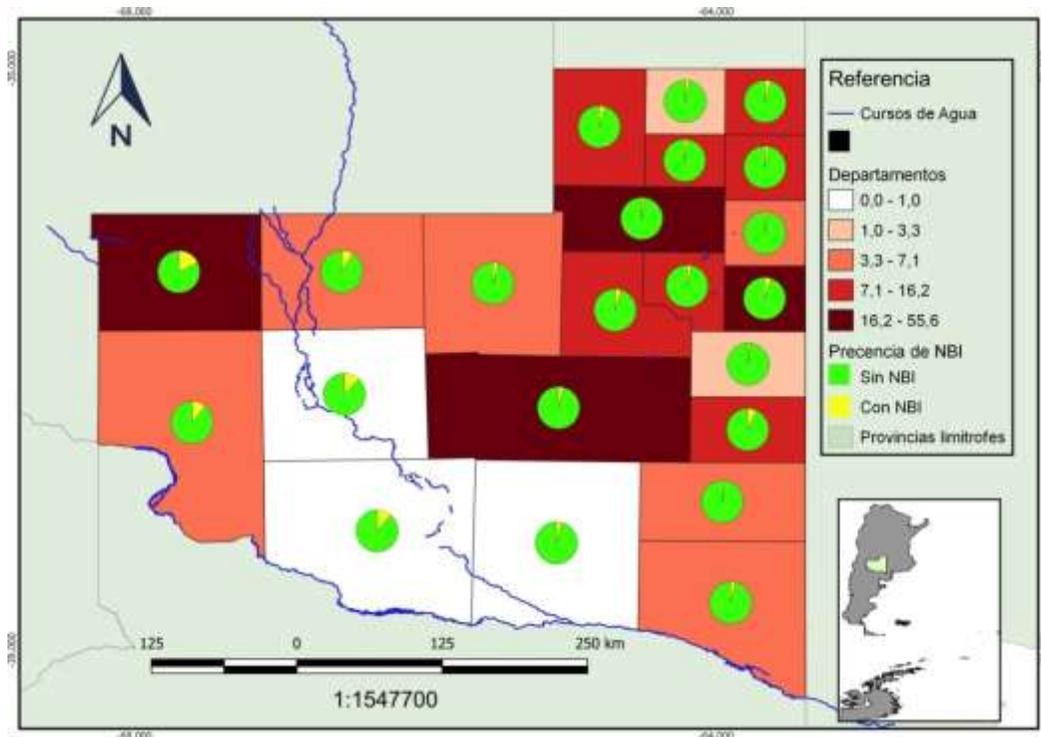


Figura 65. La Pampa. NBI por departamento agrupada 2000-2010.

Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

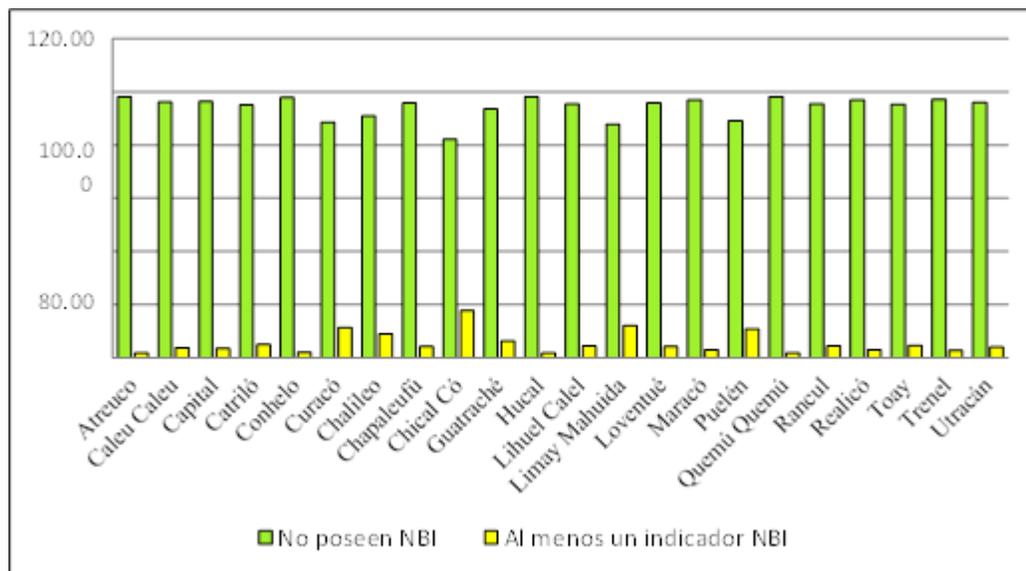


Figura 66. La Pampa. Al menos un indicador de NBI por departamento, agrupado 2001-2010.

Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, 2010, procesado con Redatam+SP.

La utilización de las diferentes variables, junto con la mortalidad infantil promedio de 2000-2010 da como resultado que el departamento Chicalcó se posiciona como el espacio con mayor presencia de las diferentes variables, a su vez en el promedio (2000-2010) se encuentra entre los departamentos con mayor tasa de Mortalidad Infantil. Entre las diferentes variables se puede

reconocer que la presencia más elevada se da entre los departamentos de la zona oeste que a su vez poseen las densidades poblacionales más bajas de la provincia y las tasas de natalidad más bajas. Por el contrario se identifica que los departamentos de las zonas centro y este presentan mejores condiciones de vida pero la mortalidad infantil resulta irregular, con picos altos y bajos.

Del análisis integrado de los datos se puede concluir que el descenso de las TMI no siempre se condice con el mejoramiento de las condiciones de vida que, aunque también ha mejorado, siguen marcando el rumbo de la ocurrencia de las muertes infantiles.

## CONCLUSIONES

Siguiendo los objetivos e interrogantes planteados inicialmente, esta investigación se basó en una descripción y análisis de los datos cuantitativos de la ocurrencia de la mortalidad infantil en la provincia de La Pampa, estableciendo comparaciones a escala nacional, latinoamericana y mundial y, en su interior, a escala departamental. Para dicha tarea se estableció un límite temporal de veinte años (2000-2019).

Se entiende que nuestra hipótesis ha sido comprobada. La TMI ha descendido marcadamente en los últimos veinte años pero aún muestra desequilibrios espaciales vinculados con factores exógenos que desencadenan el deceso de niños y niñas menores de un año. La ocurrencia reconoce, en los espacios geográficos, que el comportamiento de estos factores es más frecuente en áreas donde la salud pública no logra llegar o su presencia es baja, donde persiste el analfabetismo, los hogares con NBI y las infraestructuras siguen siendo deficientes.

En el análisis de la progresión de la ocurrencia de la mortalidad infantil La Pampa presenta tasas inferiores al promedio nacional, latinoamericano y mundial. Si bien las TMI están en descenso, se reconocen desequilibrios internos con tasas elevadas, sobre todo en el departamento Chicalcó, ubicado en el oeste pampeano. También se han observado hechos atípicos con años donde la MI ha alcanzado valores del 1000 ‰ (mortalidad infantil plena) o con valores que han superado los tres dígitos. Estos picos se asemejan a ciertos valores ocurridos a escala mundial (países del continente africano y asiático), latinoamericana (Haití y Bolivia) y a escala nacional donde al interior de las regiones de NOA y NEA, aún persisten valores elevados de mortalidad infantil.

Los resultados obtenidos de la tabulación de los diferentes departamentos, demuestra que el comportamiento de las TMI, está en línea con la ocurrencia de la natalidad que, si bien no ha sido una variable analizada en este estudio, puede concluirse que la baja natalidad de algunos departamentos sumado a la alta mortalidad infantil puede generar tasas superlativamente altas o bajas como el caso de los departamentos Lihuel Calel, Limay Mahuida y Curacó presentan tasas de 0‰ en casi todo el período analizado. Pero este valor, de manera unilateral no representa una mejor calidad sanitaria o de condiciones de vida de las poblaciones y hogares, sino que se vincula a un hecho puramente demográfico asociado con la ocurrencia de la natalidad. En veinte años, los departamentos nombrados registraron una sumatoria de 358 nacimientos.

El comportamiento de la TMI durante los años 2000-2019 arrojó que nueve departamentos (Limay Mahuida, Lihuel Calel, Curacó, Atreucó, Realicó, Puelén, Chalileo, Loventué, Trenel)

registrar valores inferiores al promedio provincial (7,2 ‰). A su vez la media nacional fue de 9,2 ‰, doce departamentos pampeanos se ubicaron por debajo de ese promedio (a los nueve anteriores se suman Hucal, Guatraché y Catrilo). El resto de los departamentos tuvo valores por encima del promedio nacional, incluidos Capital y Maracó, los dos departamentos poblados de La Pampa.

