

POBREZA Y MARGINALIDAD EN EL GRAN RESISTENCIA

Irma Ester Rosso* y Analía Silvia García**

INTRODUCCION

La pobreza es uno de los factores de la evolución de las sociedades, que a medida que pasa el tiempo se hace extensiva a un número mayor de individuos. Es una cuestión muy compleja y, en buena parte el resultado de la aplicación de diferentes políticas económicas que, manejadas desde los gobiernos, demuestran que se sacrifica la situación personal de los individuos en función del cumplimiento de los planes de ajuste. Aun así a partir de la década del '90 se advierte una clara preocupación, nivel de organismos internacionales, buscan revertir esta situación proponiendo una serie de programas y proyectos, basados en necesidades de cada país y en los recursos específicos con los que cuenta.

El tema de la pobreza fue estudiado en detalle en 1902 por Rowntree quien definió este concepto y consideró "que su enfoque estaba basado en normas absolutas :una familia es considerada pobre si sus ingresos totales eran insuficientes para obtener las necesidades mínimas para sustento de la mera eficacia física"

Sobre esta definición se realizó la primera parte del trabajo analizando la situación de la pobreza en Resistencia y Gran Resistencia (conglomerados de las localidades de Barranqueras, Vilelas y Fontana) por el método indirecto(o del ingreso) .Se tomaron los años 1993,1994 y 1996 que permitieron observar la situación en éste período, a través del índice de Gini, la línea de Lorenz, coeficientes de incidencia e intensidad e índice de Amartya-Sen.

Indudablemente este análisis resulta insuficiente, ya que se circunscribe a los ingresos y, por ello la propuesta inicial era completarlo con el método directo que formaría la segunda parte del trabajo.

Para la aplicación del método directo se trabajó solamente con las variables Salud y Educación, se consideró esta selección porque involucra a las otras variables - salud, vivienda, ingreso, empleo - las que se cruzan en el análisis.

Hipótesis

La hipótesis inicial sustentada en la crítica situación socio - económica que vive la provincia, llevó a conjeturar que la cantidad de hogares pobres del Gran Resistencia y el grado de pobreza de los mismos había crecido entre 1993 y 1996 y mostraría la existencia de transferencia entre ellos.

Detectada entonces la incidencia e intensidad de los hogares pobres se supuso, y aquí viene la segunda parte de la hipótesis, que se reflejaría en dos indicadores básicos dentro de la

* Profesora Adjunta de Historia de Grecia y Roma; Prof. Adjunta de Didáctica Especial y Práctica de la Enseñanza en Historia. Fac. de Humanidades. UNNE.

** Auxiliar Docente de Historia de España, Fac. de Humanidades. UNNE.

salud y de la educación: la mortalidad infantil y el analfabetismo, que están en relación directa con la pobreza.

El cuadro de pobreza planteado así desde los hogares con ingreso (método indirecto) debería complementarse con el análisis más complejo de las variables sociales fundamentalmente salud y educación.

Marco Metodológico

Para analizar la primera parte de la hipótesis, se utilizó el método indirecto o del ingreso con la aplicación de sus fórmulas para determinar la incidencia e intensidad. Además se trabajó con el coeficiente de Gini, curva de Lorenz y el índice de Amartya-Sen para observar la cantidad de hogares pobres y el grado de pobreza, como así también la transferencia entre pobres.

El factor ingreso se relacionó con la C.B.(alimentos y bienes y servicios) y la C.B.A.(alimentos, que si bien son conceptualizaciones, permitieron determinar la L.P.(Línea de pobreza, es decir que no acceden a la C.B.) y la L.I.(Línea de indigencia, que no accede a la C.B.A.)

Se reitera que el parámetro para demarcar ambas líneas fue el ingreso por lo tanto no se trabajó con población desocupada.

Los datos recabados sobre el ingreso de los hogares estaban estructurados por deciles, tal como los publica el INDEC.

En cuanto a la aplicación del método directo se seleccionaron las variables: Salud y Educación porque de alguna manera incluyen a las otras variables ya que la dinámica de ambas depende de la situación de pobreza.

En cuanto a los indicadores de las variables seleccionadas la información hallada solamente permitieron trabajar con los de resultado e insumo no así con los de acceso.

