
La mortalidad infantil en el Mercosur desde una perspectiva de derechos humanos

*Eleonora Soledad Rojas Cabrera¹
María Marta Santillán Pizarro²*

Resumen

Este trabajo propone indagar la evolución de la mortalidad infantil desde 1990 en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay —países que conforman el Mercosur— con un enfoque de derechos humanos. Se parte del reconocimiento de que la reducción de la mortalidad infantil está contemplada en la Convención sobre los Derechos del Niño —a la que los países adhieren en 1990— y en posteriores conferencias internacionales basadas en los derechos humanos. Se utiliza información proveniente de las oficinas nacionales de estadística y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Los resultados indican que, a pesar del descenso observado en el nivel de la mortalidad infantil en cada uno de estos países, las disparidades encontradas al interior no parecen reducirse en el tiempo, cuestión fundamental en el marco de los derechos humanos.

Palabras clave: mortalidad infantil, derechos humanos

Abstract

Infant mortality in Mercosur from a human rights perspective.

This paper proposes an analysis of infant mortality rates since 1990 in Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay, the Mercosur member countries, from a human rights perspective. It is recognized that the reduction of infant mortality is promoted by the Convention on the Rights of the Child, to which countries adhere in 1990, and in subsequent international conferences based on human rights. We use information provided by national statistical offices and the Latin American and Caribbean Demographic Centre. The results indicate a decreasing trend at national levels. Despite this, disparities found within countries do not seem to be reduced over time, a key factor in human rights framework.

Key words: infant mortality, human rights

1 Becaria doctoral CIECS (CONICET-UNC), Córdoba, Argentina, eleonorarojascabrera@gmail.com

2 Investigadora CIECS (CONICET-UNC), Córdoba, Argentina, mm_santillan@yahoo.com.ar

Introducción y objetivos

Desde mediados del siglo XX, gracias a las mejoras en las condiciones de vida en general y a los avances en salud, se ha logrado reducir en América Latina y el Caribe el nivel de mortalidad de toda la población y en especial, el de los niños. En efecto, la tasa de mortalidad infantil de la región pasa de 128 a 28 por mil nacidos vivos entre 1950 y 2005 (CELADE, 2005). Simultáneamente, se produce un cambio en la estructura de la mortalidad por causas, en donde la alta prevalencia de defunciones atribuidas a enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias) y que afectan principalmente a la población en edades tempranas es reemplazada por la de defunciones que tienen origen en enfermedades degenerativas (tumores, dolencias del aparato circulatorio) que afectan mayormente a la población adulta.

A pesar de estos logros, la mortalidad infantil continúa siendo un motivo de preocupación en los países que integran la región. No solo porque los niveles se mantienen todavía altos, sino por las diferencias que se observan entre los mismos y al interior de cada uno de ellos. Dado que contextos socioeconómicos y ambientales desfavorables condicionan la salud de los niños, aquellos que forman parte de los hogares más pobres tienen menos posibilidades de sobrevivir que el resto. De esta manera, la mortalidad infantil pone en juego los progresos en el desarrollo de los países y en el ejercicio de los derechos humanos.

En reconocimiento de esta problemática, la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 (CDN) compromete a los Estados que la adhieren a adoptar las medidas que resulten apropiadas para reducir la mortalidad infantil. Tal es la importancia asignada al tema que, más adelante, es retomado en conferencias internacionales que plantean metas cuantificables en cuanto a la reducción de las defunciones en el primer año de vida. Entre ellas: la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, la Cumbre del Milenio de 2000 y la Sesión Especial en favor de la Infancia de 2002.

Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay ratifican la CDN en 1990. Con este acto, se comprometen a respetar, proteger y garantizar el efectivo ejercicio de los derechos del niño. Un año más tarde, estos países suscriben el Tratado de Asunción a partir del cual crean el Mercado Común del Sur —Mercosur— con el propósito de integrar los cuatro mercados nacionales en uno de libre circulación de bienes y servicios. Si bien el principal objetivo del acuerdo es económico, se argumenta que dicha integración «constituye condición fundamental para acelerar sus procesos de desarrollo económico con justicia social».

De esta manera, estos países comparten a principios de la década de los noventa la intención de avanzar tanto en la garantía de los derechos humanos como en el desarrollo económico de la región. A pesar de estas coincidencias, ellos se diferencian en los niveles de desarrollo y en la etapa de la transición demográfica en la que se encuentran: en Paraguay comienza a descender la mortalidad, pero todavía la natalidad es elevada, por lo que su transición es moderada; Brasil se encuentra en plena transición, con natalidad y mortalidad intermedias; mientras que Argentina y Uruguay tienen niveles de natalidad y mortalidad relativamente bajos, por lo que pueden clasificarse en la etapa de transición avanzada (CELADE, 1996).

En este marco de intenciones similares y contextos socioeconómicos y demográficos distintos, en el presente trabajo se propone indagar la evolución de la mortalidad infantil desde 1990 en los cuatro países del Mercosur, con una mirada de derechos humanos. Por este motivo, se pone especial énfasis en algunos de los principios en los que estos se basan: *los Estados como principales titulares de obligaciones, la igualdad y no discriminación y el avance y no retroceso*.³ Estos principios, además de estar presentes en los tratados de derechos humanos, también se evidencian en los planes de acción de las citadas conferencias.

Con base en el objetivo planteado, se utiliza la información contenida en las publicaciones anuales de la Dirección de Estadística e Información del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (DEIS), del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), de la Dirección de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay (DGEEC), del Instituto Nacional de Estadística de Uruguay (INE) y del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE-División de Población de la CEPAL).

A continuación, se realiza una breve reseña de la importancia asignada a la problemática de la mortalidad infantil en la CDN, en las conferencias internacionales y en las metas allí establecidas. Luego, se analiza comparativamente entre países el grado de avance en el cumplimiento de los compromisos asumidos vinculados a los principios de *avance y no retroceso e igualdad y no discriminación*. Por último, se exponen las conclusiones obtenidas.

3 Estos principios se plantean en el enfoque basado en derechos humanos, y son explicados en el siguiente apartado.

La mortalidad infantil en la Convención sobre los Derechos del Niño y posteriores conferencias internacionales: el enfoque basado en los derechos humanos

La Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 parte de la necesidad de cuidado y protección especiales para los menores de 18 años quienes, al igual que los adultos, también son titulares de derechos. Es el primer tratado que incorpora toda la gama de derechos humanos: civiles, culturales, económicos, políticos y sociales y que ha logrado una adhesión casi universal.⁴

La CDN constituye un instrumento de derechos humanos jurídicamente vinculante. Esto significa que los Estados que la adhieren quedan obligados a tomar las medidas que sean necesarias para garantizar su vigencia y así proteger el interés superior del niño. El incumplimiento de dichos deberes no solo trae aparejada la posibilidad de su exigibilidad por vía judicial, sino también hace al Estado responsable ante la comunidad internacional.⁵ A pesar de lo anterior, la vaguedad en los enunciados de la CDN dificulta el monitoreo y la posterior evaluación de su cumplimiento.

Concretamente, en el caso de la mortalidad infantil, su única mención aparece en el artículo 24, dedicado al derecho a la salud, en el que se la considera un impedimento para la plena realización del mismo. Allí se establece que «los Estados Parte asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil y en la niñez» (CDN, 1989, artículo 24, inciso 2). De manera que en la Convención solo se indica que ella debe disminuirse pero no se especifica en qué magnitud.

Contrario es el caso de diversas conferencias internacionales —organizadas por diferentes agencias de las Naciones Unidas— que tuvieron lugar con posterioridad a la CDN, las cuales, si bien no son jurídicamente vinculantes, refuerzan los postulados de la Convención al incorporar metas cuantificables que especifican la magnitud de la reducción que los Estados deben lograr en plazos de tiempo determinado. Entre ellas:

- La Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990. Organizada por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Este encuentro da como resultado la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, documento que

4 A la fecha, solo dos Estados no la han adherido: Estados Unidos y Somalia.

5 Véase <www.unicef.org/spanish/crc/>.

genera las directrices en la década de los noventa respecto a las políticas hacia la infancia en todo el mundo. Presenta un plan de acción para el decenio, en el que se propone alcanzar las metas específicas que se detallan en el siguiente apartado.

- La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994 en El Cairo y organizada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Reconociendo que la población y el desarrollo están indisolublemente unidos y que, por lo tanto, la salud desempeña un rol fundamental, los Estados Parte establecen un conjunto de metas orientadas a atenderla, que son incluidas en el programa de acción resultante del encuentro.
- El Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo que, a pedido de los países de la región, es desarrollado por la CEPAL y presentado en 1996 como una forma de adecuar el Programa de Acción de la CIPD al contexto regional. En dicho plan se reconoce la desigualdad existente en los países de la región, por lo que se enfatiza en la reducción de las brechas entre diferentes sectores sociales.
- La Cumbre del Milenio del año 2000, en la que se toman como referencia los lineamientos de las conferencias precedentes y se definen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estos, si bien apuntan a incrementar el desarrollo y el bienestar de la población en general, asignan fundamental importancia a los niños y específicamente a reducir la mortalidad infantil y en los primeros años de vida.
- La Sesión Especial en favor de la Infancia del año 2002, organizada por UNICEF, durante la cual, en correspondencia con los objetivos establecidos en la Cumbre del Milenio, se define el plan de acción «Un mundo apropiado para los niños y las niñas».

Estas conferencias tienen como común denominador que están basadas en los derechos humanos y, como tales, en sus textos es posible identificar al menos tres de los principios fundamentales que se encuentran en todos los tratados de derechos humanos y que son sintetizados en el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH), herramienta indispensable para las políticas que fomentan el desarrollo humano (Naciones Unidas, 2006; PNUD, 2006). Dichos principios son: *los Estados son los principales titulares de obligaciones, la igualdad y no discriminación y el avance y no retroceso.*⁶

6 Otros principios fundamentales del EBDH son: los sujetos son titulares de derechos; la consideración prioritaria de los derechos humanos; la universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos; el empoderamiento y la participación de los sujetos

En primer lugar, que *los Estados sean los principales titulares de obligaciones* significa que si un Estado adhiere a un tratado de derechos humanos, contrae el compromiso de realizar los esfuerzos necesarios para respetar, proteger y garantizar el efectivo ejercicio de los derechos allí contemplados. En segundo lugar, el principio de *igualdad y no discriminación* supone que todos los individuos, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, el lugar de residencia, la posición económica o de otra índole, deben tener las mismas posibilidades de ejercer sus derechos.⁷ Finalmente, el principio de *avance y no retroceso* se refiere al incremento progresivo del ejercicio de los derechos sin remitirse nunca a estados anteriores.

En el contexto de la mortalidad infantil, estos principios se traducen en que los Estados se constituyen en los principales responsables, de manera que deben emprender todas las acciones necesarias para mejorar las condiciones de salud de los niños y reducir el número de defunciones durante el primer año de vida. Al mismo tiempo, deben procurar la reducción de las brechas entre sectores sociales.

En la tabla 1 se visualizan las metas relacionadas específicamente con la mortalidad infantil. Las mismas se encuentran organizadas en virtud de los principios a los cuales hacen referencia.⁸

Con relación a las metas asociadas al principio de *avance y no retroceso*, cabe destacar que si bien pareciera que las conferencias de la década de los noventa solicitan un mayor esfuerzo a los países con altos niveles de mortalidad, en realidad se trata de una exigencia aparente. Cuando un país presenta un nivel elevado de mortalidad, tiene mayores posibilidades de lograr la reducción de sus tasas que aquel que presenta niveles bajos de mortalidad. Esto se debe a que cuanto mayor es la tasa mortalidad, mayor es la prevalencia de las defunciones por causas evitables, las que pueden ser reducidas a un costo inferior en términos económicos y de políticas públicas con respecto a las defunciones difícilmente reducibles, que son las que prevalecen cuando el nivel de mortalidad es bajo.⁹ De allí que los niveles de exigencia planteados por las conferencias en cuanto a reducción

de derecho; la rendición de cuentas y transparencia. Para más información, consultar la bibliografía de referencia (Nyamu-Musembi y Cornwall, 2004; Naciones Unidas, 2003; Naciones Unidas, 2006).

7 En el caso de la CDN, este principio se expresa en el artículo 2.

8 Cabe aclarar que en la tabla no se explicita el principio que refiere a los Estados como principales titulares de obligaciones, ya que el solo hecho de que asuman metas implica que se reconocen responsables de su consecución.

9 La promoción de la lactancia materna y de la vacunación masiva configuran ejemplos de políticas de bajo costo que pueden contribuir ampliamente a la reducción de las defunciones en la infancia en países con altos niveles de mortalidad.

de la mortalidad difieran, según se trate de países con elevada o baja mortalidad en el primer año de vida.

Asimismo, con referencia a las metas ligadas al principio de *igualdad y no discriminación*, de la lectura de la tabla se desprende que prácticamente todas las conferencias proponen la reducción de las brechas entre sectores geográficos, culturales y sociales. Esto se debe, por un lado, a la necesidad de evitar el acceso desigual al derecho a la salud y a la vida, sobre todo si se tiene en cuenta que los altos niveles de mortalidad de sectores postergados refieren en su mayoría a muertes evitables. Pero por otro lado, porque operativamente, para hacer posible la reducción del nivel de la mortalidad, es necesario que el descenso sea más acelerado en los sectores más desfavorecidos, lo que implica que las políticas deberían priorizarlos.

De las conferencias señaladas, solo dos planes de acción proponen metas cuantificables y acotadas en el tiempo para la reducción de las brechas entre sectores sociales. Uno de ellos es el de la CIPD, que plantea «eliminar (entre 1990 y 2010) las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos» (párrafo 8.16). El otro es el Plan de Acción Regional para Latinoamérica y el Caribe de 1996 que establece como meta intermedia «reducir (para el año 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la mortalidad infantil entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales» (párrafo 67.5). Los demás planes de acción, si bien plantean la reducción en las diferencias como objetivo, no dan precisiones respecto al «cuánto reducir» y en «cuánto tiempo».

Tabla 1. Metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad infantil y asociadas a los principios de *avance y no retroceso e igualdad y no discriminación*

<i>Conferencia y Plan de Acción (PA)</i>	<i>Metas vinculadas al principio de avance y no retroceso</i>	<i>Metas vinculadas al principio de igualdad y no discriminación</i>
Cumbre Mundial en favor de la infancia de 1990. PA: Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño.	«Reducir entre los años 1990 y 2000 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años en una tercera parte o a un nivel de 70 por mil nacidos vivos, si ello representase una mayor reducción.» (Apartado 5, inciso a).	No se plantea.
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de 1994. PA: Programa de Acción de la CIPD.	«Para el año 2000... reducir sus tasas de mortalidad de lactantes... en un tercio, o bien a 50 por mil nacidos vivos si estas cifras son menores. Para el año 2005, los países con niveles intermedios de mortalidad deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 50 por mil nacidos vivos ... Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 35 por mil nacidos vivos. Los países que consigan alcanzar antes esos niveles deberían seguir esforzándose por reducirlos.» (Párrafo 8.16).	«Reducir durante los próximos 20 años sustancialmente la diferencia entre las tasas medias de mortalidad de lactantes y niños pequeños en las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo, y eliminar las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos». «Los países con poblaciones indígenas deberían lograr que los niveles de mortalidad de lactantes [...] de dichas poblaciones fueran iguales que en la población en general». * (Párrafo 8.16).
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de 1994. PA: Plan de Acción Regional para Latinoamérica y el Caribe de 1996.	«Para el año 2000... reducir sus tasas de mortalidad de lactantes en un tercio, o bien a 50 por mil nacidos vivos si estas cifras son menores.» (Párrafo 67.1).	«Reducir (para el año 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la mortalidad infantil entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales.» (Párrafo 67.5).
Cumbre del Milenio. PA: Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 2000.	«Reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil.» (Meta 5).	No se plantea a nivel internacional.
Sesión Especial en favor de la infancia de 2002. PA: Un mundo apropiado para los niños.	«Reducir en el transcurso del decenio 2000-2010 al menos en un tercio la tasa de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, como un primer paso hacia la meta de reducirla en dos tercios para 2015.» (Apartado 36.a).	«Fomentar la salud y la supervivencia de los niños y reducir cuanto antes las disparidades entre los países desarrollados y los países en desarrollo, y dentro de los distintos países, prestando especial atención a la eliminación del exceso prevenible de mortalidad entre las lactantes y niñas pequeñas.»* (Apartado 67.5).

* No es meta sino objetivo, ya que no especifica la magnitud de la reducción ni el plazo de tiempo previsto para su consecución.
Fuente: elaboración propia.

Fuentes de información y metodología

En el presente trabajo se utiliza información proveniente de dos fuentes diferentes para cada país. La primera refiere a estadísticas oficiales confeccionadas por dependencias de los gobiernos nacionales (la DEIS en Argentina, el IBGE en Brasil y el INE de Uruguay). La segunda corresponde a estimaciones y proyecciones realizadas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE-División de Población de la CEPAL, Revisión 2008). Para el caso de Paraguay, se utiliza una única estimación elaborada por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC) junto al CELADE. Esto obedece a que en este país los nacimientos y las defunciones adolecen de (graves) problemas de subregistro, lo que dificulta la obtención de las tasas de mortalidad infantil por el método directo.¹⁰

Asimismo, es importante recalcar que en Brasil existen otras fuentes de información, tales como la Red Interagencial de Informaciones para la Salud (RIPSA) y el Departamento de Informática del Sistema Único del Ministerio de Salud (DATASUS).¹¹ Ambas tienen la ventaja de brindar la posibilidad de cotejar los niveles de mortalidad infantil definidos según diferentes criterios y obtener interesantes conclusiones. Sin embargo, se decide no emplearlas porque las tasas informadas para un mismo año, al constituir el resultado de la aplicación de distintos métodos de estimación, varían según el año de publicación, lo que podría derivar en conclusiones dispares según la serie de datos que se utilice para el análisis, aun cuando se trate de la misma fuente.¹²

Para abordar la reducción de las diferencias entre sectores sociales, geográficos y culturales, se recurre a distintas alternativas, que dependen, por un lado, de la relación que se reconoce que existe entre la mortalidad infantil, la pobreza y las variables de desagregación ele-

10 Si bien la DEIS publica tasas de mortalidad infantil obtenidas a partir de la aplicación del método directo (donde se utilizan los registros de nacimientos y defunciones), no ocurre lo mismo en los casos del IBGE, el INE y el CELADE, organismos que calculan indicadores de mortalidad mediante métodos indirectos (con fuente en los censos de población). Es por ello que, a pesar de las fuentes de información seleccionadas, los datos presentados pueden estar afectados por sesgos o errores, cuya probabilidad de ocurrencia es mayor cuando se trata de poblaciones pequeñas y con altos índices de movilidad.

11 Si bien el DATASUS integra la RIPSA, cada uno dispone de una página web con datos publicados vinculados al sector salud no coincidentes en su totalidad, con lo cual, en este caso, se consideran fuentes de información separadas.

12 A modo de ejemplo, se plantea el caso de la tasa de mortalidad infantil para Brasil al año 2000, que asume valores equivalentes a 28,3, 26,77 y 27,4 por mil nacidos vivos, según correspondan a las publicaciones efectuadas en 2002, 2006 y 2009, respectivamente. Para más información, consultar: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/c01.htm>>, <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/c01.htm>> y <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/c01b.htm>>.

gidas (región del país, educación de la madre y grupo étnico). Por otro lado, las mismas están sujetas a la disponibilidad de información, que es más limitada que en el caso del nivel de la mortalidad para la totalidad de cada país.

Dada la inexistencia de acuerdos metodológicos para la medición de las brechas, se proponen dos estrategias: la primera consiste en calcular la «diferencia absoluta» entre los sectores de mayor y menor mortalidad infantil del país. De esta manera se obtiene un indicador que expresa cuántos niños más mueren en una zona que en otra. La segunda estrategia consiste en calcular la razón entre la mortalidad de los sectores de mayor y menor nivel, lo cual expresa la diferencia en términos relativos. Esto señalaría cuántas veces la mortalidad infantil de un sector es mayor/igual/inferior a la del otro. Cuando este indicador adquiere el valor de 1, se interpreta que ambos sectores tienen el mismo nivel de mortalidad. Si alcanza, por ejemplo, el valor de 2,4, indica que un sector tiene una mortalidad equivalente a 2,4 veces la del otro sector, o lo que es lo mismo, que por cada 10 niños que mueren en el segundo, mueren 24 en el primero.

Otra cuestión a tener en cuenta es que si bien las metas de reducción de las diferencias involucran a 1990, 2000 y 2010, no siempre se dispone de información para dichos años. De hecho, en algunas ocasiones solo se cuenta con datos para años intermedios. Para estos casos, y a los fines de estimar el grado de avance en cuanto a la consecución de las metas, se asume el supuesto de que la reducción de la brecha debe ser a razón del 5% anual. Así por ejemplo: si se cuenta con información para los años 1996 y 2000, la brecha entre los mismos debería descender 20%; o bien, si se dispone de datos para los años 1990 y 2004, la brecha debería descender 70%.

Resultados

Antes de comenzar con el análisis, es importante subrayar que los valores de las tasas de mortalidad infantil, aun cuando se refieran a años pasados y se cuente con información para poder calcularlos o estimarlos, pueden diferir según el procedimiento que se utilice, ya que generalmente suelen practicarse correcciones como consecuencia de los problemas de subregistro de los que suele adolecer la mortalidad. De este modo, es posible que la valoración de que un país alcance, o no, una meta dependa del valor empleado para realizar la estimación.¹³

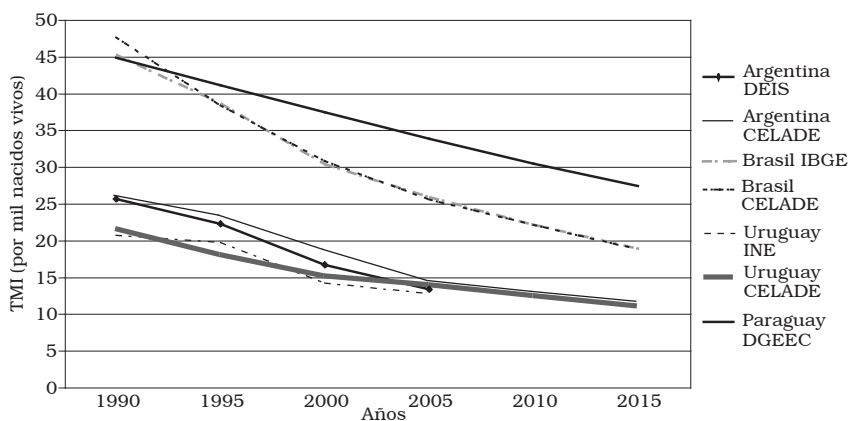
13 Esta aclaración intenta justificar las posibles diferencias en las conclusiones respecto a trabajos de otros autores, ya que es posible que ellas dependan de la fuente de datos utilizada.

Consideradas las anteriores aclaraciones, en el gráfico 1 se presenta el nivel y la tendencia de la mortalidad infantil en los cuatro países del Mercosur. De la lectura del mismo surgen distintas cuestiones. Una de ellas refiere al origen de los datos, puesto que no existen grandes diferencias entre las tasas calculadas con una u otra fuente. En efecto, las estimaciones oficiales de cada país coinciden en gran medida con las proporcionadas por el CELADE.

Otra cuestión se vincula con los niveles de mortalidad al comienzo del período analizado: en este sentido, se destaca que Paraguay y Brasil exhiben tasas que representan prácticamente el doble de las de Argentina y Uruguay (47,5 y 44,8 por mil nacidos vivos; y 25,8 y 21,4 por mil nacidos vivos, en ese orden). Esto guarda estrecha relación con la etapa de la transición demográfica por la que cada uno está atravesando: mientras que Paraguay y Brasil en los noventa están en las fases moderada y plena del proceso, respectivamente, Argentina y Uruguay transcurren por un estadio avanzado.

Por último, con relación a la tendencia, independientemente de la instancia de la transición demográfica en la cual se encuentren, se observa que todos los países están reduciendo sus niveles de mortalidad infantil desde 1990, año que coincide con la ratificación de la CDN. De manera que puede afirmarse el cumplimiento del principio de *avance y no retroceso*. Sin embargo, resta analizar si la reducción efectivamente lograda resulta suficiente para alcanzar las metas propuestas en las conferencias, tema que se aborda a continuación.

Gráfico 1. Países del Mercosur: evolución de la tasa de mortalidad infantil.
Por mil nacidos vivos. Período 1990-2015



Fuente: elaboración propia con base en datos de DEIS, IBGE, DGEEC, INE y CELADE.
Véase Anexo. Tabla 1.

Debido a que a comienzos de la década de los noventa los cuatro países del Mercosur presentan valores inferiores a 50 muertes por cada mil nacimientos, carece de sentido plantear alcanzar ese nivel, tal como lo proponen las metas de la CIPD y del Plan de Acción Regional, y menos aún alcanzar valores menores a 70 muertes por cada mil nacimientos, como se establece en la Cumbre Mundial de 1990 (véase tabla 1). De esta manera, las metas enunciadas pueden sintetizarse en las que se presentan en la tabla 2. Allí aparecen ordenadas según el año límite en el cual se debe alcanzar la meta y no respecto al año de celebración de la conferencia. Como se evidencia en la citada tabla, para identificarlas se acuerda en llamarlas Meta 2000, Meta 2010 y Meta 2015.

Tabla 2. Resumen adaptado a los países del Mercosur de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad de infantil y asociadas al principio de *avance y no retroceso*

<i>Plan de Acción</i>	<i>Meta resumida</i>
Declaración de 1990 Plan de Acción de la CIPD de 1994 Programa de Acción Regional de 1996	META 2000: Reducir entre 1990 y 2000 en una tercera parte la mortalidad infantil.
Un mundo apropiado para los niños (2002)	META 2010: Reducir entre 2000 y 2010 al menos en un tercio la mortalidad infantil.
ODM (2000)	META 2015: Reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil.

Fuente: elaboración propia.

Para determinar el cumplimiento de las metas, el trabajo se basa en las estimaciones del CELADE. Esto obedece a diferentes razones: la primera refiere a que, como se comentara, los valores entre las fuentes utilizadas no presentan prácticamente diferencias entre sí; la segunda, a que dicho organismo emplea criterios similares para el cálculo de las tasas de los distintos países, lo que facilita la comparación directa entre ellos; y la tercera, radica en que a diferencia de algunas fuentes que solo publican datos para fechas pasadas —tal el caso de la DEIS en Argentina—, el CELADE realiza proyecciones a futuro, y de esta forma permite aproximar el cumplimiento de las metas para los años 2010¹⁴ y 2015.

14 Si bien en la actualidad se ha superado el plazo límite establecido para la consecución de la Meta 2010, hasta el momento no se dispone de registros completos de mortalidad infantil para dicho año, por lo que se consideran tasas obtenidas a partir de proyecciones.

La tabla 3 presenta la evolución estimada de la mortalidad infantil para los países del Mercosur desde 1990 y la situación de estos frente al cumplimiento de las distintas metas. Esta última surge de comparar el nivel de la mortalidad efectivamente alcanzado con el que debería alcanzarse en función de la meta. La primera de ellas (la Meta 2000, que establece reducir la mortalidad en un tercio entre 1990 y 2000) constituye la única para la que existe información completa de mortalidad para los años que involucra. En este sentido, puede inferirse que, de los cuatro países del Mercosur, solo Brasil la alcanza dentro del plazo establecido para su concreción. Los restantes países, en cambio, si bien la consiguen, lo hacen de manera tardía (para el año 2000 Argentina está a 1,2 puntos de concretarla;¹⁵ en tanto que Paraguay y Uruguay están a 7,5 y 0,8 puntos de diferencia, respectivamente, entre el valor deseado y el estimado para ese año).¹⁶

De manera análoga, se estima si los países alcanzan la Meta 2010 —que propone reducir el nivel de la mortalidad infantil de 2000 en una tercera parte— y la Meta 2015 —que propone reducir el nivel de la mortalidad infantil de 1990 en dos tercios—. Si se comparan los valores calculados por el CELADE con los niveles requeridos para alcanzarlas, se puede decir que, en mayor o menor medida, los cuatro países necesitan acelerar la caída de sus tasas a los fines de cumplir con las metas propuestas (tabla 3).

Para analizar la reducción de las diferencias se consideran, en primer lugar, las zonas geográficas de cada país: regiones en Argentina y Brasil y departamentos en Paraguay y Uruguay. Los países del Mercosur presentan diferencias en el desarrollo no solo entre ellos, sino también al interior de los mismos, por lo que es posible concebir que esas inequidades se reflejen en las posibilidades de supervivencia de los niños que habitan en cada unidad territorial. Una primera lectura del gráfico 2 permite inferir que, si bien los niveles de mortalidad infantil disminuyen considerablemente en el período 1990-2010 en cada una de las zonas geográficas, puede observarse que las diferencias entre ellas no se reducen en forma significativa.

15 Se necesita que la tasa llegue a 17,2 por mil nacidos vivos y la misma llega a 18,4, lo que se traduce en una reducción del 28,4%, inferior a la del 33,3% que se propone en la meta.

16 En Paraguay, se requiere alcanzar una mortalidad infantil inferior a 29,9 por mil nacidos vivos y se llega a 37,4, lo cual implica una reducción de un 16,4%; y en Uruguay se establece como meta que la mortalidad infantil no supere los 14,2 por mil nacidos vivos cuando se estima en 15, lo cual representa una reducción del 29,3%.

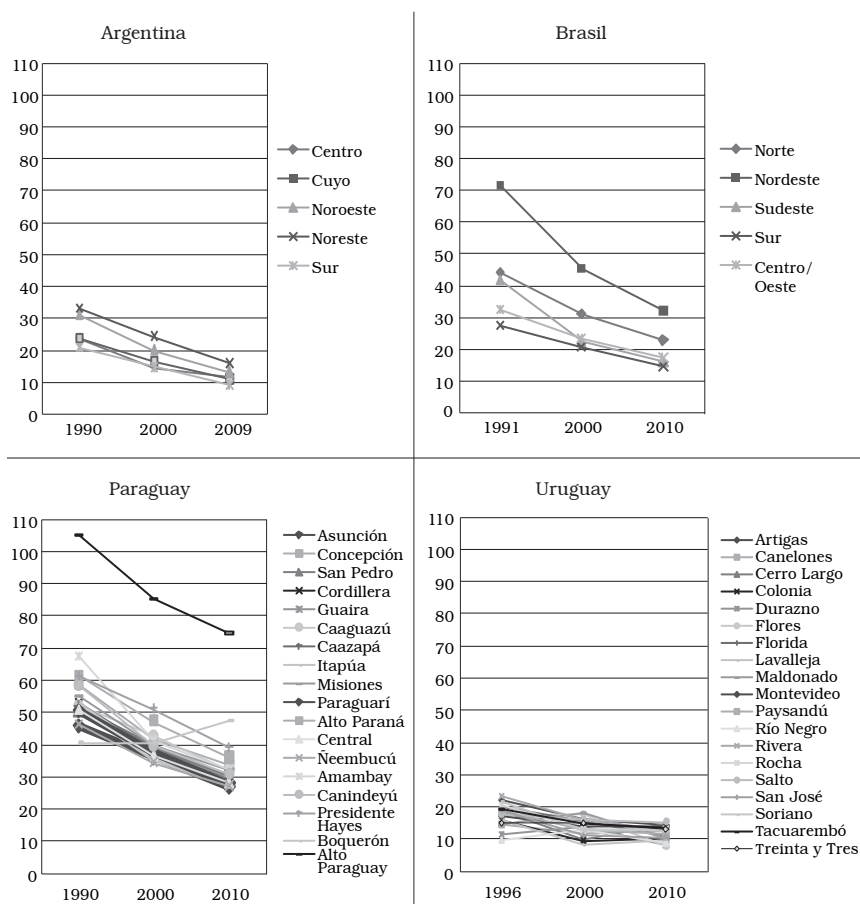
Tabla 3. Países del Mercosur: evolución de la tasa de mortalidad infantil y cumplimiento de las metas de reducción del nivel de la mortalidad infantil

<i>Año</i>	<i>Argentina</i>	<i>Brasil</i>	<i>Paraguay</i>	<i>Uruguay</i>
1990	25,8	47,5	44,8	21,4
1995	23,1	38,3	41,1	17,9
2000	18,4	30,7	37,4	15
2005	14,2	25,5	33,8	13,8
2010	12,7	22	30,4	12,3
2015	11,4	18,7	27,3	10,9
META 2000	17,2	31,6	29,9	14,2
META 2010	12,3	20,5	24,9	10
META 2015	8,6	15,8	12,5	7,1
<i>¿Alcanza la meta?</i>				
META 2000 (33,3%)	NO (28,4%)	SÍ (34,9%)	NO (16,4%)	NO (29,3%)
META 2010 (33,3%)	NO (30,8%)	NO (28,1%)	NO (18,5%)	NO (17,8%)
META 2015 (66,6%)	NO (55,3%)	NO (60%)	NO (35,8%)	NO (48,5%)

Fuente: elaboración propia con base en datos publicados por el CELADE.

Por su parte, la tabla 4 cuantifica las diferencias entre la región de mayor y la de menor mortalidad infantil de manera absoluta y relativa. Si se analizan las brechas en términos absolutos, se puede concluir que en los cuatro países se observa una tendencia al descenso, de manera que se estaría dando cuenta de un progreso en el cumplimiento del principio de *igualdad y no discriminación*. Sin embargo, sería insuficiente en los casos de Argentina, Brasil y Paraguay para alcanzar la reducción del 50% que establece el Plan de Acción Regional. En efecto, en la década de los noventa, en Argentina la brecha se reduce 2,5 puntos (es decir, cerca del 20,3%, al pasar de 12,3 a 9,8 por mil nacidos vivos); en tanto que en Brasil disminuye casi 20 puntos (que se traduce en el 44%, al descender de 44,1 a 24,7 por mil nacidos vivos); y en Paraguay cae 13,8 puntos (pasa de 64,6 a 50,8 por mil nacidos vivos, lo que representa una reducción aproximada del 22% de su valor inicial).

Gráfico 2. Países del Mercosur: evolución de la mortalidad infantil según regiones/ departamentos. Por mil nacidos vivos. Período 1990-2010



Fuente: elaboración propia con base en datos publicados por DEIS, IBGE, DGEEC e INE. Véase Anexo. Tablas 2, 3, 4 y 5.

Curioso y delicado es el caso de Uruguay, en el que la información disponible permite inferir que la meta se estaría alcanzando al registrarse un descenso de 3,9 puntos en el valor de la brecha entre los años 1996 y 2000 (de 13,8 a 9,9 por mil nacidos vivos, lo que se traduce en una reducción cercana al 30% para ese período). Sin embargo, la brecha disminuye, no como consecuencia de la caída más acelerada de la tasa en los departamentos de mayor mortalidad, sino

por el aumento de la misma en los departamentos de menor mortalidad, lo que implica una regresión y por lo tanto, un incumplimiento del principio de *avance y no retroceso*.

Con relación a la situación frente al cumplimiento de la meta del Plan de Acción de la CIPD, que establece eliminar las diferencias hacia el año 2010, a pesar del descenso paulatino que se registra en las brechas absolutas, los datos señalan que ninguno de los países lograría alcanzarla¹⁷ (tabla 4).

Tabla 4. Países del Mercosur: brechas en la mortalidad infantil según regiones/departamentos

Argentina				
<i>Año</i>	<i>Región de mayor mortalidad infantil</i>	<i>Región de menor mortalidad infantil</i>	<i>Diferencia</i>	
1990	Noreste 33,1	Sur 20,8	Absoluta 12,3	Relativa 1,59
2000	Noreste 24,3	Centro 14,5	Absoluta 9,8	Relativa 1,68
2009	Noreste 16	Sur 9,2	Absoluta 6,8	Relativa 1,74
Brasil				
<i>Año</i>	<i>Región de mayor mortalidad infantil</i>	<i>Región de menor mortalidad infantil</i>	<i>Diferencia</i>	
1991	Nordeste 71,5	Sur 27,4	Absoluta 44,1	Relativa 2,61
2000	45,2	20,5	24,7	2,20
2010	32,1	14,6	17,5	2,20
Paraguay				
<i>Año</i>	<i>Departamento de mayor mortalidad infantil</i>	<i>Departamento de menor mortalidad infantil</i>	<i>Diferencia</i>	
1990	Alto Paraguay 105,2	Boquerón 40,6	Absoluta 64,6	Relativa 2,59
2000	Alto Paraguay 85,3	Ñembucú 34,5	Absoluta 50,8	Relativa 2,47
2010	Alto Paraguay 74,7	Asunción 27	Absoluta 47,7	Relativa 2,77
Uruguay				
<i>Año</i>	<i>Departamento de mayor mortalidad infantil</i>	<i>Departamento de menor mortalidad infantil</i>	<i>Diferencia</i>	
1996	Rivera 23,5	Río Negro 9,7	Absoluta 13,8	Relativa 2,42
2000	Maldonado 18,3	Lavalleja 8,4	Absoluta 9,9	Relativa 2,18
2010	Salto 13,3	Flores 7,9	Absoluta 5,4	Relativa 1,68

Fuente: elaboración propia con base en datos publicados por DEIS, IBGE, DGEEC e INE.
Véase Anexo. Tablas 2, 3, 4 y 5.

17 Incluso, en el caso de Argentina, para la cual no se dispone de información para el año 2010, pero sí es posible observar la tendencia en la brecha.

Ahora bien, si la reducción de las brechas se analiza en términos relativos —a partir de la razón entre los niveles de mortalidad de las regiones de mayor y menor mortalidad—, los resultados son más alarmantes, e indican que no todos los países están reduciendo las disparidades a su interior. Más aún, a pesar de que algunos lo están logrando, ninguno de ellos concreta las metas.

En este sentido, tanto Brasil como Paraguay y Uruguay experimentan tendencias similares durante la década de los noventa, al reducirse la razón entre las regiones de mayor y menor mortalidad infantil. A partir del año 2000, comienzan a presentar diferencias en el comportamiento de las brechas. En efecto, en Brasil, la mortalidad infantil del nordeste equivale a 2,61 veces la del sur en 1991. Esto significa que por cada 10 niños que mueren en el sur, 26 mueren en el nordeste. En el año 2000 la razón alcanza un valor de 2,20, el cual permanece constante en 2010. En Paraguay, en cambio, si bien la brecha experimenta una caída entre 1990 y 2000 (en 1990, la mortalidad infantil de Alto Paraguay asciende a 2,59 veces la de Boquerón, en tanto que en 2000 la mortalidad de infantil de Alto Paraguay contiene 2,47 veces la de Ñeembucú), la misma se incrementa a 2,77 en 2010 (cuando nuevamente, Alto Paraguay, con la más alta tasa de mortalidad infantil, equivale a 2,77 veces la mortalidad de Asunción). Por último, en Uruguay, por cada 10 niños que mueren en el departamento Río Negro en 1996, mueren 24 en Rivera. En el año 2000, por cada 10 niños que mueren en Lavalleja, 22 mueren en Maldonado. Hacia el final del período considerado, la brecha continúa reduciéndose, ya que en 2010 por cada 10 niños que mueren en Flores, 17 mueren en Salto (tabla 4).

En Argentina, por su parte, lo que parece ser un descenso paulatino de las disparidades es en realidad un incremento en términos relativos. Así, en 1990 la razón entre la región noreste y el sur asciende a 1,59, es decir que mueren casi 16 niños en el noreste por cada 10 niños que mueren en el centro. En el 2000, si bien el nivel de la mortalidad es inferior, la brecha entre las regiones de mayor y menor mortalidad —noreste y centro, respectivamente— aumenta, al alcanzar la razón un valor de 1,68. En 2009, los aumentos continúan, al observarse una razón de 1,74 puntos entre las regiones noreste y sur (tabla 4).

La información disponible para Brasil y Paraguay posibilita realizar otros tipos de comparaciones entre sectores, tales como aquellos que resultan de las diferencias en la zona de residencia, el nivel educativo de la madre y la pertenencia étnica.¹⁸

El análisis de las disparidades en la mortalidad infantil según la zona de residencia (urbana y rural) aporta interesantes conclusiones (tabla 5). En Brasil, la diferencia absoluta entre el nivel de mortalidad infantil en la zona rural y el de la zona urbana experimenta un descenso de 3 puntos entre 1991 y 1996 (pasa de 25,9 a 22,9 por mil nacidos vivos). Este comportamiento, si bien implica una reducción cercana al 12% de las diferencias con respecto al inicio del periodo señalado, no permite el alcance de las metas planteadas en el Plan de Acción de la CIPD y en su adaptación para Latinoamérica y el Caribe.¹⁹ Por otra parte, si se observa la brecha en términos relativos, los resultados son menos alentadores puesto que, contrariamente a lo que se postula desde el marco de los derechos humanos, la misma sufre un incremento entre los años considerados (pasa de 1,32 a 1,54).

Tabla 5. Brasil y Paraguay: brechas en la mortalidad infantil según zona de residencia

Año	Zona de residencia		Diferencia	
	Urbana	Rural	Absoluta	Relativa
Brasil				
1991	81	106,9	25,9	1,32
1996	42,4	65,3	22,9	1,54
Paraguay				
1990	32,6	38,7	6,1	1,19
2004	28	31	3	1,11

Fuente: elaboración propia con base en datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD, <www.cepal.org/celade>.

18 Se deriva de la aplicación de métodos indirectos sobre los resultados obtenidos en los censos de población, cuyos cuestionarios incluyen preguntas que dan cuenta del grupo social de pertenencia y a partir de las cuales el CELADE genera indicadores que, a diferencia de los que tienen como fuente de información a las estadísticas vitales, poseen la ventaja de utilizar tanto en el numerador como en el denominador a la misma población. En el caso de Argentina, el Censo de Población, Hogares y Viviendas de 2001 incorpora una pregunta referida a la presencia de descendientes de indígenas en el hogar, que se aplica solo a los fines de conformar un marco de referencia para la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas que se realiza durante el período 2004-2005. En este país, el censo de población del 2010 contempla dos preguntas referidas a la pertenencia étnica (dirigidas a captar descendientes de indígenas y afrodescendientes, respectivamente). Para Uruguay está previsto incorporar una pregunta de características similares en el censo de 2011.

19 Debe recordarse que se adopta el criterio de un descenso de un 5% anual. El periodo 1991-1996 abarca 5 años, por lo que se considera que la meta se alcanzaría con un descenso del 25% en ese lapso.

En cuanto a Paraguay, la brecha en términos absolutos también se reduce de forma significativa, aunque sin llegar al 70% que debiera decaer en función de los años para los cuales se dispone de información: en efecto la misma pasa de 6,1 a 3 por mil nacidos vivos entre 1990 y 2004, disminuyendo en consecuencia 3,1 puntos. A su vez, si la lectura se realiza en términos de la brecha relativa, teniendo en cuenta las mismas fechas, tampoco se cumple la meta (al pasar la misma de 1,19 a 1,11 se produce una caída que apenas supera el 40%) (tabla 5).

Como indicador de grupos sociales,²⁰ es posible realizar estimaciones según el nivel educativo de la madre. A partir de los valores presentados en la tabla 6, se corrobora que las posibilidades de sobrevivencia del niño se incrementan cuanto mayor es aquel. En el caso de Brasil, la brecha absoluta entre la mortalidad infantil asociada a madres con mayor nivel educativo (secundaria completa y más) y la mortalidad registrada entre madres de nivel educativo más bajo (sin instrucción) cae 29 puntos entre 1991 y 1996, pasando de 90,2 a 61,2 por mil nacidos vivos. Esto se traduce en una reducción cercana al 32%, por lo que se estaría superando la meta del 25% prevista entre esos años.

Si se analiza en términos relativos, la educación de la madre es quizás la característica que pone en evidencia las mayores brechas. En efecto, en 1991 mueren 36 niños de madres sin instrucción por cada 10 niños de madres con nivel secundario o más. En 1996, 29 niños de madres sin instrucción mueren por cada 10 niños de madres con nivel secundario o más. No obstante lo alarmante de esta lectura, esta reducción del 27% de las diferencias también implica el alcance de la meta relacionada al principio de igualdad y no discriminación (tabla 6).

Tabla 6. Brasil y Paraguay: brechas en la mortalidad infantil según nivel de instrucción de la madre

<i>Año</i>	<i>Nivel de instrucción</i>			<i>Diferencia</i>	
	<i>Sin instrucción</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secundaria o más</i>	<i>Absoluta</i>	<i>Relativa</i>
Brasil					
1991	124,7	86,9	34,5	90,2	3,61
1996	93,2	58,1	32	61,2	2,91
Paraguay					
1990	52,2	39,1	22,9	29,3	2,28
1995	50	37	14	36	3,57

Fuente: elaboración propia con base en datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD, <www.cepal.org/celade>.

20 Según la mención específica de la meta del Plan de Acción Regional.

En Paraguay, la tendencia es diferente, ya que la brecha en términos absolutos entre la mortalidad infantil de madres con mayor y menor nivel de instrucción se incrementa en 6,7 puntos entre 1990 y 1995, al pasar de 29,3 a 36 por mil nacidos vivos, lo que se traduce en un retroceso. De igual modo, se registra un aumento de la brecha relativa, al ascender su valor de 2,31 a 3,61 entre 1990 y 1995 (tabla 6).

Una mención especial merecen los pueblos indígenas, ya que su existencia otorga a la región su carácter distintivo. A pesar del poco reconocimiento logrado, son muchos los pueblos que habitan en los países de América del Sur, donde cada uno presenta rasgos característicos. Sin embargo, comparten como común denominador un contexto sociopolítico donde la discriminación étnica determina su situación de pobreza y exclusión (Oyarce, *et al.*, 2009).

Tabla 7. Brasil y Paraguay: brechas en la mortalidad infantil según grupo étnico

Brasil				
Año	Grupo étnico		Diferencia	
	Indígena	No indígena	Absoluta	Relativa
1991	61,1	39,4	21,7	1,55
1996	39,7	26,7	13	1,49
Paraguay				
Año	Grupo étnico		Diferencia	
	Indígena	No indígena	Absoluta	Relativa
1992	96,2	45,8	50,4	2,10
2002	78,5	37,7	40,8	2,08

Fuente: elaboración propia con base en datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD, <www.cepal.org/celade>.

Nota: La población indígena se definió a partir del criterio de autoidentificación.

En el caso de Brasil, la brecha absoluta entre pueblos indígenas y no indígenas decrece cerca del 40% entre los años 1991 y 1996 (pasa de 21,7 a 13 por mil nacidos vivos), lo que indicaría un cumplimiento de la meta del Plan de Acción Regional. No ocurre lo mismo en términos relativos, ya que la reducción de la brecha en ese caso es tan solo del 11% (tabla 7).

En el caso de Paraguay, la brecha absoluta también registra un descenso (entre 1992 y 2002 pasa de 50,4 a 40,8 por mil nacidos vivos), que resulta insuficiente para cumplir con la reducción esperada del 50% entre los años para los cuales se dispone de información. Ocurre lo mismo en términos relativos, en donde la brecha registra una caída que no alcanza el 2% (tabla 7).

Conclusiones

Las muertes ocurridas en la infancia, en la medida en que son consecuencia de las (malas) condiciones en que las personas viven y de la inaccesibilidad a servicios de salud, representan la máxima expresión de violación al derecho a la salud y más aún, al derecho elemental a la vida. Tal es la importancia asignada a esta problemática en el mundo, que el objetivo de reducirla es planteado tanto en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 como en las conferencias internacionales celebradas con posterioridad a la misma. A ellas adhieren casi la totalidad de países, entre ellos, Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Estos se reconocen como los principales responsables de proteger la vida y el desarrollo de los niños por lo que asumen el compromiso de reducir las defunciones durante el primer año de vida y las brechas entre sectores sociales.

En este marco, la mortalidad infantil manifiesta una tendencia decreciente desde 1990 en todos los países de la región, la cual se produce en correlato con la etapa de la transición demográfica por la que cada uno de ellos está atravesando. A pesar de que este descenso implica que dichos países están respetando el principio de *avance y no retroceso* —esencial en el marco de los derechos humanos— cuando se aborda el cumplimiento de las metas específicas establecidas en las conferencias, la situación dista de ser alentadora.

En efecto, de los cuatro países analizados, Brasil es el único que cumple en el plazo estipulado la meta fijada para el año 2000, en tanto que ninguno de ellos estaría en condiciones de conseguir las metas propuestas para fechas posteriores. Se presenta entonces un primer desafío que consiste en emprender acciones tendientes a acelerar la caída de los niveles de mortalidad infantil, prestando especial atención al exceso de mortalidad atribuido a causas prevenibles.

En cuanto a las metas vinculadas a la disminución de las brechas entre sectores sociales, y por ende al principio de *igualdad y no discriminación*, la situación es más preocupante. No solo porque las diferencias se mantienen en valores inaceptables (más allá de que en algunos casos la meta se cumpla), sino porque la disponibilidad de información que permitiría comprobar la diferencia entre sectores es limitada, principalmente en el caso de Argentina y Uruguay. La simple carencia de información que revele la problemática de la desigualdad ante la muerte constituye en sí misma un indicador de la escasa importancia que los países otorgan al tema.

Situación diferente es la de Brasil, ya que los esfuerzos integrados de diferentes agencias en los últimos años están permitiendo mejorar

considerablemente sus estadísticas, lo que contribuye a hacer visibles las diferencias entre sectores sociales. En este sentido, si bien en el artículo no se utilizan los datos de la RIPS y el DATASUS, se reconoce que dichas fuentes están logrando importantes progresos en la disponibilidad de información.

Por todo lo expuesto, y a pesar de los avances que se evidencian en algunos casos, en los países del Mercosur se debe insistir en reducir otra brecha: la que existe entre las «intenciones» —que se reflejan en la legislación de cada uno de ellos y en la adhesión a los compromisos internacionales—, y las «acciones» que los mismos ejecutan y sus logros efectivos, implementando estrategias que prioricen a los sectores más postergados mediante una eficaz selección de políticas económicas y sociales.

Con referencia a las intenciones, los cuatro países han suscripto a la mayoría de los tratados internacionales de derechos humanos han desarrollado marcos legales que incorporan el enfoque de derechos, incluyendo su garantía y exigibilidad. Sin embargo, aún son insuficientes los esfuerzos en desarrollar acciones que, más allá de buscar alcanzar los valores planteados a partir de las obligaciones contraídas ante los organismos internacionales, procuren mejorar la calidad de vida de los niños de hoy y de las generaciones futuras.

Asimismo, se debe reconocer que existen serias limitaciones para llevar a la práctica estas acciones. La falta casi generalizada de información relativa a la situación de salud de sectores más carenciados, sumada a la escasa disponibilidad de recursos económicos y personal capacitado, constituyen un contexto complejo a la hora de definir políticas sanitarias y evaluar los resultados.

Por último, queda pendiente, entre otras cuestiones, el abordaje de las defunciones según causas evitables y no evitables (y la consecuente determinación de la proporción de muertes injustas), el estudio de los determinantes sociales de la salud y su injerencia en la mortalidad infantil y la lectura de las políticas públicas a la luz de los principios que rigen los derechos humanos. Ocuparse de estas y otras cuestiones, contribuiría no solo al tratamiento de la problemática, sino también al hallazgo de posibles soluciones.

Anexo

Tabla 1. Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay: evolución de la tasa de mortalidad infantil. Por mil nacidos vivos. Período 1990-2015

<i>Año</i>	<i>Argentina</i>		<i>Brasil</i>		<i>Paraguay</i>	<i>Uruguay</i>	
	<i>DEIS</i>	<i>CELADE</i>	<i>IBGE</i>	<i>CELADE</i>	<i>DGEEC/ CELADE</i>	<i>INE</i>	<i>CELADE</i>
1990	25,6	25,8	45,3	47,5	44,8	20,6	21,4
1995	22,2	23,1	38,6	38,3	41,1	19,6	17,9
2000	16,6	18,4	30,4	30,7	37,4	14,1	15
2005	13,3	14,2	25,9	25,5	33,8	12,7	13,8
2010	-	12,7	22,2	22	30,4	-	12,3
2015	-	11,4	18,9	18,7	27,3	-	10,9

Fuente: elaboración propia con base en datos de DEIS, IBGE, DGEEC, INE y CELADE.

Tabla 2. Argentina: evolución de la tasa de mortalidad infantil por región. Por mil nacidos vivos. Período 1990-2009

<i>Región</i>	<i>1990</i>	<i>2000</i>	<i>2009</i>
Centro	23,6	14,5	11,7
Cuyo	23,7	16,5	11
Noroeste	31	19,8	13,1
Noreste	33,1	24,3	16
Sur	20,8	14,8	9,2

Fuente: elaboración propia con base en datos publicados por DEIS.

Tabla 3. Brasil: evolución de la tasa de mortalidad infantil por región. Por mil nacidos vivos. Período 1991-2010

<i>Región</i>	<i>1991</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>
Norte	44,1	30,9	22,8
Nordeste	71,5	45,2	32,1
Sudeste	41,7	22,2	16,1
Sur	27,4	20,5	14,6
Centro-Oeste	32,4	23,3	17,3

Fuente: elaboración propia con base en datos publicados por IBGE.

**Tabla 4. Paraguay: evolución de la tasa de mortalidad infantil por departamento.
Por mil nacidos vivos. Período 1990-2010**

<i>Departamento</i>	<i>1990</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>
Asunción	45,9	36,1	27
Concepción	58,7	41,8	33,8
San Pedro	50,8	38,8	29,6
Cordillera	53,1	37,7	29,1
Guaira	52,5	38,1	29,9
Caaguazú	52,3	42,7	32,1
Caazapá	51,9	37,5	28,1
Itapúa	52	36,2	28,1
Misiones	55,2	39,9	32,2
Paraguarí	50,6	37,3	27,8
Alto Paraná	61,6	47,4	36,1
Central	50,9	36,6	28,3
Ñeembucú	46,4	34,5	27,2
Amambay	67,5	41,1	32,4
Canindeyú	58,5	39,7	30,9
Presidente Hayes	61,4	51,3	39,2
Boquerón	40,6	40,6	47,6
Alto Paraguay	105,2	85,3	74,7

Fuente: DGEEC.

**Tabla 5. Uruguay: evolución de la tasa de mortalidad infantil por departamento.
Por mil nacidos vivos. Período 1996-2010**

<i>Departamento</i>	<i>1996</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>
Artigas	22,3	16,4	14,5
Canelones	14,7	11,9	12,6
Cerro Largo	18,9	10	14,5
Colonia	16	9,5	9,8
Durazno	11,4	14	8,3
Flores	17,3	17,9	7,9
Florida	20,2	15,6	11,2
Lavalleja	16,1	8,4	9,7
Maldonado	14,5	18,3	10,3
Montevideo	17,3	14,5	14,1
Paysandú	19	12,7	11,7
Río Negro	9,7	13	9
Rivera	23,5	15,6	13
Rocha	20,7	13,3	13,2
Salto	17,9	15,7	15,3
San José	19	11	10,5
Soriano	21,8	12,9	13
Tacuarembó	19,5	14,6	13,6
Treinta y tres	15,1	15,2	13,2

Fuente: INE.

Bibliografía

- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (1996) *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas*, Santiago de Chile.
- (2005), «Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe», en *Serie Población y Desarrollo de la CEPAL* N° 58, Santiago de Chile.
- *Base de datos de estimaciones y proyecciones de población vigentes en el CELADE, Revisión 2008*, en <www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm>, acceso 19 de agosto de 2010.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Naciones, *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*, Santiago de Chile, en <www.eclac.org/_vti_bin/shtml.dll/celade/publica/lcg1920e/LC-G1920etodo.html/map>, acceso 15 de noviembre de 2008.
- Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, en <www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>, acceso 2 de mayo 2008.
- Departamento de Informática del Sistema Único del Ministerio de Salud de Brasil, *Indicadores de Salud*, en <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201> y <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>, acceso 18 de octubre de 2010.
- Dirección de Estadística e Información del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, *Anuarios 1990 a 2005*.
- DGEEC-CELADE (Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2005) *Proyección de la Población Nacional por Sexo y Edad, 2000-2050*, Fernando de la Mora, Paraguay.
- DGEEC (Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay) *Tasas de mortalidad infantil estimadas por departamento, años 1990, 2000 y 2005*.
- IBGE-UNFPA (2006), *Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Brasil 1991-2030*, Rio de Janeiro, en <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf>, acceso 12 de julio 2010.
- INE (Instituto Nacional de Estadística de Uruguay) *Tasas de mortalidad infantil a partir de 1990*, en <<http://www.ine.gub.uy>>, acceso 23 de agosto de 2010.
- *Censos 2011: Material de Lectura para Aspirantes*, en <<http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>>, acceso 7 de junio de 2011.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina, *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*, en <<http://www.indec.mecon.ar/webcenso/index.asp>>, acceso 7 de junio de 2011.
- Naciones Unidas (1990) «Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño», Cumbre Mundial a favor de la infancia, Nueva York, en <www.unicef.org/wsc/declare.htm>, acceso 23 de enero de 2009.
- (2003) «El desarrollo basado en un enfoque de los derechos humanos: hacia una comprensión colectiva entre las agencias de las Naciones Unidas» (5 pp.), Documento de trabajo, en <http://www.undp.org/governance/docs/HR_Guides_CommonUnderstanding_Sp.pdf>, acceso 15 de mayo de 2008.
- (2006) *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*, OACDH, Ginebra, Suiza, en <www.unfpa.org/derechos/documents/hrba_faq_sp.pdf>, acceso 23 de mayo de 2008.
- Naciones Unidas - Centro de Información, «Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994», en <www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm>, acceso 24 de febrero de 2009.

- Nyamu-Musembi, C. y Cornwall, A. (2004) «What is the «rights-based approach» all about? Perspectives from international development agencies», IDS Working Paper 234, en <www.handicap-international.fr/bibliographiehandicap/3ApprocheDroit/Approches/RBAIds.pdf>, acceso 18 de mayo de 2008.
- Oyarce, A., Pedrero, M. y Ribotta, B. (2009) *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos*, Santiago de Chile, CEPAL.
- Plan de Acción para la aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el decenio de 1990.*
- PNUD (2006), *Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Establecimiento de una relación*, Oslo, en <http://www.undp.org/oslocentre/docs08/mdg_spanish_web.pdf>.
- Red Interagencial de Información para la Salud - Organización Panamericana de la Salud (2008) *Indicadores básicos para la salud de Brasil: conceptos y aplicaciones*, Brasilia, en <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>, acceso 18 de octubre de 2010.