La unificación de los valores de los departamentos en zonas sanitarias aporta una perspectiva diferente al análisis de la TMI. Esta reorganización de los valores plantea que la zona sanitaria 5 es la única que se encuentra por debajo de la media provincial, con 5,89 ‰ y que solo se le suma la zona sanitaria 1 con 8,72 ‰ como las que no sobrepasan el promedio provincial. Las tres zonas sanitarias configuran una tasa elevada con 12,29 ‰ en la zona 2, 12,60 ‰ en la 4 y por ultimo con 19,95 ‰ en la zona 3.

Al analizar los comportamientos anuales, se concluye que la ocurrencia de la MI es irregular en todos los departamentos. El hecho se asocia, por un lado a la precisión que permite la mayor escala y por otro la relación directa con la natalidad.

El cruzamientos con las diferentes variables sociodemográfica nos permitió observar que la mortalidad infantil tiene un comportamiento singular en cuanto dentro de cada departamento, pero a su vez las diferentes variables seleccionadas mostraron que los desequilibrios en las tasas se asocia con los componentes endógenos que dan cuenta de las condiciones de vida de las poblaciones y la situación sanitaria particular. Las variables analizadas mostraron que el departamento Chicalcó se encurta entre los que presentan mayor presencia de las cinco variables seleccionadas y, a su vez, es el departamento que presenta las TMI más elevadas todo el período analizando, superando los promedios nacionales y provinciales.

En líneas generales, la evolución de las TMI y su distribución asociada a las condiciones sociales da cuenta de los desequilibrios internos que aún persisten en La Pampa. Las disparidades no pueden ser atribuidas a las características y comportamientos individuales sino que se ponen en juego condiciones estructurales y coyunturales vinculadas con el lugar donde se vive y las condiciones socioeconómicas en la que se encuentran los diferentes grupos. A su vez, la infraestructura y el equipamiento de salud juegan un papel relevante ya que condicionan y conducen a los desequilibrios espaciales.

Para lograr una visión más clara y amplia del comportamiento de la mortalidad infantil en la provincia y una actualización de las variables es importante rescatar que la investigación debe ser ampliada con el Censo a realizarse. Este nuevo Censo permitirá a los diferentes entes

gubernamentales poder realizar una toma de decisiones más acorde a la situación de cada área.

Como reflexión final, el análisis espacial de la mortalidad infantil es un hecho puramente geográfico ya que la misma da cuenta de los desequilibrios que se manifiestan en los espacios geográficos. Estas inequidades estructuran la serie de condicionantes exógenos que provocan la muerte de niños y niñas menores de un año, la mayoría de ellas muertes que pudieron haber sido evitadas. Más de 7000 niños y niñas murieron en La Pampa entre 2000 y 2019, más de la mitad de las muertes pudieron haber sido evitadas, lo que implica la importancia de las políticas públicas para reducir este grupo de muertes. Este un tema que se propone seguir investigando.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Abellán, A. (1993). El crecimiento de la población. En Puyol, R. Vinuesa, J. y Abellán, A. *Los grandes problemas actuales de población*. Madrid: Síntesis.
- Ahmad, O. López, A. y Inoue, M. (2001). Reevaluación de la disminución de la mortalidad infantil. En *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, N° 4, pp. 83-99. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/74820>.
- Álvarez, G. (2001). Estimación de población en áreas menores mediante variables sintomáticas: una aplicación para los departamentos de la República Argentina (1991 y 1996). En *Serie Población y desarrollo*. Santiago de Chile: CEPAL-CELADE. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7145/S2001700\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7145/S2001700_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Aráoz, F. (1991). *La Pampa total. Aspectos geográficos*. Santa Rosa: Centro de documentación Educativa, 1° Edición.
- Argentina. Ministerio de Salud - Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2018). *Estadística demográfica de la población*. Recuperado de: <https://www.argentina.gov.ar/salud>.
- Argentina. Ministerio de Salud - Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2018). *Estadísticas vitales. Información básica. Argentina 2019*. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5Nro62.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud (2020). Natalidad y mortalidad 2018. *Síntesis estadística N° 6*. Recuperado de [https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/sintesis-natalidad-y-mortalidad-nro6\\_2018-\\_v3\\_0.pdf](https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/sintesis-natalidad-y-mortalidad-nro6_2018-_v3_0.pdf)
- Argentina. Ministerio de Salud. (2021). Natalidad y Mortalidad Infantil 2019. *Boletín Número 163*. Recuperado de <https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/boletinno163.pdf>.
- Asociación Humanium (en línea) (2012). *La Mortalidad infantil en el Mundo*. Recuperado de: <https://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>.
- Banco Mundial (2003). *El sector salud argentino: situación actual y opciones para mejorar su desempeño*. Departamento de Desarrollo Humano Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Región de América Latina y El Caribe. Recuperado de: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/647261468741898517/pdf/261440SPan.pdf>.
- Banco Mundial (2017). *Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año (por cada 1.000 personas)*. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN?view=chart> [Consultado 20/7/2018]
- Banco Mundial (2020). *Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)*. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN>
- Barría, M. y Vanegas, J. (2012). Aproximaciones metodológicas al estudio de la mortalidad infantil en Chile. En *Revista chilena de pediatría*, vol.83 no.1 Santiago. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000100004>, pp. 33-41.
- Bezares, B.; Sanz, O. y Jiménez; I. (2009). Patología puerperal. *Anales Sis San Navarra* vol.32, supl.1, Pamplona. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200015](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200015)
- Black, R. (2016). *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0348-2>.
- Bobadilla, J. L. y Langer, A. (1990). La mortalidad infantil en México: un fenómeno en transición. En *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 52, núm. 1, pp. 111-131. Recuperado de: [http://www.jstor.org/stable/3540648?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/3540648?seq=1#page_scan_tab_contents).
- Bossio J.; Sanchis, I.; Herrero, M.; Armando, G. y Arias S. (2020). Mortalidad infantil y