En Salud dentro de los indicadores de resultado se trabajó específicamente con la tasa de mortalidad infantil (perinatal, neonatal, postneonatal, infantil) y de morbilidad, teniendo en cuenta también la tasa de mortalidad materna. Estos indicadores permiten la relación con los de insumo, fundamentalmente con los servicios de salud que se brindan y con la cobertura de programas de vacunación.

En Educación se tomaron las tasas de analfabetismo y alfabetismo, como así también la de escolaridad para relacionar con los indicadores de insumo, es decir la cantidad de escuelas y de docentes por alumno y así observar la inversión del gasto público en educación y la implementación de los programas de alfabetización.

Los métodos mencionados anteriormente fueron manejados a través de la lectura del texto de Rob Voss "Hacia un sistema de indicadores sociales"

Replanteo de la Hipótesis

La primera parte de la hipótesis no se logró confirmar puesto que en función de los datos manejados a través del método indirecto, no hubo crecimiento de pobreza ni transferencia. Sin embargo la incidencia e intensidad registradas fueron elevadas. Se comprobó la estrecha relación con la mortalidad infantil y el analfabetismo.

1.-ANÁLISIS DE LA POBREZA EN RESISTENCIA Y GRAN RESISTENCIA

En el presente apartado se realiza un estudio sobre la pobreza en estos conglomerados, según el método indirecto o de los ingresos, es decir que se analiza la situación de los hogares relacionando sus ingresos con el costo de la canasta básica, para observar la satisfacción o no de sus necesidades.

De esta manera se mide el nivel de vida con relación a una Línea de Pobreza (L.P.) expresada en el costo de la C.B. (Canasta Básica) es decir de las NBS(Necesidades Básicas Satisfechas)

Existen dos conceptos fundamentales que se tendrán en cuenta para avanzar en este análisis:

- **pobreza absoluta:** son los hogares cuyos ingresos no alcanzan a cubrir la denominada C.B. , que se define como un estándar mínimo de vida , referida a la satisfacción de necesidades básicas materiales.

Por lo tanto son hogares que se consideran que se hallan por debajo de la L.P.

- **pobreza extrema:** o nivel de indigencia son hogares incapaces de satisfacer sus necesidades básicas nutricionales , es decir que están por debajo de la C.B.A.(Canasta Básica ALIMENTARIA)

Definidos estos conceptos se pasa a determinar los porcentajes de hogares que están por encima de la L.P. y cuáles por debajo, estableciendo la cantidad de hogares considerados como indigentes. El parámetro que se utiliza para realizar la medición, es el costo de la C.B.(salud-nutrición-vivienda-bienes y servicios) que llega a \$629 en octubre de 1996 en la provincia del Chaco(después del plan de convertibilidad y dada la estabilidad en el país se utilizaron los mismos montos para los tres años) y la C.B.A.(es decir alimentaria) es de \$495, por supuesto sobre el modelo de una familia tipo (dos adultos y dos menores).

De acuerdo con lo expuesto precedentemente se confeccionó el siguiente cuadro Estadístico:

Nºdecil	P.AC.	Y.AC.			Ing. desde			Ing. desde		
		1993	1994	1996	1993	1994	1996	1993	1994	1996
1	10	2,0	1,9	1,7	20	20	10	200	200	200
2	20	5,2	5,2	3,1	200	200	200	280	300	270
3	30	9,4	9,4	4,2	280	300	270	350	350	330
4	40	14,7	14,5	5,3	350	352	330	410	420	400
5	50	21,3	20,7	6,4	410	420	400	520	527	500
6	60	29,4	28,4	7,9	520	530	500	636	650	610
7	70	39,4	37,9	9,9	636	650	610	800	800	800
8	80	52	50	12,5	800	800	800	1000	1060	1000
9	90	68,8	67,2	16,2	1000	1080	1000	1400	1550	1400
10	100	99,5	100	32,6	1400	1560	1400	5880	8000	5500

Observamos que la línea de pobreza incluye hasta el 6º decil(aunque hay, en dicho decil, una pequeña diferencia entre el costo de la C.B. e ingreso; en cuanto a los hogares considerados indigentes se incluye sólo hasta el 5º decil.

