

7

Condiciones de vida y contextos de salud. Un análisis territorial aplicado a la población argentina (2001-2010)

Fernando Longhi¹

CONICET / Universidad Nacional de Tucumán

@ [fernandolonghi@hotmail.com]

RECIBIDO 28-01-2020

ACEPTADO 23-03-2020

Cita sugerida: Longhi, F. (2020). Condiciones de vida y contextos de salud. Un análisis territorial aplicado a la población argentina (2001-2010). Revista *Huellas*, Volumen 24, N° 1, Instituto de Geografía, EdUNLPam: Santa Rosa. Recuperado a partir de: <http://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/huellas>

DOI: <http://dx.doi.org/10.19137/huellas-2020-2408>

Resumen

En los últimos años el campo académico se vio enriquecido por numerosos aportes relacionados al concepto y medición del bienestar de las poblaciones. Entre tales avances el concepto de condiciones de vida ha ocupado un rol central. En esta propuesta relacionamos dicho concepto y la noción de contextos de salud a partir de un modelo ecoepidemiológico. Para tal propósito se desarrolló una propuesta metodológica y se la aplicó a la población argentina, detectando áreas de mejora, empeoramiento y persistencia de los niveles de condiciones de vida entre 2001 y 2010. Finalmente se validó la propuesta con un indicador clásico de medición de la pobreza y se analizó el derrotero de las condiciones de vida en las jurisdicciones más críticas del territorio mediante el uso de un indicador de mortalidad infantil que opera sobre el concepto de “enfermedades de la pobreza”.

Palabras clave: condiciones de vida; contexto de salud; pobreza; diferencias territoriales

1 Licenciado en Geografía y Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Nacional de Tucumán. Sus investigaciones están vinculadas con el estudio de la pobreza y la salud infantil, las cuales se han plasmado en la elaboración de artículos y capítulos de libros. Se desempeña actualmente como investigador adjunto del CONICET en el Instituto Superior de Estudios Sociales (CONICET - UNT) en la ciudad de San Miguel de Tucumán y como profesor adjunto en la Universidad Nacional de Santiago del Estero.

Abstract

In recent years, the academic field has been improved by numerous contributions related to the concept and measurement of population well-being. Among such improvements, the concept of living conditions has played a central role. In this paper we observe the associations between living conditions and relate this concept to the notion of health contexts based on an eco-epidemiological model. For this purpose, a methodological proposal was developed and applied to the Argentine population, identifying areas of improvement, worsening and persistence of living conditions between 2001 and 2010. Finally, the proposal was validated with a classic indicator of poverty measurement and the course of living conditions was analyzed in the most critical jurisdictions of the territory through the use of an infant mortality indicator that operates on the concept of "poverty diseases".

Keywords: living condition; health context; poverty; territorial differences

Condições de vida e contextos de saúde. Uma análise territorial aplicada ao povo argentino (2001-2010)

Resumo

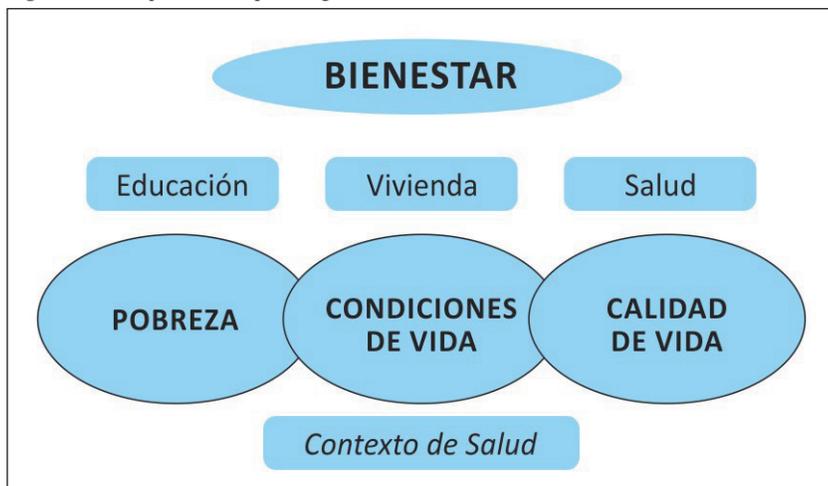
Nos últimos anos, a área acadêmica viu-se enriquecida pelas numerosas contribuições relacionadas ao conceito e medida do bem-estar das populações. Dentre esses avances o conceito de condições de vida tem ocupado um papel central. Nesta proposta, relacionamos o conceito de contextos de saúde a partir de um modelo eco epidemiológico. Para este propósito, desenvolveu-se uma proposta metodológica e aplicou-se à população argentina, detectando áreas de melhoria, de piora e persistência dos níveis de condições de vida entre 2001 e 2010. Finalmente, validou-se a proposta com um indicador clássico de medição da pobreza e analisou-se a rota das condições de vida nas jurisdições mais críticas do território a traves do uso de um indicador da mortalidade infantil que se realiza sobre o conceito de "doenças da pobreza".

Palavras-chave: Condições de vida; Contexto de saúde; Pobreza; Diferenças Territoriais

Introducción²

Un interesante campo teórico se ha desarrollado en las últimas décadas en torno a la noción de bienestar de las poblaciones, donde –de modo recurrente– se ha identificado a las condiciones de vida como componente central de esta idea de bienestar (Valera, 1996; Alarcón, 2001; Velázquez, 2008). Dicho concepto fue entendido como la conjunción entre niveles de carencias y satisfacciones de diferentes dimensiones económicas, sociales y ambientales (Longhi et al., 2013). En este vínculo las carencias se asociarían a lo que normalmente denominamos pobreza, mientras que las satisfacciones remitirían al desarrollo conceptual de la calidad de vida (Bolsi y Paolasso, 2009; Velázquez, 2001; Velázquez, 2008). Dicho concepto, a su vez, sostendría fuertes vínculos con la noción de contextos de salud, entendido como aquellos ambientes propicio para el desarrollo y mantenimiento de niveles óptimos para el desarrollo de la salud humana (Cuesta Aguilar, 2003; Rojas et al., 2005); revistiendo así como un concepto medular en la propuesta metodológica que aquí se presenta (Figura N° 1).

Figura N° 1. Esquema conceptual según dimensiones del bienestar



Fuente: Elaboración personal sobre la base de Valera (1996), Alarcón (2001), Cuesta Aguilar (2003), Velázquez (2008), Bolsi y Paolasso (2009), Spicker (2009) y Longhi et al. (2013).

2 Quisiera agradecer a los dos evaluadores anónimos de HUELLAS que dictaminaron este artículo por sus valiosos comentarios y sugerencias, los cuales permitieron mejorar la versión inicial de este texto.

Así, la pobreza, según los avances académicos en la materia, remite a carencias y refiere, a su vez, a una situación de deterioro, la cual evidencia la falta de elementos mínimos para la subsistencia, como así también limitaciones respecto de las herramientas necesarias para escapar de aquella situación (Spicker, 2009; López Ángel, 2016). Estas carencias –según distintos enfoques– refieren a dificultades estructurales o coyunturales, o a una combinación de ambas (Perona et al., 2001).