- desigualdades sociales en Argentina, 1980-2017. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; N°44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.127>
- Brisson M.; García Conde, S. y Di Pietro, L. (2014). Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Cumbre del Milenio y los compromisos internacionales. Buenos Aires: Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Recuperado de [http://www.politicassociales.gov.ar/odm/ODM\\_SerieDocumentoTrabajo/ODM\\_SerieDocumentoTrabajoN1.pdf](http://www.politicassociales.gov.ar/odm/ODM_SerieDocumentoTrabajo/ODM_SerieDocumentoTrabajoN1.pdf)
- Chamizo García, H. y Behm Ammazini, I. (2014). Las inequidades geográficas en la mortalidad infantil en Costa Rica, período 2008-2012. En *Población y Salud en Mesoamérica*, Volumen 12, número 1, artículo 7. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
- Comerci, M. E. (2014). Complejidades y diferenciaciones en el territorio pampeano. En, Lluch, A. y Salomón Tarquini C. *Historia de La Pampa I. Sociedad, política, economía*. Santa Rosa: EdUNLPam. Segunda edición, pp. 13-27.
- Comerci, M. E. (Compiladora). (2018). *Estrategias en espacio de Borde*. Santa Rosa: EdUNLPam.
- Covas, M. R. (1998). Los espacios socioeconómicos de La Pampa. En *Huellas*, N° 3. Santa Rosa: Instituto de Geografía, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de La Pampa, pp. 11 - 26.
- Derrau, M. (1981). *Tratado de geografía humana*. Barcelona: Vicens Vives.
- DGEyC. (Dirección General de Estadística y Censos – Provincia de La Pampa) (1999 a 2009). *Anuario estadístico de la provincia de La Pampa. Salud*. Santa Rosa, La Pampa.
- DGEyC. (Dirección General de Estadística y Censos – Provincia de La Pampa) (2010 – 2020). *Anuario estadístico de la provincia de La Pampa*. Recuperado de <https://estadistica.lapampa.gob.ar/10-provincial/anuario-estadistico.html>
- Dillon, B. (2009a). Los problemas actuales de las poblaciones. En Dillon, B y Cossio B. (2009). *Población y Ciudades. Dinámicas, problemas y representaciones locales*. Santa Rosa: EdUNLPam – REUN, pp. 29-42.
- Dillon, B. (2009b). Los estudios de población. Evolución, conceptos, métodos y tendencias actuales. En Dillon, B y Cossio B. (2009). *Población y Ciudades. Dinámicas, problemas y representaciones locales*. Santa Rosa: EdUNLPam – REUN, pp. 43-82.
- Dillon, B. (2009c). La estadística aplicada a los estudios de población. La producción e interpretación de datos para el análisis geográfico. Cuestiones metodológicas y herramientas de investigación. En Dillon, B y Cossio B. (2009). *Población y Ciudades. Dinámicas, problemas y representaciones locales*. Santa Rosa: EdUNLPam – REUN, pp. 77-81.
- Dillon, B. (2016). (Coord.). *La población rural en la provincia de L Pampa. Vestigios del pasado, singularidades presentes y alertas para el futuro de los pueblos rurales*. Santa Rosa: EdUNLPam.
- Dillon, B. (2022a). Los espacios geográficos de La Pampa. En Dillon, B.; Herlein, M. y Acosta, M. *Geografía de La Pampa. La construcción del conocimiento, materiales didácticos y estrategias de enseñanzas y aprendizajes para la educación secundaria*. Santa Rosa: en prensa, pp. 63-88.
- Dillon, B. (2022b). Los problemas de población. En Dillon, B. y Diharce, M. C. *Geografías de la población. Relaciones de poder, desigualdades y derechos humanos*. Santa Rosa: en prensa, pp. 19-53.
- Dillon, B. (2016b). Evolución, realidad y futuro de la población rural en La Pampa. En Dillon, B. (Coord.). *La población rural en la provincia de L Pampa. Vestigios del pasado, singularidades presentes y alertas para el futuro de los pueblos rurales*. Santa Rosa: EdUNLPam, pp.87-115.
- Eberle, C., Campos, M. y Santarelli, S. (2004). *Religión, migraciones y paisaje, los menonitas*