Ahora es necesario determinar la cantidad de hogares que se hallan por debajo de la L.P. sobre el total; lo que nos da la incidencia de la pobreza, que se calcula tomando el total de pobres sobre la población total es decir: $H = \frac{PT}{T}$

Para Resistencia y Gran Resistencia se tomaron los hogares, por lo tanto la incidencia es:

1993	1994	1996
$H = \frac{38041}{63456} = 0,59$	$H = \frac{40105}{66842} = 0,59$	$H = \frac{43429}{72442} = 0,59$

La ponderación nos da como resultado 0,59 que es proporción de hogares pobres sobre el total de hogares del sector a analizar además no hubo variación entre 1993 y 1996.

En el caso de la intensidad o grado de pobreza la fórmula a aplicar es:

$$I = \frac{LP - IP}{LP}$$

El Ingreso Promedio(IP) se calcula sobre la base de los ingresos medios que están dentro de la L.P.

N° decil	Ingreso medio por decil		
	1993	1994	1996
1	143,85	145	124
2	233,49	212	218
3	304,09	318	299
4	380,04	345	373
5	473,39	479	455
6	584,94	586	562
7	716,34	732	703
8	903,80	927	874
9	1143,65	1313	1151
10	2198,37	2502	2282
Ing. Prom.	353,3	362,15	338

1993 : $I = \frac{629 - 353}{629} = 0,43$

629

1994: $I = \frac{629 - 362,15}{629} = 0,42$

629

1996: $I = \frac{629 - 338}{629} = 0,46$

629

La Intensidad -0,43; 0,42 y 0,46- indican cuánto le falta a los pobres para llegar hasta la L.P., es decir cuán pobres son. Esto es el principio de monotonidad aún cuando no refleja la transferencia.

Para analizar la transferencia debemos aplicar el índice de Amartya-Sen:

1993/94/96

$$Ps=H [(I+1)-1].Gp$$

$$0,5[0,4+0,6.0,8)$$

$$0,5[0,4+0,48$$

$$0,5. 0,88$$

$$0,44$$

Esto señala la transferencia entre los pobres, es decir si un pobre transfiere a otro pobre. Desde 1993 a 1996 no se observa ningún cambio en la transferencia

El otro índice que NO refleja ni la monotonicidad ni la transferencia pero que mide el ingreso para determinar el grado de *equitatividad* es el índice de Gini

I			I.A.C.			L		
1993	1994	1996	1993	1994	1996	1993	1994	1996
2,0	1,9	1,7	2,0	1,9	1,7	10	9,5	5,85
3,2	3,3	3,1	5,2	5,2	4,8	36	35,5	32,5
4,2	4,2	4,2	9,4	9,4	9	73	73	69
5,3	5,1	5,3	14,7	14,5	14,5	120,5	119,5	116,5
6,6	6,2	6,4	21,3	20,7	20,7	180	176	175
8,1	7,7	7,9	29,4	28,4	28,6	253,5	245,5	246,5
10,0	9,5	9,9	39,4	37,9	38,5	344	331,5	335,5
12,6	12,1	12,5	52	50	51	457	439,5	447,5
16,8	17,2	16,2	68,8	67,2	67,2	604	586	591
30,7	32,8	32,6	99,5	100	99,8	841,5	836	835

$$B. H= 100 \frac{100}{5000}$$

$$2$$

$$\frac{5000 - X}{5000} =$$

$$5000$$

$$1993 = \frac{5000 - 2919,5}{5000} = 0,41$$

$$1994 = \frac{5000 - 2852,1}{5000} = 0,42$$

$$1996 = \frac{5000 - 2854,35}{5000} = 0,42$$

Los datos nos muestran que entre 1993 y 1996 no existieron *notables* cambios, es decir que no hay oscilación en la equitatividad de la pobreza en el Gran Resistencia

INDICADORES SOCIALES: SALUD Y EDUCACIÓN

- SALUD: Mortalidad y Morbilidad Infantil

Uno de los principales determinantes de la salud del niño lo constituyen las condiciones donde se desarrolla la vida del infante, por ello resulta trascendente generar hábitos y normas de cuidado de salud del niño (programas de vacunación, consultas periódicas, etc.)

Un primer acercamiento a las condiciones de vida nos muestra hogares con grandes diferencias: por encima de la L.P., por debajo de la L.P., por debajo de la L.I. donde las condiciones se asocian con las características del grupo familiar (empleo-desempleo)

Esto nos llevaría a pensar en un primer Indicador de resultado la tasa de *mortalidad infantil* que para el área Programática N° 8: área Capital (Resistencia, Barranqueras, Vilelas y Fontana) supera el 19‰ (sobre un total de 35,9‰ para toda la provincia) y que nos acerca a condiciones de vida poco deseables.

Esta información se corrobora con un 50% de la población por debajo de la L.I., sin tener en cuenta el porcentaje de mano de obra desocupada.

Si se consideran sus componentes: mortalidad perinatal, neonatal y postneonatal veremos que las de mayor influencia son las neonatales:

- Defunciones perinatales (0-7 días): 9,4‰
- Defunciones neonatales (7-28 días): 12,1‰
- Defunciones postneonatales (28 días - 11 meses): 7,2‰
- Defunciones de un año: 1,4‰

Si atendemos las causas de la mortalidad (tasa de morbilidad) veremos que las registradas con mayor frecuencia en la etapa infantil, neonatal pueden agruparse en:

- a) parcialmente reducible por buen control del embarazo
- b) reducibles por buena atención en el parto
- c) reducibles por diagnóstico o tratamiento precoz

Cuando hablamos de “parcialmente reducibles” nos referimos a enfermedades que pueden reducirse por determinadas acciones de salud pero no hay evidencias categóricas de que fuese así.

Las “reducibles” son enfermedades que podrían evitarse con acciones sencillas y de bajo costo (preventivas)

Entre las primeras (a) los casos más numerosos son de :

- * crecimiento fetal lento y desnutrición fetal
- * trastornos relacionados con duración corta de gestación y con otra forma de bajo peso al nacer(menos de 2.500gr.)
- * síndrome de dificultades respiratorias

Entre las segundas (b) encontramos:

* feto o recién nacido afectado por complicaciones de la placenta,del cordón umbilical o de la membrana.

Entre las últimas (c) registramos:

- * afecciones respiratorias del recién nacido
- * septicemia del recién nacido
- * trastornos perinatales del aparato digestivo

Todas las afecciones arriba mencionadas han sido agrupadas según criterios de evitabilidad, es decir según que sus causas puedan ser reducibles o no por las acciones desarrolladas en un servicio de salud, tanto para la mujer embarazada como para el niño.

Respecto a la mujer diremos que la tasa de mortalidad materna es baja: 1,0‰ aunque debemos considerar la existencia de subregistros (que no oficializan la información sobre el aborto) que subestiman la magnitud real de los casos.

Se considera mortalidad materna: defunciones de mujeres embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo independiente de la duración del mismo y debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención.

Entre las causas mencionadas hay algunas que son interdependientes de la pobreza:desnutrición fetal ,corta duración y bajo peso al nacer.

Desde otra perspectiva no siempre la atención (en el embarazo-parto y para el niño) es canalizada a través de los servicios de salud y puede haber impedimentos de orden:

- económico(medicinas-elementos para estudios)

- geográfico(dificultades de acceso a los hospitales)
- cultural(gente que se automedica o utilizan la medicina ilegal)

También puede ocurrir que la capacidad y complejidad de los centros sanitarios barriales no logren satisfacer la cantidad y calidad demandada. Si nos atenemos a los números podremos ver que para el área Programática n° 8 el promedio de atención profesional (Indicador de Insumo) para el universo de consultas externas materno-infantiles y de embarazadas es del 10,8% (dato extraído del número de consultas externas materno-infantiles y de embarazadas sobre cantidad de días), esto es la capacidad de atención profesional.

El período post-neonatal es el más sensible a las condiciones sanitarias del medio y entre las causas más frecuentes, dentro de las parcialmente reducibles, se encuentra la desnutrición, en sus distintos grados (1,2 y 3)

En menores de un año la desnutrición llega al 13,5% y en los de un año trepa al 15,1%.

Este indicador de resultado requiere de decisiones políticas que vayan más allá de un tradicional programa materno-infantil (Ind. de insumo) de asistencia alimenticia, refleja la urgente e imperiosa necesidad de reinsertar en la estructura laboral la gran masa de mano de obra desocupada.

La prevención de enfermedades a través de inmunización (cobertura de vacunación, indicadores de insumo), esto es a través de la aplicación de las vacunas correspondientes (contra tuberculosis-poliomelitis para litica-tétanos-coqueluche-difteria-sarampión), ha dado resultados satisfactorios, los riesgos de morbimortalidad por enfermedades previsibles se redujeron.

En nuestro caso para el área en estudio, *no* se observaron casos de poliomelitis ni tuberculosis, ni tétanos, ni difteria, un caso de coqueluche y 6 de sarampión, lo que indica un cierto hábito de completar el esquema de vacunación por lo menos dentro de los primeros 18 meses. A medida que el niño crece disminuye la presencia de la vacunación y se estima que el hábito también decae.

La mortalidad en niños de un año es exageradamente menor a 1,4‰ y menos aún en niños entre 2 y 4 años; es del 0,2‰.

Aquí nos interesaría más hablar de las principales enfermedades que aquejan a la población del Gran Resistencia entre 1 y 5 años.

La que se ubica al frente del mayor número de casos son las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños de 1 a 4 años que totalizan: 14220 casos para el primer semestre de 1996 correspondiéndose con la tendencia general a considerarla entre las cinco primeras causas de mortalidad en niños menores de 6 años. El niño que vive en condiciones de riesgo sanitario puede tener entre 3 y 6 episodios de infecciones respiratorias por año.

Naturalmente en aquellos sectores de escasas posibilidades socio-económicas, con dificultades de acceso a centros de salud y con deficiencias nutricionales las posibilidades de agravarse son mayores.

Sin embargo existe una tendencia a reducirlas mediante un reconocimiento precoz de los signos de enfermedades en el hogar, rápida búsqueda de atención y tratamiento apropiado inmediato.

La diarrea es otro de los graves problemas que afectan a la salud en la infancia en los niños de 0 a 4 años, se vieron 4512 casos en un semestre, y se inscribe como uno de los factores determinantes del retardo en el crecimiento y de la malnutrición y es, en muchos casos, prevenible.

Para la Argentina se ha estimado (OPS/OMS, 1994) que los niños menores de 5 años padecen tres episodios por año.

La franja de población entre 6 y 18 meses suelen ser los más afectados porque están en la etapa de transición de la leche materna a la mamadera y esto conlleva transmisión de infecciones.

Existen, sin embargo, un conjunto de medidas sencillas y prácticas para aplicar en estos casos que, puestas en funcionamiento de manera inmediata, pueden reducir la morbilidad por esta afección.

Es fundamental mantener y difundir la propaganda para la prevención porque las mismas han favorecido el descenso de las tasas de mortalidad por esta afección

2.-EDUCACIÓN: Alfabetismo y analfabetismo

Para iniciar el análisis de la variable educación se partirá del siguiente cuadro estadístico:

Población total:337.853

Edad	Total Pob.	Matrícula	% pob.total	%P.E.E.	%PEE.Rango
5 a 9 años	57.322	55.580			
10 a 12 a.	34.327	(primaria)	16.4%	41.9%	60.6%
13 a 19 a	40.782	25784(sec)	7.6%	19.4%	63,2%
Total	132.431	81.364			

Si se observa el cuadro, se aprecia que sobre el total de la población (337.853 -octubre de 1996) el 39% está en edad escolar (132.431), es decir niños/as de 5 a 19 años. Sobre esta

población en edad escolar (E.E.) el 69% *debería* estar cursando la escuela de nivel primario y el 30,7% en el nivel secundario. Sin embargo no es así, porque sólo está matriculado el 41,9%, de esa población, en el primario y el 19,4% en el secundario. O sea que la oferta educativa alcanza al 61.3% de la población E.E. De manera que el 38.7% no asiste a la escuela.

Si tomamos como variable la población en edad escolar según rango que le corresponde: niños/as de 5 a 12 años(91.649) en la primaria y de 13 a 19 años(40.782) en secundaria; notamos que el guarismo para el primer caso es del 60.6%, por lo tanto hay un 40% de niños que no asisten a la escuela. Para el segundo caso arroja una matrícula del 63,2% o sea que el 36.8% está fuera de la escuela media.

La significatividad de estos datos es que un porcentaje considerable de niños y adolescentes quedan marginados del sistema educativo. A lo que se debe sumar el desgranamiento del nivel secundario, cuya matrícula en primer año es del 30% (7783) y en quinto año alcanza sólo el 12.2% (3154) de la matrícula total (25.784); por lo tanto hay un 18% de deserción. Lo que nos lleva a pensar que la población abandona sus estudios; a través de la experiencia docente y la realidad observada, los chicos a partir de los 12,13 y 14 años abandonan la escuela para trabajar, ya sea en trabajos estables (que son los menos) como cadetes de casas de comercio o bien en trabajos legales esporádicos e ilegales, típicos de las calles resistencias: niños cuidando y/o lavando autos, vendiendo pequeños artículos artesanales, etc. Lo que demuestra la situación económica y familiar que viven.

Pero si nos detenemos en los datos, éstos demuestran que el índice de matriculados en el primer nivel es menor (60.6%) que en el secundario (63,2) a qué se debe este aumento? Fundamentalmente a la matrícula de alumnos de zonas rurales que desean asistir a las escuelas de la capital; como así también a los alumnos repitientes, los cuales deben ser absorbidos por las mismas escuelas, como lo establece la reglamentación vigente (además éste es otro de los factores de deserción en el mencionado nivel).

En lo que respecta a la tasa de analfabetismo se llega al 3,8% entre la población P.E.A. y ocupada. Cifra poco significativa, pero que, debería ser preocupante para las políticas a implementar. Recién en el presente año se está ejecutando un plan de alfabetización -para adultos- denominado "Nunca es Tarde".

La población que no alcanza a completar el nivel primario es del 12,1% y el 19,90% el secundario, lo que corrobora el desgranamiento en este último nivel.

A pesar que el país vivió, a partir de la década del '50 en adelante, "la devaluación educacional", es decir la exigencia de credenciales o títulos educativos para acceder a una ocupación (Tedesco 1977/8). El grado de deserción y la *no matriculación* es considerable en esta provincia.

Las causas pueden ser diversas, pero relacionadas con la situación de pobreza que viven los hogares, como por ejemplo:

1. El alto grado de grupos de familia como vendedores ambulantes y/o feriantes (de los más variados artículos)
2. Niños dirigidos por adultos en su "empleo de mendigos" (en las zonas bancarias e Iglesias)

3. Niños indocumentados. A los casos anteriores se suma el alto grado de niños que no están registrados, sobre todo en estos últimos años en que los formularios para la inscripción de un recién nacido es de \$15.

Hasta aquí los indicadores de resultados, si analizamos los de insumo y los relacionamos podemos observar el siguiente cuadro.

	Matrícula	Cant.Pers.Doc	%Doc.x Al.	Cant.Esc.	%Esc. x Al.
N.Primario	55580	3101	1Doc.c/18A	120	1Es.c/460A
N.Secundario	25784	3571	1Doc.c/ 7A.	54	1Es.c/480A
Total	81364	6672		174	

De acuerdo con este cuadro notamos que hay un docente cada 18 alumnos para el nivel primario, en tanto que para el nivel secundario la proporción es de uno a 7. No podemos afirmar que este nivel esté mejor atendido que el otro o que tenga una mejor calidad de enseñanza. Sobre todo si cruzamos con los resultados de los Operativos Nacionales de Calidad el rendimiento del secundario es más bajo que el primario ubicándose la provincia en los últimos lugares.

Sólo recordemos que en el primer nivel existe un maestro por grado(30 alumnos como máximo según reglamentación vigente) en tanto que en el nivel secundario, al existir diferentes materias hay un especialista por cada una de ellas, por lo tanto aumenta del número de docentes.

Para completar este análisis deberíamos tener presente el presupuesto que la provincia invierte en Educación, lo que resulta difícil porque los datos que se poseen son a nivel provincial y el presente análisis se realizó sobre el área del Gran Resistencia.

Por último, a manera de conclusión podemos destacar que en los últimos cuatro años, en la provincia no se implementó ningún plan para erradicar el analfabetismo o bien, retener la matrícula; en este último caso, se trató de dar una solución con la anexión de los comedores escolares, pero la cifra no fue significativa ya que a raíz de los problemas propios de políticas económicas, dichos comedores fueron cerrando quedando unos pocos.

Otro problema que se detecta, en esta Provincia -de largo arrastre-, es que no existe una política de seguimiento constante del alumno y su grupo familiar; por ejemplo si un niño abandona la escuela no se visita el hogar para determinar el motivo del

abandono y buscar una solución si hay un problema o si el niño desertó por falta de interés en el currículo vigente o por otros motivos que atañen resolverlos en el ámbito de la escuela (amonestaciones, firmas por indisciplina, etc.); ni se promueve campañas de educación informal para que la población se concientice con respecto a algunos puntos esenciales como la necesidad de documentar a los niños (obteniendo un certificado de pobreza) control de vacunación, la importancia de la asistencia a la escuela, la higiene sobre todo en los niños.

