

DEL DESARROLLO INDUSTRIAL Y LA MORTALIDAD PERINATAL

por

FRANCISCO J. MENCHACA

“El medio social puede ser concebido como un alambique, y la ciencia como una substancia especial que en él se destila; y que tiene sobre el alambique mismo”. — *J. Babini*

“En este infierno, o vivimos resignados, o vivimos imaginando caminos para salir”. — Consejo de Marco Polo a Kublan Kan.

I — INTRODUCCION

Son numerosas las dificultades que afrontan nuestros países latinoamericanos para ajustar su evolución demográfica a los programas de desarrollo. Así, por ejemplo, la Argentina debe promover su natalidad y, consecuentemente la salud perinatal para fomentar la “fuerza de trabajo” y la “fuerza de consumo” requeridas.

Interpretamos como *mortalidad perinatal* la suma de las defunciones fetales tardías y las defunciones de 0 a 7 días (1). El desarrollo se estima según la producción *per cápita*. Otros lo aprecian por la cantidad de personas que consiguen desarrollar sus aptitudes (2). Para Apter y Mushm (3) consecuencia del desarrollo es la “modernización”, y de ésta, la industrialización. La modernización resultaría de la tendencia a reproducir el modelo ofrecido por los países occidentales más

tecnificados (4). Para Poviña la industrialización es promovida por agentes económicos que buscan la transformación técnica del recurso natural para satisfacer las necesidades humanas (5). El producto de estos cambios nos es presentado de modo tan atrayente que no tenemos tiempo para apreciar las dificultades que ellos originan. Así los médicos ponderamos el aumento del promedio de vida, la cantidad de instrumentos ofrecidos en venta y la velocidad del transporte, pero no estimamos en escala similar la disminución de la lactancia materna o el aumento de los accidentes y las intoxicaciones. La influencia de la modernización motiva a más de una embarazada para que en un "supermercado" compre un caldo concentrado (y muy salado) en vez de seguir prefiriendo el caldo hogareño más acorde con su situación. Y los servicios obstétricos siguen instando a comprar "camas duras" para que la embarazada tenga su hijo en posición antifisiológica. No se trata de negar el progreso técnico sino de recordar, como nos lo dice Babini (6) que dicho progreso está para *mejorar* los productos de la naturaleza y de la cultura humana. Consecuentemente, ese producto más natural que es la conducta de la gestante campesina, debe motivar especial interés por parte del médico de la ciudad, ya que para la psicoprofilaxis del parto, es menester apreciar cabalmente si aquella conducta está o no bajo el impacto de la vida más tecnificada de la ciudad. La O.M.S. recomienda a los médicos de los países en desarrollo valorar las presiones que dificultan el ajuste espontáneo de los hechos sociales; ajuste tan caro a los "funcionalistas" (6), que tuvieron un precursor en Spencer con su teoría del "laissez faire" (7). No caigamos, pues, en las garras del "pseudoprogreso" (8) que, verbi gracia, nos impulsa a comprar elementos de periódica y rápida renovación (¡si habremos cambiado antibióticos últimamente!). El riesgo del "pseudoprogreso" es mayor en las ciudades, que han sido transformadas en polos de una cultura sofisticada (9) y, según Casimir, en los polos monopolizadores de presiones transnacionales (10).

En oportunidad mostramos que en las áreas más industrializadas de Santa Fe era mayor la incidencia del "prematuro" en las familias obreras (11). El obstetra D. Baird ha mostrado en las ciudades más industrializadas de Inglaterra, mayor número de deformaciones pelvianas con alta mortalidad perinatal (12). Se ha dicho que un país en desarrollo debe sacrificar a éste sus primeras generaciones (13). En consecuencia, debemos enfrentar este desafío actualizando nuestros conocimientos y destrezas al respecto. Así, por ejemplo, debemos concebir al "nicho ecológico" del feto, no sólo formado por el útero y el organismo materno, sino también por la comunidad circundante (14). Sobre la base de todas estas consideraciones, ofrecemos los resultados de nuestro trabajo.

II — DESARROLLO DE NUESTRO TRABAJO

Ya habíamos tenido aproximación al tema con varios trabajos publicados (15) (16) (17). El área elegida fue nuestra provincia de Santa Fe con tres zonas en diverso momento de desarrollo industrial: la zona *Norte* con sólo industrias extractivas (carbón de leña, de la madera, etc.), la zona *Centro* con industrias livianas (maquinaria agrícola, de la leche, etc.) y la zona *Sur* con industria pesada (ferroviaria, petroquímica, etc.). La información básica nos fue provista por el Instituto Provincial de Estadísticas y Censos, el Consejo Provincial de Desarrollo y la Dirección de Estadísticas de Salud, organismos de la provincia cuya colaboración agradecemos muy debidamente. La hipótesis enjuiciada fue: de la comparación de algunos indicadores de desarrollo industrial de las tres zonas citadas con los respectivos porcentuales de los componentes de la mortalidad perinatal (defunción fetal tardía y defunción de 0 a 7 días), es factible obtener resultados de interés para la lucha contra la morbimortalidad perinatal.

El cuadro I muestra los indicadores de industrialización, de atención médica y de mortalidad perinatal. En el cuadro

2 vemos la variación de las tasas de los componentes de la mortalidad perinatal, en las tres zonas, durante los años 1970 y 1974: obsérvese que en la zona *Sur*, la más industrializada, el porcentaje de muertes de 0 a 7 días supera el de las defunciones fetales; en la zona Norte se ve lo inverso. El cuadro 3 muestra también mayor porcentual de aquellas muertes en el grupo B, de departamentos con mayor aumento de personal en industrias. Asimismo la tasa de muertes de 0 a 7 días supera la de defunciones fetales en ese grupo B, en el cuadro 4. El cuadro 5 ofrece un predominio del porcentual de la defunción fetal tardía en la zona Norte, donde disminuyó el por ciento de trabajadores en industrias de 1969 a 1974. En el cuadro 6 se estudia otra variable: la proporción de partos institucionalizados o en internación, relacionada con los porcentuales de ambos componentes de la mortalidad perinatal. Es dable apreciar que en la zona *Sur*, con más partos en internación, es mayor el porcentual de muertes de 0 a 7 días. Resultado similar (cuadro 7) ofrece el grupo B, formado por los departamentos con mayor por ciento de partos institucionalizados.

Estos resultados, además de confirmar la hipótesis enjuiciada, nos plantea interrogantes como los siguientes: ¿La mejor Obstetricia de la zona *Sur*, más industrializada, consigue hacer nacer fetos con salud tan precaria que mueren en seguida?; consecuentemente, ¿habrá que promover, no sólo más partos en internación sino, conjuntamente, el necesario servicio neonatológico?; ¿influirá la industrialización sobre la mortalidad perinatal mediante esa infaltable consecuencia suya que es la migración campo-ciudad? Para atender la preocupación sociológica que estos interrogantes son capaces de plantear, siguen estas consideraciones:

III — DE LA INDUSTRIALIZACION Y LA MIGRACION CAMPO - CIUDAD

Ha dicho J. Nisbet: "Requerimiento básico es la cuestión moral que resulta de la influencia de la industrialización so-

bre la persona que trabaja" (18). Esta preocupación sociológica no se orienta sólo hacia los *ladrillos* (las personas) sino también hacia el *cemento* que las une y separa a la vez: la interacción social. Tal enfoque (del cual participa también la persona que enfoca), no pretende ofrecer soluciones inmediatas, sino interpretar comprensivamente la conducta de las personas y de la comunidad (19) (20). Se preocupa, al decir de Poviña (21) por las expresiones del humanismo vital. Explícase que ante los problemas del industrialismo y la mortalidad perinatal, el enfoque sociológico se haya orientado hacia esa consecuencia de la industrialización que es la migración campo-ciudad. En nuestro país, Gioja ha mostrado la reubicación de la población según las áreas más industrializadas (22). Por "migración" entendemos el traslado voluntario o no, de personas de un lugar a otro (23). Más que la distancia geográfica interesa el cambio sociocultural. Para comprender, por ejemplo, a la gestante que viene del campo, será de interés conocer las causas. Soberón (24) señala como motivos más frecuentes en México, la necesidad de mejorar la situación económica y las condiciones de vida así como las oportunidades educacionales. De su estudio, nuestro interés perinatal destaca el predominio de mujeres de 14 a 20 años. o sea en mayor riesgo de un neonato de bajo peso. Esta joven migrante, en los EE. UU. suele demorar su primer examen prenatal (25). En la ciudad la migrante, por lo general, trabaja en tareas poco remunerativas; además, por supuesto, de la tarea hogareña (26) (27); quedando, así, bajo la frustración del "síndrome de realizaciones" que la trajo del campo (28). A veces migran buscando mejor control para sus expresiones afectivas (29), cuando no para un aborto (30) o el parto de un hijo ilegítimo. McKinley, desde el servicio obstétrico de Aberdeen, señala que quien migra buscando trabajo, generalmente tiene menos salud que quien lo hace por otro motivo; la educación de sus hijos, por ejemplo. Aconseja distinguir entre la migrante transitoria (la que sigue al marido en una cosecha), de la permanente (con varios cambios de domicilio y de servicio médico) (31).

Manfredo Pflanz recuerda que una persona migrante puede “importar” una enfermedad, si no existe un servicio médico de inmigración (32). También hay que preocuparse, como ya lo hemos señalado anteriormente, por los trastornos emocionales y socioculturales. Recuérdese que la campesina que migra pasa del *particularismo* (se confía más en sus no muchos convivientes), al *universalismo* de la ciudad; pasa de la solidaridad más íntima o “mecánica” de Durkheim, a la más compleja o “funcional” de este autor (33). La campesina, pues, suele ser reticente y poco comunicativa con el médico ciudadano, quien al considerarla poco comprensiva, no se extiende en explicaciones, acorta la entrevista, etc.; generándose por este trato impersonal, un círculo de retroalimentación que dificulta el diagnóstico, plan de tratamiento y criterios de normalidad, según Bercanovic (34). La migrante suele sufrir presiones y discriminaciones sobre su personalidad y su territorialidad, ya que le parecen excesivas las reglamentaciones, los horarios, etc.; así como reducido su alcance físico y psíquico (35) (36). ¿Por parte de quién? Logicamente, de nosotros que vivimos en la ciudad. Tal vez por el hábito no advertamos esas presiones, como los que viven cerca de una catarata terminan por no percibir el ruido; o como el profesional de la metrópolis que no acoge al colega provinciano con la amabilidad que éste lo recibió a él.

Hay que entender y comprender a la migrante en el “enclave artificial” que influye sobre sus acciones (37). La perspectiva o imaginación sociológica (38) ayuda, ante un problema médico-social como éste, a enfocarlo de modo que no sólo valoremos los aspectos negativos de la cuestión que estudiamos, en este caso la migración, sino también los aspectos positivos. En el cuadro 8 ofrecemos un esquema o modelo que puede servir como guía para la encuesta epidemiológica-social de una determinada migrante embarazada. Para Merton sería un “paradigma analítico” (38).

¿Cómo enfrentar la influencia del industrialismo sobre la salud perinatal? Con propósito de síntesis, diremos que los resultados más permanentes y básicos habrán de ser provistos por una eficiente Política Social. Al Estado, con sus programas de Bienestar y Seguridad Social, le corresponde el papel principal en esta lucha multidisciplinaria pro salud perinatal. Alguien podrá preguntarnos: ¿En qué fundamenta usted su opinión? Contestaríamos: Porque ya se dispone de experiencias significativas. Veamos: La Seguridad de Holanda, proveyendo, entre otras cosas, ayuda en el trabajo doméstico, ha bajado la tasa de mortalidad perinatal. Shapiro mostró resultado similar en las embarazadas protegidas por el "Health Insurance Plan" de Nueva York. Mediante el reposo preparto condicionado al riesgo de cada gestante. Finlandia ha disminuido sensiblemente la incidencia del neonato de bajo peso (39). En Inglaterra se atribuye al "National Health Service" las mejores tasas de mortalidad perinatal (40). Navas Miguelo ha mostrado el menor riesgo que corren los neonatos de las embarazadas protegidas por el Seguro Obrero, en Barcelona (41).

¿Qué hacer hasta que lleguen a efectivizarse estas medidas de Seguridad Social? Sugerimos la instauración de un organismo médico-social: la casa de la madre, con actividades como: cantina maternal, hogar-refugio, educación para la salud, asesoría jurídica, enseñanza de manualidades y de economía doméstica, preparación para la vida familiar, puericultura, bolsa de trabajo, servicio social, consejo benéfico, asistencia médica clínica y obstétrica, atención del parto normal en íntima coordinación con el próximo servicio de internación obstétrica, etc.

Tal vez lo acabado de decir parezca "prima facie" algo difícil de realizar. Y consecuentemente, se demore al comienzo de su planificación y efectivización según las correspondientes etapas y prioridades; o se quede a la espera de oportunidades propicias. Recuérdesse que los médicos no hemos adoptado actitud tan expectante ante problemas de más difícil so-

lución, como el cáncer y las enfermedades degenerativas. Indudablemente que siempre es más cómoda la resignación. A propósito, reléase el consejo de Marco Polo que figura en nuestro epígrafe.

Antes de terminar deseamos pedir disculpas al lector que no ha encontrado en este escrito sobre un tema médico, el estilo escueto y ortodoxo de la literatura médica habitual. Tal vez le parezcan excesivas las acotaciones no científicas, así como ciertas críticas a situaciones médicas tradicionales. Posiblemente el autor se ha dejado llevar por lo mucho que viene oyendo sobre la necesidad de una "comunicación de hombre a hombre", de ser "el hombre que uno es" y de "humanizar la Medicina". ¿Tendrá esto relación o no, con la promoción del "nuevo médico"; o con el médico de siempre, más sabio y más comprensivo de su comunidad?

C O N C L U S I O N E S

1 — La comparación de ciertos indicadores de industrialización con los parámetros de ambos componentes de la mortalidad perinatal, permite obtener información útil para la protección sanitario-social de la maternidad, en el actual período de desarrollo por el cual transcurrimos.

2 — El porcentual de defunciones de 0 a 7 días es mayor que el de las defunciones tardías en la zona más industrializada de la provincia de Santa Fe durante los años 1970 y 1974.

3 — Igual predominio proporcional de las muertes de 0 a 7 días, se aprecia en los departamentos políticos donde hubo aumento de trabajadores sociales desde 1961 a 1974.

4 — Similar predominio proporcional se aprecia en la zona y en los departamentos políticos donde hubo mayor proporción de partos institucionalizados en el año 1974.

BIBLIOGRAFIA

1. "Prevención de la mortalidad y la morbilidad perinatales", serie de Informes Técnicos, nº 457, p. 7, O.M.S., Ginebra,, 1970.
2. OLIVEIRA, L. de, "El menor en el contexto sociocultural", *Bol. Inst. Interamer. del Niño*; 167; 503, 1973.
3. SHONFIELD, A., "Pensando en el futuro", *Facetas*; 2; 61, 1969.
4. APTER, D. y MUSHM. S., "La Science Politique", *Rev. Intern. Cs. Sociales*; 24; 47, 1972.
5. POVIÑA, A., "Alfredo Poviña. Su obra y su tema", *Rev. Interameric. de Sociología*; V; 27, 1972'
6. BABINI, J., "¿Qué es la ciencia?", p. 22, Columba, Buenos Aires, 1972.
7. MERCIER, H., "Investigación social aplicada al campo de la salud", *Educ. Médica y Salud*, 9; 347, 1975.
8. SPENCER, R., "The Study of Sociology", en Thompson, K. y Turnstail, R. p. 33, Jeremy, 1971.
9. HAITZ, P., "Curso de Sociología", EUDEBA, p. 59, Buenos Aires, 1965.
10. CASIMIR, J., "Definición y funciones de la ciudad en América Latina", *Rev. Mex. de Sociología*; 35; 399, 1976.
11. MENCHACA, F. J., "Recién nacido de bajo peso, grupo ocupacional y desarrollo económico", *An. de Sanidad*, 12; 49, 1969.
12. BAIRD, D., "Perinatal mortality", *Lancet*; nº 7593; 54, 1969.
13. INAGAKI, M., citado en pág. 46 del *Bol. Inst. Desarrollo Social*; nº 1, Ginebra, 1968.
14. PÁEZ, J., "Hemorragia de la segunda mitad del embarazo", *Bol. del Comité de Estudios fetoneonatales*; 17; 21, 1974.
15. MENCHACA, F. J., "Prematurez y nivel socioeconómico", *Act. del XV Congreso Internacional de Pediatría*, VI; 81, 1974.
16. MENCHACA, F. J., "Factores regionales de la salud perinatal", *Acta Pediátrica Latinoamericana*, III; 198, 1972.
17. MENCHACA, F. J., "Factores sociales de morbimortalidad perinatal", *Rev. Interamericana de Sociología*, 21; 101, 1966.
18. NISBET, P., "The sociological tradition", p. 23, Heinemann, Londres, 1962.
19. BALANDIER, G.. "La Sociologie" *Rev. Intern. de Ciencias Sociales*, 24; 75, 1972.
20. WEBER, M., "Basic concepts of Sociology", p. 29, Heinemann, Londres, 1964.
21. POVIÑA, A., *opus cit.* p. 10.

22. GJOJA, E., "Vivienda y familia", *Jornadas de la Familia*, Santa Fe, 1976.
23. MENCHACA, F. J., "Diccionario Médico-social", p. 146, Univer. Nacional del Litoral, 1967.
24. SOBERON, L., "Condiciones estructurales de la migración rural-urbana", *Rev. Mex. de Sociología*, 35; 337, 1973.
25. NORTHCUTT, R., "Agricultural migration and maternity care", *J. Health Soc. Behavior*; 4; 173, 1963.
26. SOBERON, L., *Opus cit.* p. 11.
27. BESKE, H., "Soziologie. Lehrbuch für Krankenschwestern", p. 237, Georg Verlag, Stuttgart, 1971.
28. EINENSTADT, S., "The absorption of migration", p. 2, Routledge, Londres 1954.
29. "El embarazo y la joven soltera", *Crónica de la O.M.S.*, 30; 115, 1976.
30. MCKINLAY, J., "Clients and Organization", *Proc. People, Cases Organizat. Behavior*, p. 339, Holt, Reinehardt y Winston, Londres, 1975.
31. MCKINLAY, J., "Some issues associated with migration", *J. Chron. Dis.*; 28, 571, 1973.
32. PFLANZ, M., "Migration und Krankheit", mineo, p. 8, Hanover, 1975.
33. DURKHEIM, E., "The division of labor in society", citado en p. 65, de "The Sociological Perspective", unidad 3, Open University, Londres, 1971.
34. BERANOVIC, E. *et al.* "Can money buy the appropriate use of services?", *J. Health, Soc. Behavior*; 15; 93, 1970.
35. CROOG, S. *et al.*, "Help Pattern in Severe Illness", *J. Marriage and Family*; 12, 1972.
36. PROSHANSKY, H., "Environmental Crisis in Human Dignity", *J. Social Issues*; 29; 1, 1973.
37. PITTSHEID, H., "Vesteidigung der Philosophie als Kunst der Selbstbehauptung", *Humboldt*; 46; 89, 1971.
38. WRIGHT MILLS, C., "La imaginación sociológica", p. 12, Fondo de Cultura Económica, México, 1964.
39. FINNILA, M., "Prevention of prematurity", mineo, p. 9, XIII Congreso Internacional de Pediatría, Viena, 1971.
40. "Too many infant deaths", *British J. Med.*; II; 1419, 1963.
41. NAVAS MIGUELOA, L., 'Aspectos socioeconómicos de la medicina perinatal' XXII Jornadas Argentinas de Pediatría, Paraná, 1976.

S U M M A R Y

The comparison of several parameters of industrialization with those of both components of perinatal mortality (late foetal death and early neonatal deaths) shows in the most industrialized area of Santa Fe, a higher *per cent* of that first over this second. Similar higher percentage of early neonatal deaths shows the area with higher percentage of deliveries in hospitals. Could the best Obstetrics of his area get alives to the delivery, foetus with so precarious health that an incipient Neonatology could not save? Afterward, several considerations are made about the sociocultural pressures which act over the pregnant women who migrate from the rural area to the cities. A sociological perspective of this women in more risk, is recommended to the obstetricians and perinatologists. With this aim, the author offers —as analytical paradigm— a socioepidemiological guide or model in order to record the cultural and social factors which could act over a pregnant woman who migrate from the country to the city.

R E S U M É

On offre quelques correlations entre les taxes des deux composants de la mortalité périnatale (le décès foetal tardif et le décès de 0 à 7 jours) et 3 paramètres d'industrialisation. Dans la région plus industrialisée de la province de Santa Fe la taxe de décès de 0 à 7 jours surpasse celle de la mort foetal tardive. La même superiorité on la trouve dans les régions où il-y-a une proportion majeure d'accouchements, la meilleure assistance obstétricale peut élever jusqu'à la naissance des foetus avec santé si précaire qu'une insuffisante Neonatologie n'arrive pas à sauver? Une autre conséquence de l'industrialisation est aussi considérée par l'auteur: la migration vers la cité. On offre, à la manière d'un paradigme analytique, une guide ou model socioépidémiologique de les circonstances écologiques que peuvent agir sur la femme enceinte qui migre de la campagne a la cité.

CUADRO I
Provincia de Santa Fe
**ALGUNOS INDICADORES DE INDUSTRIALIZACIÓN, DE ATENCIÓN MÉDICA
 Y DE MORTALIDAD PERINATAL**
Zonas Norte, Centro y Sur, 1974

	Zona Norte	Zona Centro	Zona Sur	Provincia
1 —				
1 — <i>Indicadores de industrialización</i>				
1.1. — Personas en industrias por cada mil habitantes	2,63	6,10	8,31	5,87
1.2. — Porcentual de establecimientos industriales, en relación al total de la provincia	8,71	25,7	65,6	100
1.3. — Porcentual de la producción industrial en relación al total de la provincia	6,62	21,0	72,4	100
2 — <i>Indicadores de atención médica</i>				
2.1. — Cantidad de médicos por mil habitantes	7,20	13,0	13,1	11,1
2.2. — Porcentual de nacimientos en institución médica	72,0	93,9	98,0	89,5
2.3. — Cantidad de camas por mil habitantes	4,75	5,97	12,3	7,87
3 — <i>Indicadores de los componentes de la mortalidad perinatal</i>				
3.1. — Tasa de defunción fetal tardía	25,3	22,8	20,2	22,7
3.2. — Tasa de defunción de 0 a 7 días	17,5	22,0	22,1	20,5

Fuentes: Secretaría del Consejo Provincial de Desarrollo y Dirección de Estadísticas Vitales de Santa Fe

CUADRO II
 Provincia de Santa Fe
 DEFUNCIONES FETALES TARDIAS Y DEFUNCIONES DE 0 a 7 DIAS
 Zonas: Norte, Centro y Sur
 Años 1970 y 1974

Zonas	Años	Nacimientos animados (a)	Defunciones fetales tardías (b)	Defunciones de 0 a 7 días (c)	Tasa de defun- ciones de 0 a 7 días	
					$\frac{b \times 1000}{a + b}$	$\frac{c \times 1000}{a}$
Norte	1970	7.908	170	130	21,5	16,4
	1974	7.880	201	138	25,3	17,5
Centro	1970	11.755	225	225	14,0	21,7
	1974	12.675	288	288	22,8	22,0
Sur	1970	18.464	271	310	14,6	15,4
	1974	18.821	382	415	20,2	22,1

Fuentes: Dirección de Estadísticas Vitales de Santa Fe.

CUADRO III

Provincia de Santa Fe

PORCENTUALES DE LOS COMPONENTES DE LA MORTALIDAD PERINATAL
 CLASIFICADOS EN DOS GRUPOS DE DEPARTAMENTOS POLITICOS
 DE ACUERDO AL AUMENTO DE TRABAJADORES EN INDUSTRIA DURANTE
 EL PERIODO 1969 - 1974 (*)

Grupos	Departamentos	Total de defunciones perinatales	Defunciones tardías 0 a 7 días	Defunciones tardías 8 a 14 días	Por ciento de defunciones tardías de 0 a 7 días
A	Caseros, Castellanos, Garay, Iriondo, La Capital 9 de Julio, San Cristóbal, San Jerónimo, San Justo, San Lorenzo y San Martín.	795	429	366	53.9
B	con aumento igual Belgrano, Constitución, Gral. López superior al promedio Rosaris, Rosario, San Javier, Vera.	922	447	475	49,5

(*) El promedio de aumento de trabajadores, en la provincia de Santa Fe, de 1969 a 1974 fue del 14,6 %.

Fuente: "Censo Nacional Económico, 1974", pub. B, nº 3, pág. 22, Instituto Provincial de Estadísticas y Censos, Santa Fe, 1975.

CUADRO IV
 COMPONENTES DE LA MORTALIDAD PERINATAL, CLASIFICADOS EN DOS
 GRUPOS DE DEPARTAMENTOS POLITICOS, DE ACUERDO AL AUMENTO DE
 TRABAJADORES INDUSTRIALES DESDE 1969 a 1974 (*)

Tasas por mil

Año 1974

Grupos	Nacimientos animados	Defunciones fetales tardias	Defunciones de 0 a 7 días	Tasas de defunciones fetales tardias	Tasas de defunciones de 0 a 7 días
A Con aumento inferior al promedio	18.137	429	366	23,1	20,1
B Con aumento superior o igual al promedio	22.342	447	475	20,0	21,2

(*) El promedio de aumento de los trabajadores industriales, en la provincia de Santa Fe, de 1969 a 1974 fue del 14,3 %.

Fuente: La misma del cuadro 3.

CUADRO V

Provincia de Santa Fe

COMPONENTES DE LA MORTALIDAD PERINATAL, DE ACUERDO AL AUMENTO
DEL PERSONAL EN INDUSTRIAS, DE 1969 a 1974, EN LAS TRES
ZONAS ESTUDIADAS

Zonas	Porcentual del aumento del personal en industrias	Tasas por mil nacimientos					
		Tasas de defunción fetal tardía		Tasas de defunción de 0 a 7 días		Tasas de mortalidad perinatal	
		1964	1974	1964	1974	1964	1974
Norte	25,0	31,4	25,3	22,9	17,5	54,3	42,8
Centro	6,4	25,0	22,8	28,3	22,0	53,3	44,8
Sur	22,6	21,0	20,2	21,1	22,1	42,1	42,3

Fuentes: "Censo Nacional Económico", p. 22, Instituto Provincial de Estadísticas y Dirección de Estadísticas Vitales de Santa Fe.

CUADRO VI

Provincia de Santa Fe

PORCENTUALES DE LOS COMPONENTES DE LA MORTALIDAD PERINATAL
Y ASISTENCIA DEL PARTO EN INTERNACION

Año 1974

Zonas	Porcentaje de nacidos en internación	Defunciones perinatales (a)	Defunciones fetales tardías (b)	Defunciones de 0 a 7 días (c)	Porcentaje de defunciones fetales tardías	Porcentaje de defunciones de 0 a 7 días
					$\frac{b \times 100}{a}$	$\frac{c \times 100}{a}$
Norte	76,5	339	201	138	59,2	40,8
Centro	93,9	576	288	288	50,0	50,0
Sur	98,0	580	271	310	46,7	53,3

Fuente: Dirección de Estadísticas Vitales de Santa Fe.

CUADRO VII

Provincia de Santa Fe

PORCENTUALES DE LOS COMPONENTES DE LA MORTALIDAD PERINATAL
SEGUN DOS GRUPOS DE DEPARTAMENTOS CLASIFICADOS DE ACUERDO
AL PORCENTUAL DE NACIMIENTOS EN INTERNACION

Año 1974

Grupos	Total de defunciones Perinatales	Defunciones fetales tardías	Defunciones de 0 a 7 días	Porcentaje de defunciones fetales tardías	Porcentaje de defunciones de 0 a 7 días
A					
Con menos de 90 % de nacimientos en internación	324	193	131	60,1	39,9
B					
Con 90 % más, de nacimientos en internación	1.358	648	710	47,1	52,9

Fuente: Dirección de Estadísticas Vitales de Santa Fe.

CUADRO VIII

GUIA SOCIO-EPIDEMIOLOGICA DE LOS FACTORES
ACTUANTES SOBRE LA EMBARAZADA MIGRANTE X X

Nombre y apellido XX		<i>Factores favorables</i>	<i>Factores desfavorables</i>
Procedencia Chaco			
Domicilio actual Santa Fe			
A - ANTES DE LA MIGRACION	A.1. DE LA ECOLOGIA (*)	Casa higiénica	No encuentra ocupación permanente
	A.2. DE LA EMBARAZADA	Alimentación suficiente	Madre soltera

M I G R A C I O N

B - DESPUES DE LA MIGRACION	B.1. DE LA ECOLOGIA	Vive en familia organizada	No la bene- ficia el Se- guro de Ma- ternidad
	B.2. DE LA EMBARAZADA	Concurre regu- larmente a la consulta médica	Fuma en exceso

(*) Por *ecología* se entiende el conjunto de factores físicos y culturales que influyen en el hábitat o ambiente donde se vive.