- en Guatrache*. Bahía Blanca: Ediuns.
- Finkelstein, J.; Duhau, M.; Speranza, A.; Marconi, E. y Escobar, P. (2016) Evolución de la mortalidad infantil en Argentina es el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En *Arch Argent Pediatr* N° 114(3), pp. 216-222. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/317531988\\_Evolucion\\_de\\_la\\_mortalidad\\_infantil\\_en\\_Argentina\\_en\\_el\\_marco\\_de\\_los\\_Objetivos\\_de Desarrallo\\_del\\_Milenio](https://www.researchgate.net/publication/317531988_Evolucion_de_la_mortalidad_infantil_en_Argentina_en_el_marco_de_los_Objetivos_de Desarrallo_del_Milenio)
- García Ballesteros, A. (1986). La Geografía de la población: del enfoque regional al pluralismo epistemológico. En García Ballesteros, A. *Teoría y Práctica de la Geografía*. Alhambra. Madrid. pp 183-198.
- García Ballesteros, A. (1992). Las aportaciones de la geografía humanística. En García Ballesteros, A.; *Geografía y Humanismo*. Oikos Tau. Barcelona, pp. 9-16.
- George, P. (1971). *Geografía de la Población*. Barcelona: Oikos-tau.
- Goebert, D.; Chang, J. Y.; Chung-Do, J.; Else, R.; Hamagami, F.; Helm, S.; Kinkade, K. y Sugimoto-Matsuda, J. (2012). Social Ecological Determinants of Youth Violence Among Ethnically Diverse Asian and Pacific Islander Students. In *Matern Child Health*, 16(1), pp. 188-196.
- Gordillo-Tobar, A., Quinlan-Davidson, M. y Mills, S. (2017). *Maternal and child health*. The World Bank. Recuperado de <http://documents.worldbank.org/curated/en/996461511255244233/Target-3-1-and-3-2>.
- INDEC (1999). *Anuario estadístico de la República Argentina*. Buenos Aires. Recuperado de [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2018/10/anuario\\_estadistico\\_2017.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2018/10/anuario_estadistico_2017.pdf).
- INDEC (2001). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Buenos Aires. Recuperado de [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010\\_tomo1.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf).
- INDEC (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Buenos Aires. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-42-148>.
- INDEC. (1997). *La Pampa. Situación y evolución social*. Síntesis. Buenos Aires. [http://cfi.org.ar/wp-content/uploads/2004/07/la\\_pampa.pdf](http://cfi.org.ar/wp-content/uploads/2004/07/la_pampa.pdf)
- Kvale, S. (1996). *Vistas de la entrevista: una introducción a la entrevista de investigación cualitativa*. Thousand Oaks, CA: Publicaciones de Sage.
- Lausirica, C. (2009). Mortalidad infantil: su relación con los factores sociales, económicos y ambientales. Diferenciaciones espaciales en la provincia de La Pampa. En Dillon, B. y Cossio, B. *Población y ciudades. Dinámicas, problemas y representaciones locales*. Santa Rosa: EdUNLPam, pp. 106 -141.
- Lausirica, C. (2013). Impacto de los programas materno-infantiles en la disminución de las causas evitables de la Mortalidad Infantil. Zona Sanitaria I. La Pampa – Argentina. *Tesis de especialización en Gestión de Políticas Sociales*. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de La Pampa, inédito.
- Lefebvre, H. (1974). *La production de l'espace*. París: Éditions Anthropos Noin, D. (1979). *Géographie de la Population*. Paris: Masson.
- OECD/The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD Publishing, Paris. Recuperado de <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
- OMS (Organización Mundial de Salud) (2011). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Francia: Organización Mundial de Salud. Recuperado de: [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf).
- ONU (Organización de las Naciones Unidas). (2005) *Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe de 2005*. Nueva York. Recuperado de [https://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20BOOK\\_SP\\_new.pdf](https://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20BOOK_SP_new.pdf) [Consultado el