Un tratamiento especial merecen los programas y proyectos especiales que se están implementando en la mayoría de las provincias, como ser Plan Social, Nueva Escuela, PRISE, la organización de una Red Federal de Formación docente continua, etc.

Estos planes tienen como objetivo fundamental la transformación educativa, el perfeccionamiento docente (en cuanto a contenidos disciplinares y metodologías de enseñanza) entrega de textos escolares y útiles (a niños de todas las escuelas, es decir no se detectan aquellas cuyos alumnos provienen de hogares que tienen situación de pobreza y colaborar realmente con esas familias para que envíen los niños a la escuela)

Se implementan planes especiales, con los cuales se invierten sumas considerables en educación, pero hasta ahora ninguno presentó un proyecto factible para absorber ese 40% de niños en edad escolar que no están matriculados en la zona del Gran Resistencia solamente.

CONCLUSIÓN

La aplicación del método Directo e Indirecto para analizar la pobreza y su relación con las variables de Educación y Salud nos permitió concluir que la hipótesis formulada no se ajustó a la realidad por cuanto la Incidencia e Intensidad no modificaron sustancialmente sus niveles entre 1993 y 1996, como así tampoco se observaron cambios en la transferencia que se mantuvo en 0,44 durante los tres años.

La agudeza de la situación se reflejó en el porcentaje de hogares ubicados por debajo de la L.P. (hasta el 6° decil) de los cuales el 83% están en la Indigencia (hasta el 5° decil). Esto significa que el 60% de los hogares padecen pobreza estructural, es decir no pueden acceder a la C.B. y un 50% del mismo universo no llega a la C.B.A.

Estos datos demostraron, elocuentemente, la gravedad de la realidad que se vive en el área del Gran Resistencia y se tradujeron en los altos porcentajes de analfabetismo, mortalidad y morbilidad registrados sobre la totalidad de la población infantil.

Sus efectos lograron paliarse con programas de vacunación masiva y diferentes tipos de ayuda (desde las escuelas) que no fueron suficientes. Se considera que las medidas tomadas hasta ahora deben complementarse con:

- + Campañas preventivas de educación no formal y dirigida a los padres y que apunten a:
 - *constanciarlos de la importancia de la higiene y la consulta periódica al profesional médico
 - *destacar la trascendencia del hábito escolar en forma continuada y permanente.
- + Campañas de recuperación del infante y del adolescente de los trabajos ilegales

Bibliografía

Se consultaron las siguientes publicaciones del INDEC:

“Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales”. Bs.As.1995

“Anuario estadístico de la República Argentina” Bs.As.1996

“Situación y evolución social”. Síntesis n° 3.Bs.As.1995

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA SANITARIA.Primer Semestre 1996. De estadísticas vitales y sanitarias.Chaco.1996.

DIRECCION DE ESTADÍSTICA Y CENSOS.Censo Nacional de Población y viviendas 19911.Datos relacionados con todas las localidades de la Provincia del Chaco.Datos no publicados. Chaco.Serie B -n° 18.1996

DIRECCION DE ESTADISTICA Y CENSOS.El Chaco en Cifras - 1995.Chaco.Serie A n° 31.1995.

ESTADÍSTICA EDUCATIVA.Planillas mensuales enviadas por los establecimientos educativos.Inéditas.

RED FEDERAL DE INFORMACIÓN EDUCATIVA.Chaco.Información del Sector Educativo.Estadísticas en base al Censo Nacional de Población y Viviendas 1991 INDEC.Bs. As. 1996

KLIKSBERG,Bernardo.Pobreza un tema impostergable.Nuevas respuestas a nivel mundial.F.C.E.México.1994

REYNA,José Luis.América Latina a fines de siglo.F.C.E.México.1995

TORRADO,Susana.Estructura social de la Argentina:1945-1983.Ed.de la Flor.Bs.As.1992

VOSS,Robert.Hacia un Sistema de indicadores sociales. Serie de Documentos de Trabajo I-2. Washington D.C.