La pobreza –desde esta perspectiva– adquiere características que la posicionan como un cuadro holístico de carencias de diversos tipos, retroalimentadas sinérgicamente unas con otras, resultado a su vez de la particular inserción de cada familia y/o sujeto en la estructura socioproductiva (Moreno, 1995)³. Dicho cuadro no hace más que retroalimentar determinadas condiciones mínimas de vida de la población, entendidas a su vez como las relaciones existentes con el nivel de desarrollo económico y el grado de accesibilidad al desarrollo social acumulado en cada país, proceso que a su vez incide sobre la calidad de vida de la población.

Sobre último concepto existe consenso en afirmar que la calidad de vida constituye una percepción subjetiva, que está conformado por diferentes dimensiones con puntajes que varían en cada persona y que dicho puntaje puede cambiar a través de la vida (Fernández-Ballesteros, 1998; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Su medición ha sido frecuentemente abordada por Velázquez (2001, 2008), el cual lo identifica con un *techo*, es decir, mientras la pobreza ha sido asociada con un nivel mínimo, es decir un *piso*, la calidad de vida remitiría al otro extremo del bienestar.

La idea de bienestar que aquí adoptamos entiende a las condiciones de vida desfavorables como el conjunto de desventajas que configuran situaciones de marginación, exclusión e inequidad social (Macció, 2011). Así, bajo este enfoque, además de considerar dimensiones monetarias del bienestar, se incluyen aquellas relacionadas con la habitabilidad, el acceso a los recursos públicos y a las oportunidades de educación y trabajo, acceso y calidad a sistemas de salud, entre otros aspectos. Sin embargo, tal como lo afirma Macció (op. cit.), este desarrollo conceptual respecto de la multidimensionalidad del bienestar no se traduce aun en consensos que permitan unificar criterios para la medición empírica. De igual manera, plantea Sen (1997), que el bienestar asumiría otros componentes una vida larga y saludable, libertad política, el respeto a los derechos humanos, la seguridad personal y familiar, y la participación en la vida comunitaria. No obstante,

3 Debe entenderse que en un sistema capitalista las necesidades personales se satisfacen a través del intercambio de dinero por bienes y servicios. El dinero, en dicho sistema, se obtiene a través de la participación en el mercado de trabajo.

dada la dificultad de medir algunos de sus elementos constituyentes, en esta área temática nos restringiremos a los aspectos cuantificables, materiales y objetivos del bienestar, relacionados con el concepto de condiciones de vida, donde las dimensiones salud, vivienda y educación, se constituyen como componentes clásicos de su estudio (Naciones Unidas, 1961; Paolasso et al. 2019). Asimismo, esta decisión se sostiene en la notable distancia que existe muchas veces entre las definiciones operacionales y las características y calidad de las fuentes de información⁴.

De esta manera, buscamos en este trabajo indagar sobre las relaciones entre condiciones de vida y contextos de salud a partir de un modelo ecoepidemiológico; en tal sentido se desarrolló una herramienta que, operando sobre fuentes censales de 2001 y 2010, permitió detectar en la escala departamental del territorio nacional la distribución espacial del indicador y los cambios en dicha distribución.

El trabajo se estructura de la siguiente manera: se reseñan a continuación aportes ecoepidemiológicos sobre el proceso salud enfermedad, luego se precisa el desarrollo metodológico diseñado y su aplicación en el contexto nacional. Finalmente se discutieron los resultados hallados y se elaboraron conclusiones.

El proceso salud-enfermedad desde una mirada ecoepistemológica

Cuando analizamos el proceso salud-enfermedad que se desarrolla en una sociedad la primera pregunta que nos asalta es: ¿Por qué en esa sociedad algunos individuos permanecen saludables y otros están enfermos? ¿Cuáles son los factores que explican los contrastes observables en dicha sociedad?

La manera de explicar el proceso salud-enfermedad en las poblaciones humanas ha ido cambiando —a veces radicalmente— a lo largo del tiempo. Hoy en día no dudamos que buena parte de las enfermedades y de los problemas de salud se encuentran afectados por el mundo social que nos rodea. Los estados psicológicos, los comportamientos y tanto el ambiente físico como el construido son influenciados por los ambientes sociales y viceversa (Berkman y Kawachi, 2000, p. 6). Por otra parte, también hemos

4 En este sentido, cobran notoria importancia no solo la elección de la dimensión a considerar en los indicadores de bienestar, sino también las variables operativas (derivadas en indicadores) dentro de cada dimensión. Dicha elección se articula profundamente con los resultados que se encuentren, de allí la constatación de Kessler (2014) respecto a las “controversias sobre la desigualdad”.

comprendido que buena parte de los comportamientos no se distribuyen aleatoriamente entre la población, sino que se encuentran influenciados socialmente y hasta se vinculan unos con otros. La población pobre, por ejemplo, tiene bajos niveles de educación y se encuentra más propensa a un amplio rango de riesgos que pueden afectar su salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha generado importantes contribuciones en este sentido, postulando que los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias; esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación de salud. Define, a su vez, a dichos determinantes como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, siendo esas circunstancias el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2009).

La concepción ecológica del proceso salud-enfermedad considera que las enfermedades son el resultado de la combinación de factores biológicos, sociales y ambientales, es decir, son el resultado de la interacción agente-huésped-ambiente (Arredondo, 1992, pp. 257-258). A través de este enfoque se busca proporcionar una explicación de los factores subyacentes que influyen en los procesos biológicos. Durante la década de 1990 esta concepción se complejizó y evolucionó hacia lo que se conoce como *ecoepidemiología*, la cual considera que la enfermedad es un fenómeno poblacional que tiene lugar en múltiples niveles sistémicos, interconectados y jerarquizados y que se inserta en un paradigma más amplio que se conoce como *epidemiología social* (Susser y Susser, 1996; Berkman y Kawachi, 2000; Moiso, 2007). Existen entonces una multiplicidad de subsistemas que van desde lo molecular hasta lo social que tienen diferentes tipos de vinculaciones entre sí, donde además, los cambios acaecidos en alguno de los subsistemas no tiene por qué afectar necesariamente a la totalidad del sistema. Así, muy raramente una enfermedad será el resultado de una única causa (Berkman y Kawachi, 2000).

Los estudios ecológicos en epidemiología se distinguen de otros diseños principalmente en su unidad de observación, ya que su foco de análisis son los grupos humanos, más que individuos por separado. Las unidades de observación, en tal caso, serán diferentes unidades geográficas o diferentes períodos de tiempo (Borja-Aburto, 2000, p. 533). Así es posible detectar múltiples interrelaciones entre diferentes subsistemas que explican situaciones de enfermedad en un lugar determinado o su evolución temporal en ese mismo lugar o entre lugares diferentes.

Los estudios ecológicos se pueden clasificar en:

- a) Exploratorios: Su esencia radica en comparar tasas específicas de enfermedad/muerte entre diferentes regiones durante un lapso igual, o bien se compara la evolución de dichas tasas a lo largo del tiempo en una región.
- b) De grupos múltiples: son estudios que evalúan niveles de exposición y la frecuencia de la ocurrencia de determinadas enfermedades en diferentes regiones.
- c) De series de tiempo: se comparan variaciones temporales de niveles de exposición con otras series temporales que muestran los cambios en la frecuencia de determinadas enfermedades en la población de un área geográfica.
- d) Estudios mixtos: son estudios que combinan las categorías anteriores.

Uno de los problemas que presenta este enfoque son los sesgos que puede introducir, lo cual se conoce como la falacia ecológica y consiste en el riesgo que entraña hacer inferencias individuales a partir de estudios grupales. Esto puede llevar a que se acepten diferentes asociaciones entre eventos cuando en realidad pueda ocurrir que las mismas no existan.

Otra limitación que presenta es que los datos agregados a nivel grupal no siempre son suficientes para poder explicar el comportamiento de determinadas enfermedades o grupos de enfermedades en una población dentro de un área o de su evolución en el tiempo. También presenta el inconveniente de la determinación de la secuencia temporal entre la exposición y la enfermedad.

El enfoque ecológico, sin embargo, resulta útil para estudiar las condiciones de salud en contextos ambientales. Aun cuando está claro que resulta fundamental identificar los factores de riesgo en cualquier investigación sobre salud pública, queda claro que la salud de la población depende tanto de factores macro (p. ej. la forma en que se distribuye la riqueza en la sociedad); factores individuales (p. ej. Pautas de comportamiento, dieta, etc.) o de factores micro (p. ej. la genética propia de cada individuo). En cada uno de estos niveles el abordaje será diferente y deberá adaptarse a sus características inherentes para determinar los procesos causales y la manera en que los mismos afectan a los otros niveles intervinientes (Susser, 2004; Berkman y Kawachi, 2000).

Por otro lado, es necesario comprender la interrelación que existe entre los factores genéticos y ambientales, pues al identificar las principa-

les causas que intervienen en la salud de la población, es posible ejercer intervenciones preventivas. Igualmente resulta imprescindible analizar la trayectoria del proceso salud-enfermedad a lo largo del ciclo de vida de los individuos. Así, la ocurrencia de alguna enfermedad en una persona puede ser el resultado de experiencias y decisiones anteriores (Susser, 2004).

Esta estrategia permite plantear diferentes preguntas y utilizar distintos enfoques para analizar el proceso salud-enfermedad.

Por ejemplo, interpretar de qué manera un niño llega a la condición de desnutrición requiere un cambio en la comprensión acerca de los comportamientos de determinados grupos de la población que tienen que ver con las elecciones individuales –en este caso las que realizan los padres o tutores de los niños– se encuentran fuertemente influenciadas por el contexto social. El ambiente social influencia el comportamiento individual a través de: a) la formación de normas; b) imponer pautas de control social (que pueden promover la salud o dañarla); c) proporcionar o no oportunidades ambientales para involucrarse en determinados comportamientos y d) reducir o producir ciertas condiciones de estrés para que ciertos comportamientos puedan ser una estrategia eficaz de respuesta.

Fundamentos metodológicos

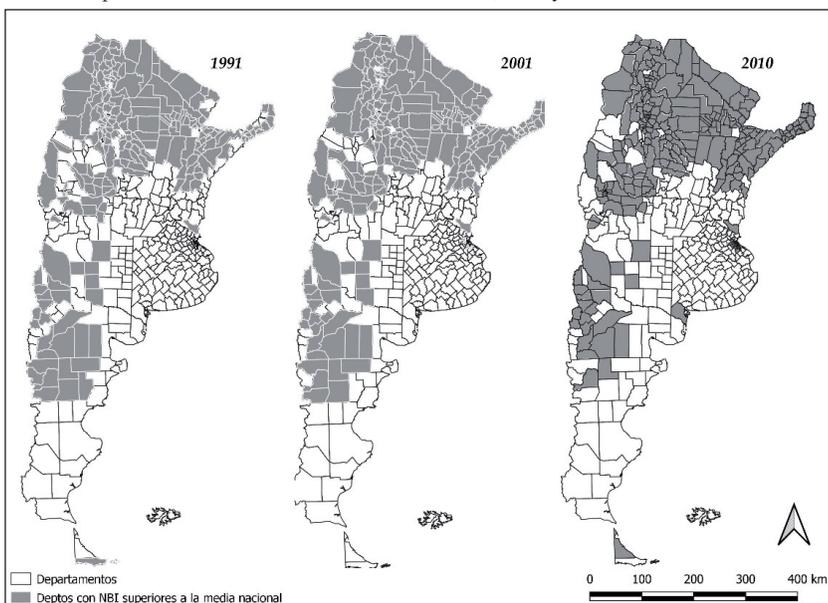
De alguna manera, en la historia socioeconómica argentina, el inicio del nuevo milenio marcó un rumbo diferente en la economía. Existen fuertes evidencias para sostener que a partir de 2003, luego de la mayor crisis sociopolítica de la historia de nuestro país, las condiciones de vida de la población habrían mejorado, pero no así las brecha de desigualdad, la cual persistiría al día de hoy⁵. Esta hipótesis se sustenta, por ejemplo, al analizar la evolución de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) entre 1991 y 2010: mientras que entre 2001 y 2010 la proporción de hogares con al menos una NBI ha disminuido casi a la mitad, la distribución espacial de los departamentos que se encuentran por encima del promedio no ha descendido significativamente. Obsérvese la característica de persistencia en la figura N° 2, evidenciando, más allá de las mejoras operadas, la misma localización espacial de los sectores más rezagados tanto en la última década del siglo XX como en la primera del siglo XXI.

Nuestro análisis parte de esta evidencia, donde las condiciones de vida de la población argentina –un concepto que abarcaría a la totalidad de la población y no sólo uno de los extremos definidos por la pobreza–, a partir de

5 Cfr. Paolasso et al. (2019).

2001, habría mejorado en magnitud pero no así en términos de distribución espacial. Esto conduciría a sospechar entonces que las áreas más críticas del territorio serían prácticamente las mismas durante el periodo. ¿Cuál sería entonces el contexto y las características del mismo en materia de salud que alimentaría dichas persistencias? Pues bien, fue este el disparador que nos permitió avanzar en el desarrollo metodológico de la herramienta.

Figura N° 2. República Argentina. Departamentos con Necesidades Básicas Insatisfechas por encima del promedio nacional en cada fecha censal. 1991, 2001 y 2010.



Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. Elaboración: Laboratorio de Cartografía Digital. Instituto Superior de Estudios Sociales. UNT - CONICET.

El indicador que se propuso para probar el supuesto mencionado fue el Índice de Contexto de Salud (ICSA), el cual analiza las condiciones de vida de la población desde una vertiente multidimensional. Asimismo, en un registro de variaciones espaciales, pone de manifiesto la fragmentación socio-territorial y las brechas existentes en las condiciones de vida de la población argentina, detectando diferentes contextos de salud para dicha población, tanto a escala departamental, provincial como regional.

Las fuentes de datos con las que se construye este indicador multidimensional provienen de la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. Una ventaja de la utilización

de estas fuentes radica en el análisis espacial del problema, considerando un nivel de desagregación geográfica avanzado relacionado con la escala departamental. En este sentido, responde a un insumo esencial para el abordaje de las políticas públicas, esto es el enfoque territorial⁶. De esta manera se articula explícitamente con uno de los problemas primordiales de los estudios geográficos: la distribución espacial. Se procedió también a validar el indicador mediante la selección de las áreas más carentes del territorio relacionándolo con las principales causas de muerte infantil condicionadas por el contexto, tales como infecciones diarreicas, respiratorias y la desnutrición. Para este cometido se utilizaron como fuentes estadísticas vitales provistas por el Programa Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

La construcción de dicho índice implicó seleccionar, en una primera instancia, aquellas dimensiones que expresen mejor el bienestar de la población.⁷ Luego de dicha selección fue necesario construir las variables más representativas de la situación que se pretende mostrar. Dichas variables, en muchos casos, presentan un “condimento cultural” que otorga mayor relevancia en determinadas áreas y no en todas⁸. Queda claro entonces que tanto en la agrupación de las variables como en su ponderación, existe ineludiblemente un componente subjetivo⁹.

De esta manera, se entiende que el disponer de una única medida que resume varios aspectos de los que se compone el bienestar facilita su enten-

-
- 6 Dicho enfoque considera al territorio como una construcción social, donde los actores son quienes configuran con sus relaciones el significado y la apropiación de un determinado espacio (Fernández et al., 2019). Así, se entiende al enfoque territorial como una perspectiva heurística que contempla al territorio como el escenario socialmente construido donde ocurre todo lo social y simbólico, siendo a la vez natural, espacial, social, cultural, económico, político, e histórico (Schneider y Peyré Tartaruga, 2006).
 - 7 Sobre esta cuestión Stiglitz et al. (2009) consideran tanto aspectos monetarios como no monetarios en la definición del bienestar. Incluyen en su definición distintas variables tales como salud, educación, trabajo, relaciones sociales, medio ambiente, inseguridad física y económica, gobernabilidad, entre otras.
 - 8 Existe una expresión cultural no en las necesidades, pero sí en los satisfactores de esas necesidades (Boltvinik, 1990), que ante la insatisfacción, generan condiciones de carencia o precariedad. Bolsi et al. (2006), al estudiar la pobreza del Norte Argentino, ponía de manifiesto –por ejemplo– que constituía la pobreza más crítica del país; y que en su distribución, cubría por igual a las sociedades de raigambre guaraní del Este como a las que se han asociado con las culturas andinas del Oeste; conformando el carácter multifacético del problema, imbricado a su vez de dichas expresiones culturales.
 - 9 La ponderación define la importancia que tiene cada variable y cada dimensión en la formulación de la medida síntesis. Dicha ponderación también presenta aspectos subjetivos y tiene implicancias sobre el valor de la medida así como acarrea, insoslayablemente, una determinada escala de valores.

dimiento y permite utilizarla con fines de desarrollo de políticas públicas (Justino, 2005), pero además cumple con el requisito que requiere cualquier medida de la desigualdad, es decir, que sea relacional.

En esta propuesta, la construcción del ICSA contempló tres dimensiones clásicas del bienestar (Naciones Unidas 1962, Paolasso et al., 2019), que reúnen variables de costo en su interior con pesos ponderados específicos (Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1. Índice de Contexto de Salud. Variables y dimensiones

VARIABLES – MANIFESTACIONES Y ESCALAS ALCANCE NACIONAL – ESCALA: DEPARTAMENTAL			
	DIMENSIONES	AÑO 2010	AÑO 2001
Índice de Contexto de Salud	Analfabetismo (33.3%)	Población mayor a doce años que no sabe leer ni escribir (33.3%)	Población mayor a doce años que no sabe leer ni escribir (33.3%)
	Salud (33.3%)	a) Inodoro sin descarga de agua (11.1%) b) Agua para consumo de pozo, cisterna o río (11.1%) c) Porcentaje de población sin obra social (11.1%)	a) Inodoro sin descarga de agua (11.1%) b) Agua para consumo de pozo, cisterna o río (11.1%) c) Porcentaje de población sin obra social (11.1%)
	Vivienda (33.3%)	a) Hacinamiento crítico (11.1%) b) Uso de leña y carbón como el principal combustible usado para cocinar (11.1%) c) Porcentaje de hogares con piso de tierra (11.1%)	a) Hacinamiento crítico (11.1%) b) Uso de leña y carbón como el principal combustible usado para cocinar (11.1%) c) Porcentaje de hogares con piso de tierra (11.1%)

Fuente: Elaborado sobre la base de INDEC, Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Analfabetismo

La educación es un componente ineludible en toda concepción de desarrollo, y es, tal vez, el principal motor de progreso, ascenso social y por lo tanto una apuesta al bienestar. Es conocido a su vez que el impacto social de la educación –o de la carencia de ella– se manifiesta además en el mercado laboral a través del nivel de ingreso, y en diversas áreas como el cuidado de la salud, tanto propia como ajena (Cecchini, 2005). En un consenso académico general, es considerada una necesidad básica, ya que está inserta en todo indicador de bienestar.

En el caso argentino particularmente, si bien no sólo es importante la asistencia a un establecimiento de educación, sino también la calidad del mismo, llama la atención que las fuentes de datos normalmente utilizadas para estos fines sólo brinden información sobre el primer aspecto.

La importancia de esta dimensión en la conformación de la propuesta metodológica a partir de la variable “población mayor a doce años sin saber leer o escribir” se basa en la formación de capital que se relaciona, a su vez, con una posible inserción laboral sólida y un nivel de ingresos más alto y estable. La condición de analfabetismo se obtiene del cuestionario censal, y refiere a toda aquella persona (mayor de doce años) que no posea la capacidad de leer, escribir y comprender una frase sencilla sobre la vida cotidiana en cualquier idioma. Dicho valor fue relacionado con el total de población mayor a doce años y representado en una proporción. El umbral de doce años fue seleccionado dado que representa la edad promedio en la que un niño terminaría la tradicional escuela primaria. Finalmente, cabe mencionar que esta variable representa el 33.3% del valor del ICASA.

Salud

El estado de salud de las personas presenta diversas dimensiones y se han desarrollado una considerable cantidad de indicadores que pueden ser utilizados para su medición. En esta propuesta optamos por elegir tres variables presentes en el cuestionario censal y relevantes del contexto: a) inodoro sin descarga de agua, b) Agua para consumo de pozo, cisterna o río; y c) porcentaje de población sin obra social. Estas tres variables presentan igual ponderación en el ICASA, representando cada una de ellas el 11.1%.

- a) Inodoro sin descarga de agua: implica que la limpieza de la excreta no posee agua como vehículo de arrastre. La carencia de este sistema pone en riesgo las condiciones de salud de la población, principalmente la infantil, y es conocida la relación entre este sistema de excretas y las prevalencias de parasitosis, diarreas, y otras enfermedades infecciosas. Para la definición de la variable se calculó la proporción de hogares con carencias de esta índole respecto del total de hogares en cada departamento.
- b) Agua para consumo proveniente de pozo, cisterna o río: esta variable identifica (o se aproxima) a las limitaciones de acceso o carencia de un bien fundamental para la vida, esto es el agua potable. Si bien no disponemos de estadísticas de potabilidad, las características del acceso al bien nos proporcionan algún indicio. Por ejemplo, un he-

cho tan simple como la mejora en el abastecimiento de agua y la evacuación de las aguas residuales en los últimos años del siglo XIX fue en gran medida responsable de la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas y entéricas (McKeown, 1988). En esta propuesta se contabilizaron el total de hogares que proveen el agua para consumo personal de pozo, transporte por cisterna o agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia, y se calculó un porcentaje relacionando el total de hogares del departamento:

- c) Porcentaje de población sin obra social o plan médico: identifica cierta vulnerabilidad para el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la enfermedad, lo cual podría incidir sobre los niveles y características de la salud de las personas¹⁰.

El conjunto poblacional enmarcado en estas tres variables presentaría –según el enfoque aquí utilizado– serias deficiencias en términos de salubridad, constituyendo ambientes nocivos y peligrosos que atentaría contra la salud y el bienestar de las personas, con especial énfasis en aquellos segmentos poblacionales más vulnerables (niños y ancianos fundamentalmente).

Vivienda

Uno de los principales determinantes de las condiciones de vida y de salud lo constituye la vivienda y su entorno como ámbito protector de la salud y generador de bienestar. Entre las características relevantes se destacan tanto el tamaño, la calidad de materiales en términos de abrigo y resguardo, como el acceso a infraestructura básica. Señalaba Larrañaga (2007) los beneficios de una buena vivienda, entre los que destacaba la facilitación de la vida familiar, los espacios de privacidad, la seguridad y el cuidado de la salud a través de ambientes temperados e higiénicos.

10 Si bien hubo un cambio en la formulación de esta pregunta en la cedula censal entre 2001 y 2010, pudimos adaptarla al procesamiento. En el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001 se preguntó sobre la tenencia o no de obra social, la cual incluye tanto a la tenencia de una obra social (generalmente asociada a la afiliación obligatoria de los trabajadores con relación de dependencia), como a un plan de salud privado o mutual (caracterizado por la adhesión voluntaria y el pago del servicio por parte del beneficiario en su totalidad). En el año 2010 se preguntó por el tipo de cobertura de salud, distinguiendo obra social, prepaga por derivación de aportes o por contratación voluntaria, o población que se encuentra percibiendo un programa o plan estatal de salud. Para nuestro procesamiento pudimos homogeneizar la base con la no tenencia (2001) o no disponibilidad (2010) de obra social y/o plan médico.

De acuerdo a la fuente censal, es posible identificar condiciones de hacinamiento, el uso principal de leña o carbón como combustible utilizado para cocinar, y el piso de tierra como principal característica de los pisos de la vivienda. Estas tres variables presentan igual ponderación en el ICESA, representando cada una de ellas el 11.1%.

- a) Hacinamiento crítico: constituye un promedio que calcula la existencia de más de tres personas por cuarto en el hogar. Se calculó la proporción que representan los hogares hacinados con respecto del total de hogares en cada departamento.
- b) Uso de leña o carbón para cocinar: identifica aquellos hogares que utilizan la leña o carbón con mayor frecuencia para la cocción de los alimentos. Esto nos aproxima a la escasa capitalización del hogar en cuanto a bienes y servicios estructurales se refiera, asimismo pone de manifiesto, ante su escasez, la imposibilidad para dar cocción a los alimentos y conlleva asociado problemas respiratorios vinculados con los residuos de la combustión.
- c) Piso de tierra: de alguna manera evidencia el grado de capitalización que poseen las viviendas; asimismo, constituye también una condición importante respecto a higiene, contaminación, transmisión de vectores infecciosos y salud.

Una propuesta metodológica: el índice de contexto de salud argentino

Una vez identificadas las variables, se calculó su valor (expresado en porcentaje). Luego se normalizaron dichos datos mediante la construcción de números índice para cada variable. Dicha normalización implicó que en todas las variables los porcentajes varíen de cero a uno. La fórmula para la normalización fue la siguiente:

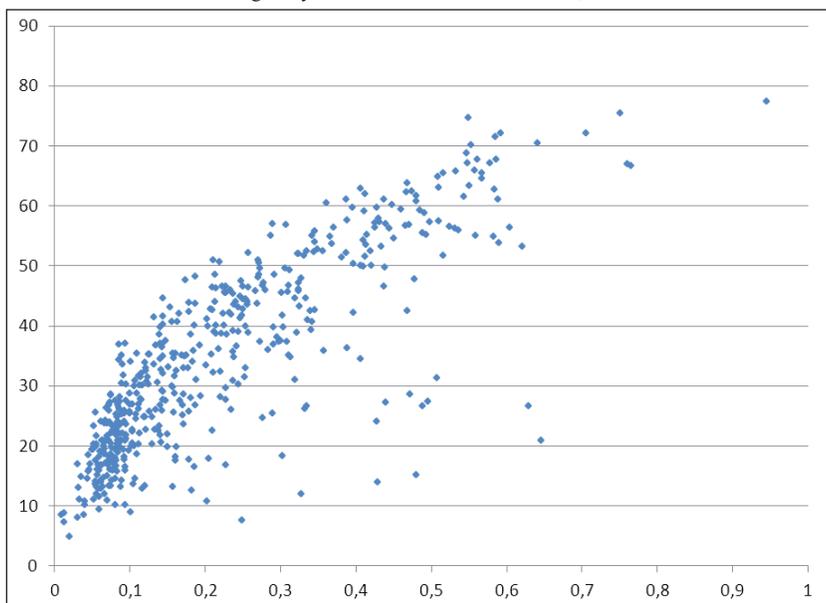
$$NI_x = 1 - (\max - X) / (\max - \min)$$

Finalmente, de acuerdo a la tabla de ponderación (cuadro 1), se multiplicaron los números índice por el peso establecido. Para que el valor del ICESA variara también entre cero y uno, se normalizan los pesos ponderados, por ejemplo se asigna 0,25 de ponderación cuando esta representaba el 25 %.

Esta metodología presenta a su vez una importante correlación con otros indicadores de bienestar, lo cual argumenta la solidez de la propuesta

metodológica. En el caso del Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH), un certero indicador de las privaciones construido por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para ser aplicado con los datos del relevamiento censal en 2001, el coeficiente de correlación de Pearson en la fecha mencionada es de 0,826¹¹. La dispersión departamental respectiva se observa en la figura N° 3.

Figura N° 3. República Argentina. Dispersión departamental entre la intensidad del Índice de Privación Material de los Hogares y el Índice de Contexto de Salud, 2001



Fuente: Elaboración propia sobre la base de INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

Los diferenciales contextos de salud del territorio argentino

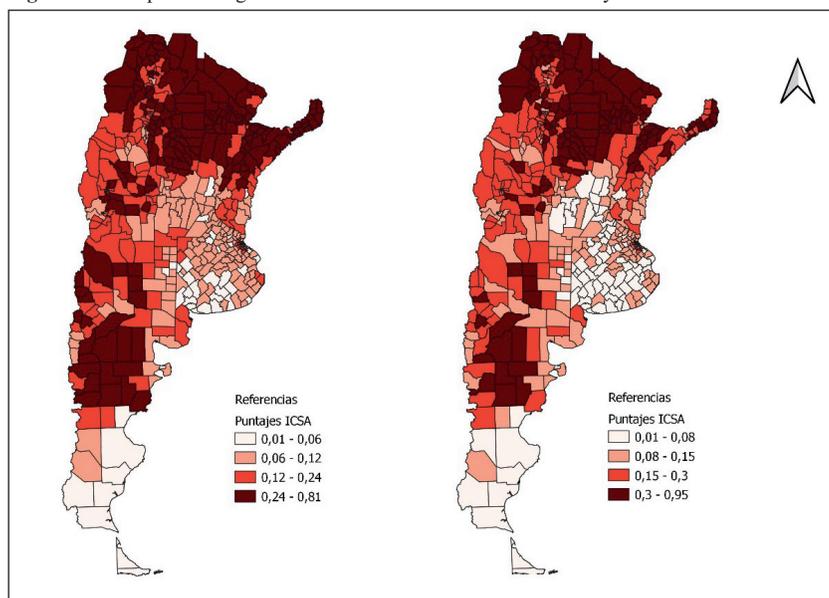
Utilizando la herramienta metodológica que se describió se accedió a los resultados principales en relación con la distribución espacial del ICSA

11 El IPMH ha constituido un avance en la medición de la pobreza. Su definición operacional supera el carácter dicotómico del método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) el cual distinguía pobre de no pobre. Con esta nueva herramienta se distinguen privaciones de tipo patrimonial, privaciones asociadas al nivel de ingresos y hogares que poseen ambos tipos de privaciones. Asimismo permite una tipología de hogares según el tipo de privaciones y la intensidad de las mismas (Álvarez, 2002).

según departamentos en 2001 y 2010 (figura N° 4). Se observan notorias similitudes en ambas distribuciones, mostrando la persistencia como el comportamiento dominante durante la década.¹² Se observa asimismo que las menores condiciones de vida y de salud (corresponde a los valores más altos del índice) se localizan en los departamentos del Norte del país (provincias del Noroeste y del Nordeste) como así también en algunas jurisdicciones nor-patagónicas (Provincias de Chubut y Río Negro).

Por el contrario, los valores más bajos –asociados a mejores contextos de salud– están localizados en departamentos del interior de la región pampeana.

Figura N° 4. República Argentina. Índice de Contexto de Salud 2001 y 2010



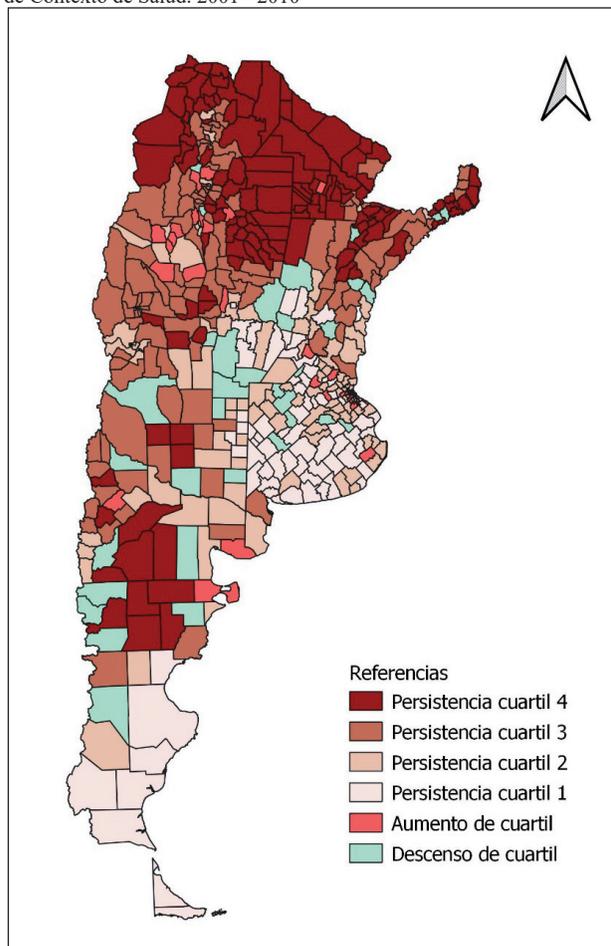
Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. Elaboración: Laboratorio de Cartografía Digital. Instituto Superior de Estudios Sociales. UNT - CONICET.

Para una síntesis más acabada sobre las variaciones del indicador durante la década se comparó la pertenencia de cada departamento a cada uno de los cuatro cuartiles definidos, detectando así su permanencia, mejora o empeoramiento. La figura 5 refleja esta situación. Se observa que la persistencia en el cuartil peor posicionado domina el comportamiento, y espa-

12 Cabe aclarar que se trata de distribuciones normalizadas a partir del método de los números índices, por lo cual no son comparables los valores absolutos del índice. En cambio, si se comparan la pertenencia a determinado cuartil y su variación, lo cual implica una valoración positiva o negativa en términos relativos del indicador.

cialmente se localiza en las áreas señaladas como mayormente deficitarias. No obstante, a pesar de mínimas variaciones, fue posible detectar mejora en las condiciones de salud en treinta seis departamentos argentinos. Por el contrario, se detectaron áreas donde el contexto de salud mostró retroceso durante la década, destacándose treinta y un departamentos bajo esta categoría. En la figura N° 5 quedan localizadas las áreas según cada uno de los comportamientos reseñados.

Figura N° 5. República Argentina. Variaciones de cuartil según el Índice de Contexto de Salud. 2001 - 2010



Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. Elaboración: Laboratorio de Cartografía Digital. Instituto Superior de Estudios Sociales. UNT - CONICET.

Con el análisis hasta aquí realizado se generó evidencia sobre las magnitudes y comportamientos de las condiciones de vida y el contexto de salud entre 2001 y 2010.

Si bien la formulación de este indicador fue validada con el IPMH, buscamos conocer la evolución en el periodo de algunas causas de muerte infantil vinculadas a la pobreza en algunos sectores particularizados, con el objeto de caracterizar, para un periodo temporal más cercano, las posibles brechas y evolución del bienestar en esos territorios. Es preciso mencionar, en tal sentido, que el concepto de “Enfermedades de la pobreza” constituye una noción acuñada por McKeown (1988) que analiza las enfermedades que han predominado durante la mayor parte de la existencia de la humanidad. Se distinguen de otras asociadas con la riqueza relativa que produjo la industrialización. La pobreza, precisó, no es causa directa de muerte, sino la principal razón por la cual existen condiciones (de distintos niveles) que desembocan en la enfermedad (McKeown, op. Cit.). Dentro de estas enfermedades, las infecciones diarreicas, respiratorias y la desnutrición adquieren el mayor protagonismo.

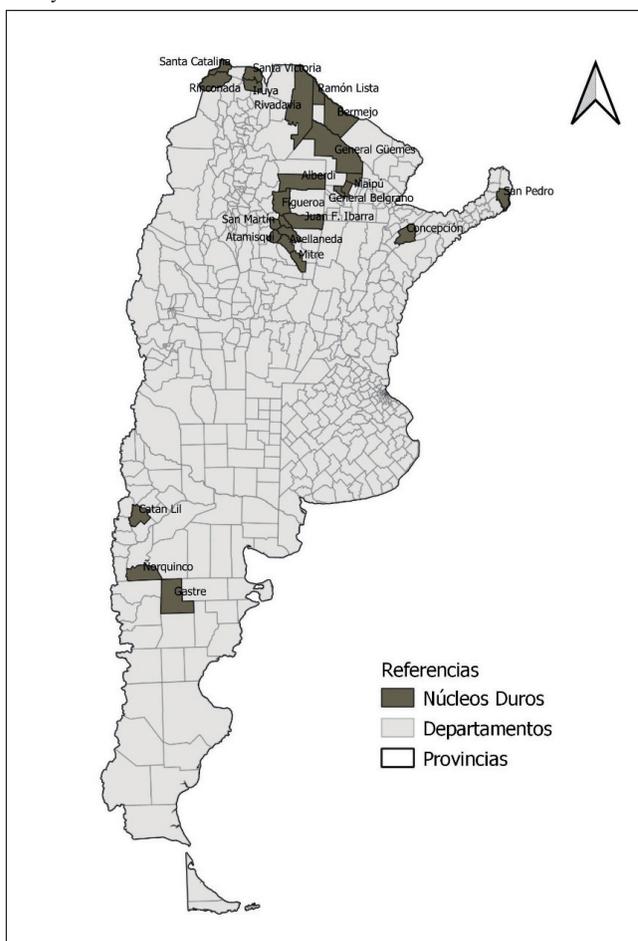
Estos agrupamientos de enfermedades ayudan a comprender la incidencia de determinadas condiciones habitacionales, educacionales, económicas y culturales (todas asociadas a la pobreza), como variables que intervienen en la aparición y desarrollo de estas enfermedades. Un claro ejemplo de esto es la asociación entre diarrea infantil y desnutrición, al respecto Behar (1973) señala el hecho de que las infecciones entéricas constituyen factores precipitantes y agravantes de la desnutrición, y ésta, a su vez, influye en la patogenia de procesos diarreicos, retroalimentando el contexto de pobreza y enfermedad. El concepto de enfermedades de la pobreza se convierte en un instrumento central para interpretar la articulación entre contextos de salud, condiciones de vida y bienestar.

En el análisis se seleccionaron los departamentos con valores más extremos del ICSA en ambos momentos censales. La identificación de dicha extremidad se estableció por registros superiores a dos desviaciones estándar del promedio en cada distribución. Quedaron así seleccionados veinticinco departamentos del territorio nacional, pertenecientes a diez provincias argentinas (figura N° 6).

En este conjunto departamental puede observarse, según las tendencias calculadas en la figura N° 7, que la cronicidad del problema tendió a disminuir. Hubo un notorio descenso de la tasa de mortalidad infantil por desnutrición en estas áreas, la cual pasó de 1 por mil en 1999 a 0.3 por mil en 2013; también las infecciones diarreicas agudas disminuyeron, pasando de un 2.8 por mil a un 0.6 por mil en el mismo lapso. Cabe destacar no

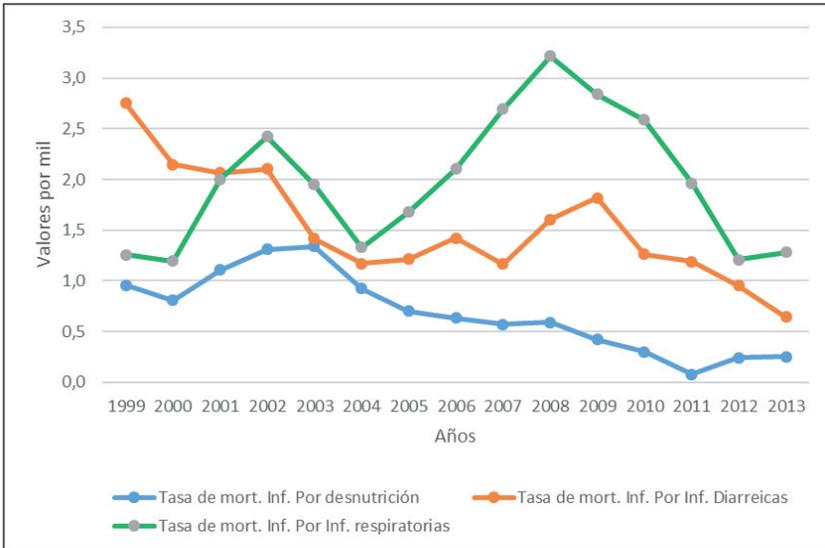
obstante un pronunciado pico de las diarreas en el año 2009, con un descenso posterior. Finalmente la tasa de mortalidad infantil por infecciones respiratorias evidenció estabilidad en su comportamiento, en 1999 la tasa alcanzaba el valor de 1.3 por mil, el mismo valor que alcanzaba en 2013. Se distinguen en el lapso dos picos pronunciados de crecimiento, ocurridos en los años 2002 y 2008 (picos que son relevantes para profundizar en su estudio pero que exceden los objetivos de este artículo).

Figura 6. Selección de departamentos según valores más altos del ICASA. 2001 y 2010



Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. Elaboración: Laboratorio de Cartografía Digital. Instituto Superior de Estudios Sociales. UNT - CONICET.

Figura N° 7. Conjunto departamental de persistencia de peores condiciones de salud. Evolución de tasas de mortalidad de enfermedades de la pobreza (1999-2013)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

Estos comportamientos permiten valorar un saldo positivo que auguraría, cuando se procesen los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2020, una mejora en las condiciones de vida y en el bienestar de la población residente en los núcleos de mayor concentración de problemas de salud en nuestro país. Ante la pregunta ¿cómo sería posible que en los peores contextos de salud del país las enfermedades de la pobreza disminuyan en tal magnitud? McQuestion (2001) –autor con el que coincidimos en la apreciación– halla respuestas a partir de los denominados “efectos de interacción social”, entendidos como las influencias que generan los resultados de las decisiones tomadas por otras personas en el comportamiento de los individuos, siendo estas decisiones continuamente reevaluadas por los mismos, analizando costos y beneficios de elegir determinado comportamiento. McQuestion considera que estos efectos contribuyeron a evitar que recrudeciese la mortalidad en América Latina durante los ochenta mientras la población continuaba empobreciéndose.

Conclusiones

Este artículo ha reflexionado sobre la idea de bienestar y su impacto en la salud. Desde diversos enfoques, poniendo de manifiesto la amplitud de marcos teóricos y metodológicos, hemos intentado contribuir en el estudio de esta problemática, con algunos avances significativos sin duda alguna, pero también con ciertas vacancias que precisan ser abordadas. Entre tales, se destaca las interrelaciones entre bienestar (sobre todo los aspectos materiales de éste), condiciones de vida y salud poblacional, relación sobre la que profundizamos a partir de un sustento teórico basado en el modelo ecoepidemiológico de la salud.

Dicho modelo, ofrece argumentos para sostener la amplia carga social que afecta los problemas de salud de las personas, donde los estados psicológicos, los comportamientos y tanto el ambiente físico como el construido son influenciados por los ambientes sociales y viceversa. De esta manera podrían distinguirse múltiples niveles sistémicos, interconectados y jerarquizados que se condicionan y retroalimentan mutuamente. Así, uno de estos sistemas, vinculado a lo que denominamos contexto de salud, ofrecería un soporte relevante en tal estructura. La necesidad de medir este concepto precisó el desarrollo del índice de Contexto de Salud, el cual, –operando sobre bases provistas por los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas de 2001 y 2010 y definido a partir de incorporar indicadores de las dimensiones educación, salud y vivienda– permitió conocer la distribución espacial de esta problemática en el territorio argentino y observar los cambios en dicha distribución. Quedó claro entonces que las dimensiones integrantes del índice (educación, vivienda y salud) operan como determinantes sociales de las desigualdades en salud que se han hallado en el territorio nacional.

Se observó que la persistencia fue el comportamiento dominante. Amplios sectores del norte del país se destacaron por poseer las menores condiciones de vida conllevando los peores contextos para el mantenimiento y cuidado de la salud. Asimismo, en una menor extensión espacial pero con idéntico grado de criticidad, algunos departamentos nor-patagónicos evidenciaron la misma situación.

Para atender al proceso dinámico entre ambas distribuciones comparamos las categorías cartográficas de cada departamento, llegando a la conclusión que la persistencia en el cuartil de mayor criticidad dominó en la comparación. Amplios sectores del norte argentino se caracterizan, nuevamente, por esta situación, evidenciando un contexto poco saludable que se materializa en la prevalencia de ciertas enfermedades ligadas a las

carencias, tales como las infecciones diarreicas, respiratorias y la misma desnutrición.

La aplicación del indicador construido mostró una vez más las brechas existentes en la sociedad argentina, lo cual pone en evidencia claramente que la persistencia de la desigualdad conlleva a un territorio fragmentado. Si bien pudieron detectarse áreas de mejoramiento/empeoramiento de las condiciones de vida, la situación más trágica la conllevan aquellos departamentos del norte argentino que persisten desde hace tiempo con las peores condiciones de vida. Allí, las enfermedades de la pobreza se llevan la vida de buena parte de la infancia, no obstante, un ejercicio de validación de la herramienta permite augurar una atenuación de dicho proceso, observable en el descenso de la muerte por desnutrición, enfermedades diarreicas y respiratorias, diagnóstico que podríamos corroborar con el indicador recién luego de la aplicación y difusión de resultados del censo poblacional de 2020.

Finalmente, cabe reflexionar que la aplicación de la herramienta ha generado mapas, herramienta que consideramos fundamental para la agencia pública que se proponga aminorar las brechas, atacar la desigualdad y propender hacia mejores niveles de bienestar de la población argentina.

Referencias bibliográficas

- Alarcón, D. (2001). *Medición de las condiciones de vida*. Washington: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.
- Álvarez, G. (2002). Capacidad económica de los hogares. Una aproximación censal a la insuficiencia de ingresos. *Notas de población*, 74, 213-250.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, 8 (3), 254-261.
- Béhar, M. (1973). La responsabilidad del sector salud en la alimentación y la nutrición. *Boletín de la Oficina Sanitarista Panamericana*, Vol. LXV, N° 5, 395-405.
- Berkman, L. y Kawachi, I. (2000). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Bolsi, A. y Paolasso, P. (2009). *Geografía de la pobreza en el Norte Grande Argentino*. San Miguel de Tucumán: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Bolsi, A., Paolasso, P., y Longhi, F. (2006). El Norte Grande Argentino entre el progreso y la pobreza. *Población & Sociedad*, (12-13), 227-283. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3869/386939739007.pdf>
- Boltvinik, J. (1990). *Pobreza y necesidades básicas. Conceptos y métodos de medición*. Caracas: PNDU.
- Borja-Aburto, V. (2000). Estudios ecológicos. *Salud Pública de México*, 42 (6). 533-538.
- Cecchini, S. (2005). *Propuesta para un compendio latinoamericano de indicadores sociales*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4745/1/S0501094_es.pdf
- Cuesta Aguilar, M. (2006). Ordenación del territorio, medio ambiente y globalización: reflexiones desde la geografía regional al nuevo contexto socio-económico. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, (42) 255-269.

- Fernández, L., Fernández, M. y Soloaga, I. (2019). *Enfoque territorial y análisis dinámico de la ruralidad: alcances y límites para el diseño de políticas de desarrollo rural innovadoras en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of Life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2, 57 – 65.
- Kessler, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Larrañaga, O. (2007). *La medición de la pobreza en dimensiones distintas al ingreso*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4760/1/S0700697_es.pdf
- Longhi, F., Paolasso, P., Bolsi, A., Velázquez, G., y Celemín, J. (2013). Fragmentación socioterritorial y condiciones de vida en la Argentina en los albores del siglo XXI. *Revista Latinoamericana de Población*, 12, 99-131. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323830084004.pdf>
- López Ángel, G. (2016). Ciudadanía, exclusión y vulnerabilidad en contextos transnacionales. *Boletín de Antropología*, 31(52), 34-44.
- Macció, J. (2011). Bienestar y desigualdad en las capacidades de desarrollo humano (2004-2008). En A. Salvia (Coord.). *Deudas sociales en la Argentina posreformas. Algo más que una pobreza de ingresos*. Buenos Aires: Biblos.
- McKeown, T. (1988). *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Editorial Crítica.
- McQuestion, M. (2001). Los comportamientos de salud correlacionados y la transición de la mortalidad en América Latina. *Notas de Población* (72), 189-228.
- Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. En H. Barragán (comp.): *Fundamentos de salud pública*. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Moreno, M. (1995). La pobreza: una medición en busca de su contenido conceptual. En *III Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Santa Rosa.
- Naciones Unidas. (1961). *Definición y medición internacional del nivel de vida*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad Sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Washington: World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Paolasso, P., Longhi, F. y Velázquez, G. (2019). *Desigualdades y fragmentación territorial en la Argentina durante la primera década del siglo XXI*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Perona, N., Crucella, C., Rocchi, G., & Silva, R. (2001). Vulnerabilidad y exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. *Revista Kairos*, 8.
- Rojas, M., Ciuffolini, M. y Meichtry, N. (2005). La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar. *Archivos en Medicina familiar*, 7(1), 27-30.
- Schneider S., Peyré Tartaruga, I. (2006). Territorio y enfoque territorial: de las referencias cognitivas a los aportes aplicados al análisis de los procesos sociales rurales. En Manzanal, M., Neiman, G., & Lattuada, M. *Desarrollo rural: Organizaciones, instituciones y territorios*. Buenos Aires: Ciccus.
- Sen, A. (1997). *Bienestar, Justicia y Mercado*. Paidós: Barcelona.
- Spicker, P. (2009). *Pobreza: Un glosario internacional*. Buenos Aires: CLACSO. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/>
- Stiglitz, J., Sen, A., y Fitoussi, J. (2009). *The measurement of economic performance and social progress revisited. Reflections and overview*. Paris: Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress.
- Susser, E. (2004). Eco-Epidemiology: Thinking Outside the Black Box. *Epidemiology*. 15(5), 519-520. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15308946>
- Susser, M. y Susser, E. (1996). Choosing a Future for Epidemiology: II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology. *American Journal of Public Health*. 86(5), 674-677.
- Urzúa, A., y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.

- Valera, S. (1996). *Algunas consideraciones acerca del uso de indicadores en relación con los conceptos de calidad de vida y bienestar*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2014266>
- Velázquez, G. (2001). *Geografía, calidad de vida y fragmentación en la Argentina de los noventa. Análisis regional y departamental utilizando SIG's*. Tandil: Centro de Investigaciones Geográficas - Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Velázquez, G. (2008). *Geografía y bienestar. Situación local, regional y global de la Argentina luego del censo de 2001*. Buenos Aires: EUDEBA.