3/03/2021].

- ONU-IGME. (Organización de las Naciones Unidas - Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez) (2020). *Notas explicativas. Serie de Tendencias de la Mortalidad infantil a 2019*. Recuperado de [https://childmortality.org/wp-content/uploads/2020/10/UN-IGME-Stillbirth-Explanatory-note\\_SP.pdf](https://childmortality.org/wp-content/uploads/2020/10/UN-IGME-Stillbirth-Explanatory-note_SP.pdf)
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2002). La Salud en las Américas. En *Publicación Científica y Técnica* Núm. 587. Vol. 1. USA: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=16931&Itemid=721&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16931&Itemid=721&lang=en).
- Ortega Valcárcel, J. (2000). *Los horizontes de la Geografía*. Teoría de la Geografía. Barcelona: Ariel.
- Peet, R. (1998). *Modern Geographical Thought*. Oxford: Blackwell.
- Peet, R. (1977). Inequality and poverty: a marxist-geographic theory. En Peet, R. *Radical Geography: alternative viewpoints on contemporary*. Oxford: Blackwell, pp. 112-123.
- PNUD-UNFPA. (2009). *Situación de la población en Argentina*. 1a ed. Buenos Aires. Recuperado de [https://www.unfpa.org/sites/default/files/admin-resource/Argentina-Situacion-de-la-Poblacion-en-la-Argentina\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/admin-resource/Argentina-Situacion-de-la-Poblacion-en-la-Argentina_0.pdf)
- Pombo, D.; Martínez Uncal, M.C. y Dillon, B. (Editoras). (2006). *Geotecnologías aplicadas al análisis de la complejidad territorial de la provincia de La Pampa*. Santa Rosa: EdUNLPam.
- Puyol, R. (1985). La Geografía de la población a la búsqueda de sus señas de identidad. En *Estudios Geográficos*, Vol. 46, Número 178-179, pp. 40-60.
- Puyol, R. (1988). La población. En Puyol, Estébanez y Méndez *Geografía Humana*.
- Santos, M. (1990). *Por una geografía nueva*. Madrid: Espasa Universidad.
- Santos, M. (2000). *La naturaleza del espacio*. Barcelona: Ariel.
- Sauvy, A. (1983). *La Población. Sus movimientos, sus leyes*. Buenos Aires: Eudeba.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Roque Torres, V.; Bertone, C. y Andrada, M. (2018). Brechas en la mortalidad infantil según nivel educativo de las madres en la provincia de Córdoba –Argentina-. Estimación indirecta a partir de datos censales 2010. En *Revista de Salud Pública*, (XXII) 3, pp:37- 47.
- Trewartha, G. (1973). *Geografía de la Población*. Buenos Aires: Marymar.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2018). *Un niño menor de 15 años muere cada cinco segundos en el mundo*. Recuperado de <https://www.unicef.org/es>
- Urteaga, L. (1980). Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas el estudio del medio ambiente en el Siglo XIX. En *Geocrítica* Año V, Número 29, pp. 1-50. Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/geo29.htm>
- Vasilachis, I. (coord.). (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa Editorial.
- Velázquez, G. (1997). *¿Por qué algunos viven más que otros? Desigualdades geo-sociales de la mortalidad. El caso del partido de Tandil (Buenos Aires)*. Tandil: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires.