

La reducción de la mortalidad infantil en los países del mercosur: un análisis desde la perspectiva de los derechos humanos*

Eleonora Soledad Rojas Cabrera*

María Marta Santillán Pizarro^

Resumen

Muchas de las muertes en la niñez están relacionadas con la pobreza. Esta realidad pone en evidencia la desigualdad ante el derecho a la salud y a la vida. La preocupación por esta problemática es tal, que la reducción de la mortalidad infantil está contemplada en la Convención sobre los Derechos del Niño –la que Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay ratifican en 1990– y en numerosas conferencias internacionales basadas en los derechos humanos. El presente trabajo se propone indagar la evolución de la mortalidad infantil desde 1990 en estos países que integran el Mercosur, con una mirada de derechos humanos. Se utiliza información publicada por los institutos nacionales de estadística y por el Centro Latinoamericano de Población y Desarrollo (CEPAL/CELADE). Los resultados indican que se está avanzando en la reducción de la mortalidad infantil pero a un ritmo que no sería suficiente para alcanzar las metas fijadas en las conferencias. La mayor gravedad radica en las disparidades encontradas entre sectores geográficos y sociales, las cuales, a su vez, no se están reduciendo en pos de avanzar en el cumplimiento del principio de igualdad y no discriminación, fundamental en el marco de los derechos humanos.

* Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

*CEA (CONICET-UNC). Córdoba, Argentina. Correo electrónico: eleonorarojascabrera@gmail.com.

^CEA (CONICET-UNC) y Universidad Católica de Córdoba. Argentina. Correo electrónico: mm_santillan@yahoo.com.ar.

Introducción

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) y 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 sólo 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), primer instrumento internacional jurídicamente vinculante que incorpora toda la gama de derechos humanos, 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” (Tratado de Asunción:1).

De esta manera, los mencionados 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 puede clasificarse en la etapa de transición moderada; Brasil se encuentra en plena transición, con natalidad y mortalidad moderadas; mientras que Argentina y Uruguay tienen niveles de natalidad y mortalidad relativamente bajos, y 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 éstos se basan: *los estados como principales titulares de obligaciones, la igualdad y no discriminación y el avance y no retrocesión*¹. Dichos 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. Seguidamente, se analiza comparativamente entre países el grado de avance en el cumplimiento de los compromisos asumidos vinculados a los principios de *avance y no retrocesión e igualdad y no discriminación*. Por último, se exponen las conclusiones obtenidas.

La mortalidad infantil en la Convención sobre los Derechos del Niño y posteriores conferencias internacionales. El Enfoque Basado en los Derechos Humanos

Tal como se mencionara en la Introducción, la mortalidad infantil es una problemática reconocida internacionalmente, y se hace evidente en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Creada en 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. En lo que refiere específicamente a la mortalidad infantil, considerada un impedimento para la plena realización del derecho a la salud, en el Artículo 24 de la CDN 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, Art. 24, Inciso 2).

Se dijo además que la mortalidad infantil como motivo de preocupación de los estados no se encuentra contemplada únicamente en la CDN. Existen otros tratados y conferencias internacionales asumidos tanto por Argentina como por Brasil, Paraguay y Uruguay que, basados en los derechos reconocidos en el texto de la Convención y en los principios que considera, reafirman el compromiso de disminuir las defunciones que tienen lugar durante el primer año de vida; a saber:

¹ Estos principios se plantean en lo que se conoce como el Enfoque Basado en Derechos Humanos, y son explicados en el siguiente apartado.

- La Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990. El 30 de septiembre de ese año se reúnen 159 estados con el compromiso común de brindar a los niños un futuro mejor. Dicho encuentro da como resultado la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, documento que genera las directrices en la década de los noventa respecto a las políticas hacia la infancia en todo el mundo.
En esta declaración se reconoce que la mortalidad en los niños es extremadamente alta en el mundo, pero que puede ser reducida en forma drástica con los medios ya conocidos y de fácil acceso, para lo cual se establece una primera obligación que consiste en mejorar las condiciones de salud de todos los niños (Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, Punto 10). Se presenta entonces 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 Población y Desarrollo (CIPD), la cual es celebrada en septiembre de 1994 en la ciudad de El Cairo, y a la que asisten representantes de más de 180 estados. A partir de la consideración de que la población y el desarrollo están indisolublemente unidos, y que por lo tanto, entre otras cuestiones, deben tenerse en cuenta las necesidades de salud de la población, los Estados Parte establecieron un conjunto de metas orientadas a atenderlas, 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 confeccionado 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, tomándose como referencia los lineamientos de las conferencias precedentes, se definen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Éstos, 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 (SEFI), 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” en donde los gobiernos se comprometen a “poner en práctica, según proceda, leyes, políticas y planes de acción nacionales eficaces y asignar recursos para realizar y proteger los derechos de los niños y asegurar su bienestar” (UNICEF, 2007: 7).
En dicho encuentro se asume que tanto los gobiernos como las personas adultas están comprometidos con los principios establecidos en la CDN a la vez que se solicita a todos los miembros de la sociedad a contribuir a la promoción de una vida sana y lucha contra el SIDA; al acceso a una educación de calidad y a la protección de los niños contra los malos tratos, la explotación y la violencia. Asociado al primero de estos objetivos se insta a cuidar de todos los niños, evitando que alguno de ellos quede postergado y eliminando toda forma de discriminación.

Las citadas 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 sintetizados en el denominado Enfoque Basado en Derechos Humanos, 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 retrocesión*².

En primer lugar, que *los estados sean los principales titulares de obligaciones* refiere a 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 derechos³. Finalmente, el principio de *avance y no retrocesión* 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 el estado se constituye en el principal responsable, de manera que debe 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, debe procurar la reducción de las brechas entre sectores sociales.

Las metas planteadas en las conferencias internacionales referidas a la mortalidad infantil

A diferencia de los enunciados de la CDN, las citadas conferencias se caracterizan particularmente por incluir metas cuantificables, es decir, que indican la magnitud de la mejoría que debe lograrse en plazos concretos de tiempo. Dichas metas involucran a diversas problemáticas clave para incrementar los niveles de desarrollo, entre ellas, la mortalidad infantil. Al estar basadas en los derechos humanos, en las mismas es posible identificar los principios comentados. En la Tabla 1 se visualizan las metas relacionadas específicamente con la mortalidad infantil, organizadas en virtud de los principios a los cuales hacen referencia⁴.

² 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 de derecho; la rendición de cuentas y transparencia. Para más información, consultar la bibliografía de referencia (Nyamu-Musembi, Celestine y A. Cornwall, 2004; Naciones Unidas, 2003; Naciones Unidas, 2006).

³ En el caso de la CDN, este principio se expresa en el Artículo 2.

⁴ Cabe aclarar que en la tabla no se explicita el principio que refiere a los estados como principales titulares de obligaciones, ya que el sólo hecho de que asuman metas implica que se reconocen responsables de su consecución.

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 retrocesión* e *igualdad y no discriminación*

Conferencia y Plan de Acción (PA)	Metas vinculadas al principio de <i>avance y no retrocesión</i>	Metas vinculadas al principio de <i>igualdad y no discriminación</i>
Cumbre Mundial a favor de la infancia 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) 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) PA: Plan de Acción Regional	“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)	“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 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, es objetivo, ya que no especifica la magnitud de la reducción ni el plazo de tiempo previsto para su consecución.

Fuente: Elaboración propia.

Con relación a las metas asociadas al principio de *avance y no retrocesión*, 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 bajo⁵. De allí que los niveles de exigencia planteados por las conferencias en cuanto a reducción 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 plantean como objetivo la reducción de la desigualdad en los niveles de mortalidad infantil. Sin embargo, como se menciona más adelante, la única que propone metas cuantificables de reducción de las diferencias entre los distintos sectores geográficos, socioeconómicos, culturales o étnicos es el Plan de Acción Regional para Latinoamérica y el Caribe de 1996 que surge de la CIPD.

Las metas asociadas al principio de *avance y no retrocesión*

Antes de comenzar con el análisis, es importante subrayar que los valores de las tasas de mortalidad infantil, aún cuando se refieran a años pasados y se cuente con información para poder calcularlos o estimarlos, pueden diferir según el procedimiento de cálculo 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 de mortalidad infantil dependa del valor que se utilice para realizar la estimación⁶.

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 DGEEC conjuntamente con el 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.

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 Sus del Ministerio de Salud (DATASUS)⁷. 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, en este trabajo se decide no utilizarlas por diversos motivos. Uno de ellos es que las tasas publicadas constituyen el resultado de la aplicación de distintos métodos de estimación que dependen del año y la variable de desagregación elegida, lo que dificulta las comparaciones en el tiempo y el espacio, cuestiones claves en el artículo. Otro

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

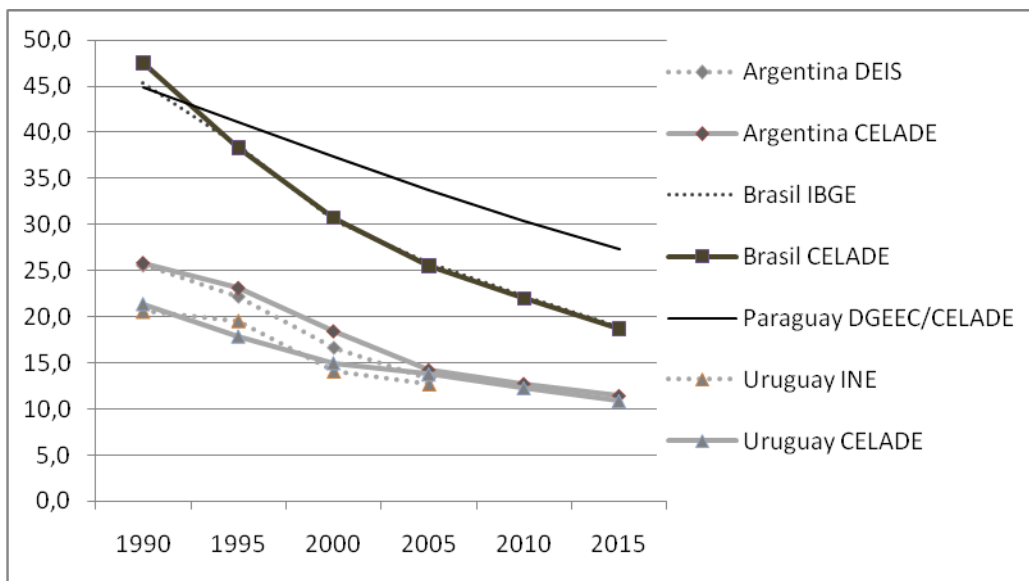
motivo radica en que la información está disponible para fechas posteriores al 1990, punto de partida para la mayoría de las metas consideradas⁸.

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 periodo 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 de dichos países 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 retrocesión*. 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. Periodo 1990-2015



Fuente: Elaboración propia con base en datos de DEIS, IBGE, DGECC, INE y CELADE.

⁸ La página web de RIPSAs ofrece datos desde 1997 en adelante, en tanto que la del DATASUS dispone de información a partir de 1994.

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. De esta manera, las metas enunciadas en la Tabla 1 pueden sintetizarse en las que se presentan en el 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 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 retrocesión

Plan de Acción	Meta resumida
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 motivos: el primero refiere a que, como se comentara, los valores entre las fuentes utilizadas no presentan prácticamente diferencias entre sí; el segundo, a que dicho organismo emplea el mismo criterio para el cálculo de las tasas de los distintos países, lo que facilita la comparación directa entre ellos; y el tercero, radica en que a diferencia de algunas fuentes que sólo publican datos para fechas pasadas –tal el caso de la DEIS en Argentina y el INE de Uruguay–, el CELADE realiza proyecciones a futuro, y de esta forma permite aproximar el cumplimiento de las metas para los años 2010 y 2015.

La Tabla 3 presenta la evolución estimada de la mortalidad infantil para los países del Mercosur desde 1990 y la situación de éstos 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 el cual en la actualidad se ha superado el plazo límite de cumplimiento. En este sentido, puede inferirse que, de los cuatro países del Mercosur, sólo Brasil la alcanza dentro el 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 concretarla⁹; 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 año¹⁰).

⁹ 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.

¹⁰ 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

Año	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay
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
¿Alcanza la meta?				
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.

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 para el futuro (Tabla 3).

Las metas asociadas al principio de *igualdad y no discriminación*

Además de la disminución del nivel de la mortalidad infantil, los citados planes de acción proponen reducir las brechas entre sectores geográficos, culturales y sociales. Esto se plantea, por un lado, debido 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.

América Latina ha sido clasificada en varios estudios de la CEPAL como “la menos equitativa del mundo” (CEPAL, 2006:178). Esta afirmación tiene su origen en las diferencias observadas

entre países, y fundamentalmente, al interior de los mismos. Éste es quizás el motivo por el que el único plan de acción que propone metas cuantificables y acotadas en el tiempo es el Plan de Acción Regional de 1996, reflejando la preocupación concreta de los organismos internacionales y de los gobiernos nacionales por mitigar las disparidades existentes. Los demás planes de acción, si bien establecen la reducción en las diferencias como objetivo, no dan precisiones respecto al “cuánto reducir” y en “cuánto tiempo”.

El Plan de Acción Regional de 1996 propone “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). Sin embargo, no especifica la manera de cuantificar dichas diferencias. En el presente trabajo se seleccionan 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.

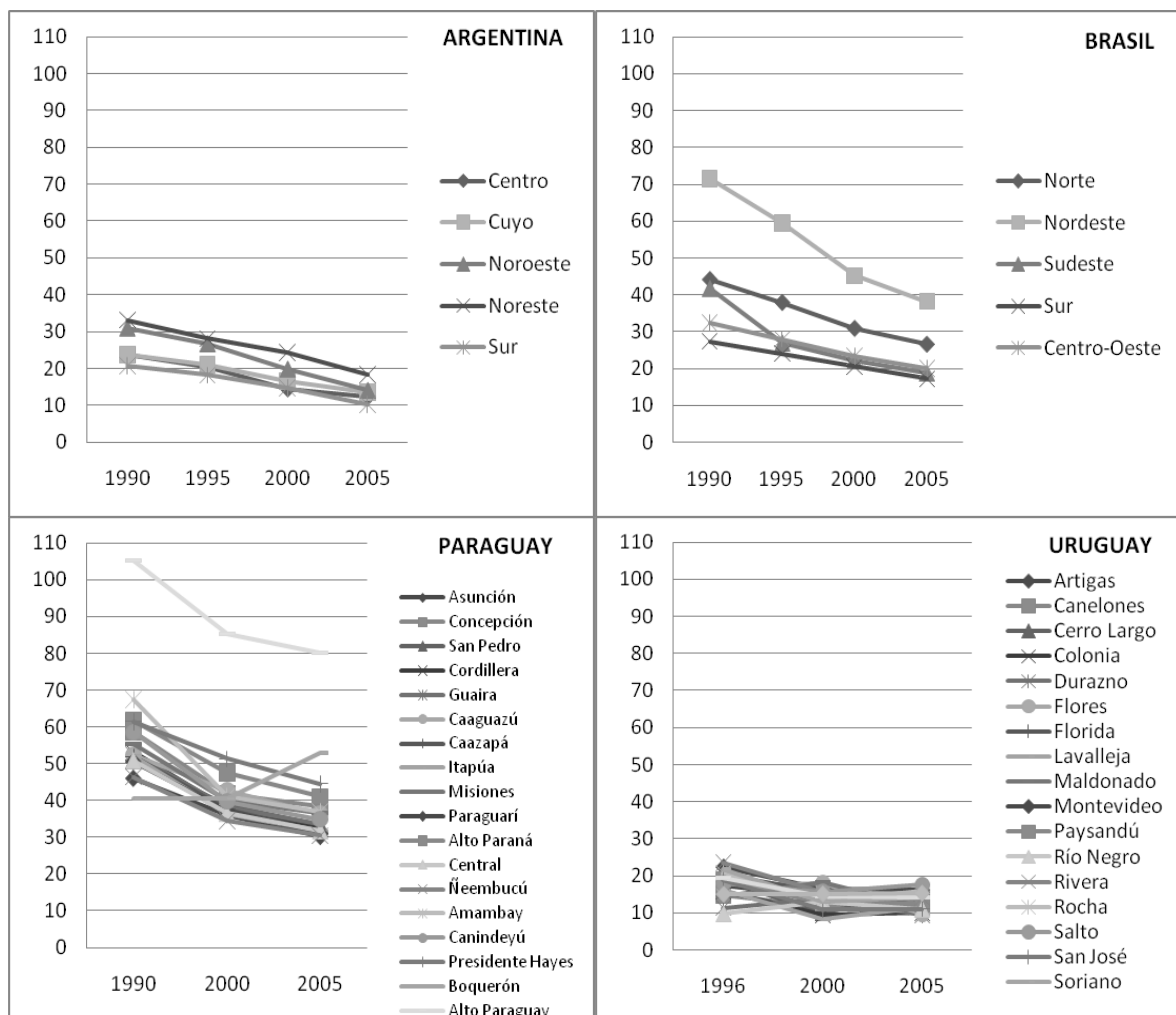
La segunda estrategia consiste en calcular la razón entre la mortalidad de los sectores de mayor y menor nivel, lo cual expresa la diferencia en términos relativos. Esto señalaría cuántas veces la mortalidad infantil de un sector es mayor/igual/inferior a la del otro. Cuando este indicador adquiere el 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 la reducción del 50% de las diferencias propuesta en el Plan de Acción Regional está prevista entre los años 1990 y 2000, no siempre se dispone de información para dichos años. De hecho, en algunas ocasiones sólo se cuenta con datos para años intermedios y en otras, para años posteriores al 2000. Para estos casos, y a los fines de estimar el grado de avance en cuanto a la consecución de la meta, 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 el 20%; o bien, si se dispone de datos para los años 1990 y 2004, la brecha debería descender el 70%.

Para analizar la disminución de las diferencias entre sectores geográficos, culturales y sociales se utilizan en el texto 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 elegidas (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.

El primer caso de análisis es el de 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 sólo 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 descendieron considerablemente en el periodo 1990-2005 en cada una de las zonas geográficas, puede observarse que las diferencias entre ellas no se redujeron en forma significativa.

Gráfico 2: Países del Mercosur. Evolución de la mortalidad infantil según regiones/departamentos. Por mil nacidos vivos. Periodo 1990-2005



Fuente: Elaboración propia con base en datos publicados por DEIS, IBGE, DGEEC e INE.
Ver Anexo. Tablas 1, 2 y 3.

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, entre 1990 y 2000, en Argentina la brecha se reduce 2,8 puntos (es decir, cerca del 33%, al pasar de 12,3 a 9,5 por mil nacidos vivos); en tanto que en Brasil disminuye casi en 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 del 22% de su valor inicial).

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

Argentina				
Año	Región de mayor mortalidad infantil	Región de menor mortalidad infantil	Diferencia	
	Noreste	Sur	Absoluta	Relativa
1990	33,1	20,8	12,3	1,59
2000	24,3	14,8	9,5	1,64
Brasil				
Año	Región de mayor mortalidad infantil	Región de menor mortalidad infantil	Diferencia	
	Nordeste	Sur	Absoluta	Relativa
1990	71,5	27,4	44,1	2,61
2000	45,2	20,5	24,7	2,2
Paraguay				
Año	Departamento de mayor mortalidad infantil	Departamento de menor mortalidad infantil	Diferencia	
1990	Alto Paraguay	Boquerón	Absoluta	Relativa
	105,2	40,6	64,6	2,59
2000	Alto Paraguay	Ñeembucú	Absoluta	Relativa
	85,3	34,5	50,8	2,47
Uruguay				
Año	Departamento de mayor mortalidad infantil	Departamento de menor mortalidad infantil	Diferencia	
1996	Rivera	Río Negro	Absoluta	Relativa
	23,5	9,7	13,8	2,43
2000	Maldonado	Lavalleja	Absoluta	Relativa
	18,3	8,4	9,9	2,18

Fuente: Elaboración propia con base en datos publicados por DEIS, IBGE, DGEEC e INE.
Ver Anexo. Tablas 1, 2 y 3.

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 aproximada del 30% para ese periodo). 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 retrocesión*.

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 alcanza la meta ya señalada.

En este sentido, tanto en Brasil, como en Paraguay y Uruguay, se observan tendencias similares, ya que la razón entre las regiones de mayor y menor mortalidad se reduce, aunque no significativamente. En efecto, en Brasil, la mortalidad infantil del Nordeste equivale a 2,61 veces la del Sur en 1990. Esto significa que por cada 10 niños que mueren en el sur, mueren 26 en el nordeste. En el año 2000 la razón alcanza un valor de 2,2. En Paraguay, la mortalidad infantil de Alto Paraguay asciende a 2,59 veces la de Boquerón en 1990 y llega a 2,47 en el 2000. 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 (Tabla 4).

En Argentina, por su parte, lo que parece ser un descenso de las diferencias 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 se mueren casi 16 niños en el Noreste por cada 10 niños que mueren en el Sur. En el 2000, si bien el nivel de la mortalidad es inferior, la brecha aumenta, ya que la razón alcanza un valor de 1,64 (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. El análisis de las disparidades en la mortalidad infantil según la zona de residencia (urbana y rural) aporta interesantes conclusiones (Tabla 5), ya que en el caso de Brasil, la variación de la brecha en términos absolutos permitiría alcanzar la meta planteada en el Plan de Acción Regional: la diferencia entre el nivel de mortalidad infantil en la zona rural y el registrado en la zona urbana, pasa de 25,9 a 7 por mil nacidos vivos, lo que implica una disminución de casi 19 puntos (27%¹¹ con respecto al valor de 1991). Sin embargo, si se analiza la brecha en términos relativos, la misma se mantiene prácticamente constante en el periodo considerado (13 niños de zonas rurales mueren por cada 10 niños de zona urbana).

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	21	28	7	1,33
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.

¹¹ 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 sociales¹², 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.

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

Año	Nivel de instrucción			Diferencia	
	Sin instrucción	Primaria	Secundaria o más	Absoluta	Relativa
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.

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).

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).

¹² Según la mención específica de la meta del Plan de Acción Regional.

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, Ana María, Pedrero, M. y Ribotta, Bruno, 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, entre otros países, Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, los cuales, además de integrar el Mercosur para el desarrollo económico conjunto, comparten la intención de reducir las defunciones durante el

primer año de vida, reconociéndose como principales responsables de lograr este objetivo y comprometiéndose, en consecuencia, a llevar a cabo todas las acciones necesarias para alcanzarlo.

En este marco, la mortalidad infantil ha manifestado una tendencia decreciente desde 1990 en todos los países de la región, la cual se ha producido en correlato con la etapa de la transición demográfica por la que cada uno de ellos 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). A pesar de que este descenso implica que dichos países están respetando el principio de *avance y no retrocesión* –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 sólo 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, se reconoce que dicha fuente está logrando importantes progresos en la disponibilidad de información.

Por todo lo expuesto, y a pesar de los avances que se evidencian –referidos tanto al descenso de la mortalidad infantil en términos generales como a la atenuación de ciertas disparidades y a las mejoras introducidas a los sistemas de información en el caso de Brasil–, en todos 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 y 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 éstas y otras cuestiones, contribuiría no sólo al tratamiento de la problemática, sino también al hallazgo de posibles soluciones.

Bibliografía de referencia

BOBADILLA, J. y LANGER, A.: La mortalidad infantil en México: un fenómeno en transición. En **Revista Mexicana de Sociología**, Vol. 52, N° 1, pp. 111-131: 1990.

CELADE. Base de datos de estimaciones y proyecciones de población vigentes en el CELADE. Revisión 2008. Disponible en Internet en: http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

_____ Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe. En: **Serie Población y Desarrollo** de la CEPAL N° 58. Santiago de Chile: 2005.

_____ **Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas.** Santiago de Chile: 1996.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - NACIONES UNIDAS. **Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo.** Santiago de Chile. Disponible en Internet en: http://www.eclac.org/_vti_bin/shtml.dll/celade/publica/lcg1920e/LCG1920e-todo.html/map.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. **Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos y sociales:** 2008. Disponible en Internet en: http://www.cidh.oas.org/pdf_files/Lineamientos_final.pdf.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DEL SUS DEL MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL: Indicadores de Salud. Disponibles en Internet en: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA. **Anuarios 1990 a 2005.**

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS DE PARAGUAY - CELADE. **Proyección de la Población Nacional por Sexo y Edad, 2000-2050.** Fernando de la Mora, Paraguay: 2005.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS DE PARAGUAY. Tasas de mortalidad infantil estimadas por departamento. Años 1990, 2000 y 2005.

FERRER, M. La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional. En **Serie Población y Desarrollo** de la CEPAL N° 60. Santiago de Chile: 2005.

HARRINGTON, M. **Implicancias del ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS (EBDH) para el diseño, implementación y evaluación de Políticas Públicas,** Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de Ciencia Política - SAAP, Universidad Nacional del Litoral y Universidad Católica de Santa Fe: 2009.

IBGE - UNFPA: **Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Brasil 1991-2030.** Rio de Janeiro: 2006.

IIDH - UNFPA: Derechos humanos en la agenda de población y desarrollo. Vínculos conceptuales y jurídicos, estándares de aplicación, San José de Costa Rica: 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DE URUGUAY: Tasas de mortalidad infantil a partir de 1990. Disponibles en Internet en: <http://www.ine.gub.uy>.

NACIONES UNIDAS. **Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño.** Cumbre Mundial a favor de la infancia. Nueva York: 1990. Disponible en Internet en: <http://www.unicef.org/wsc/declare.htm>.

NACIONES UNIDAS - CENTRO DE INFORMACIÓN. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994.** Disponible en Internet en: <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm>.

NACIONES UNIDAS. **El Desarrollo Basado en un Enfoque de los Derechos Humanos: Hacia una Comprensión Colectiva entre las Agencias de las Naciones Unidas** (pp. 5). Documento de trabajo: 2003. Disponible en Internet en: http://www.undp.org/governance/docs/HR_Guides_CommonUnderstanding_Sp.pdf.

_____ **Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo.** OACDH. Ginebra, Suiza: 2006. Disponible en Internet en: http://www.unfpa.org/derechos/documents/hrba_faq_sp.pdf.

OYARCE, A.M., PEDRERO, M. y RIBOTTA, B. **Salud Materno-Infantil de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos.** CEPAL. Santiago de Chile: 2009.

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. Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Establecimiento de una relación. Oslo, Noruega: 2006. Disponible en http://www.undp.org/oslocentre/docs08/mdg_spanish_web.pdf

RED INTERAGENCIAL DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: **Indicadores básicos para la salud de Brasil: conceptos y aplicaciones.** Brasilia: 2008. Disponible en Internet en: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>.

SANTILLÁN PIZARRO, M. M. **Construyendo el país desde los niños. Un sistema de indicadores de seguimiento de los compromisos asumidos por Argentina en la Convención sobre los Derechos del Niño en relación a la salud.** Proyecto de Investigación, Universidad Nacional de Córdoba (CEA-UE) y Universidad Católica de Córdoba (Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales). Córdoba, Argentina: 2009.

_____ **Grado de avance de las metas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo relacionadas a la salud en América Latina y el Caribe** (Versión sujeta a revisión). CELADE/CEPAL - UNFPA. Santiago de Chile: 2009. Disponible en Internet en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/37385/DDR4.pdf>.

TRATADO DE ASUNCIÓN DE 1991. Disponible en Internet en: http://www.mercosur.int/t_generic.jsp?contentid=655&site=1&channel=secretaria&seccion=2#social

UNICEF. **La infancia y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.** Nueva York: 2007.

_____ **Derechos del Niño. Seguimiento de la Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño.** Buenos Aires, Argentina: 2002a.

_____ **Un mundo apropiado para los niños y las niñas.** 2002b.

_____ **Convención sobre los Derechos del Niño: Aplicación.** Disponible en Internet en: http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30208.html

ANEXO

Tabla 1: Argentina y Brasil. Evolución de la tasa de mortalidad infantil por región.
Por mil nacidos vivos. Periodo 1990-2005

Brasil				
Años	1990	1995	2000	2005
Norte	44,1	37,9	30,9	26,6
Nordeste	71,5	59,4	45,2	38,2
Sudeste	41,7	27,0	22,2	18,9
Sur	27,4	24,1	20,5	17,2
Centro-Oeste	32,4	28,0	23,3	20,1
Argentina				
Años	1990	1995	2000	2005
Centro	23,6	20,3	14,5	12,3
Cuyo	23,7	21,0	16,5	13,5
Noroeste	31,0	26,7	19,8	14,0
Noreste	33,1	28,1	24,3	18,4
Sur	20,8	18,2	14,8	10,3

Fuente: Elaboración propia con base en datos publicados por DEIS e IBGE.

Tabla 2: Paraguay. Evolución de la tasa de mortalidad infantil por departamento.
Por mil nacidos vivos. Periodo 1990-2005

Departamento	1990	2000	2005
Asunción	45,9	36,1	30,2
Concepción	58,7	41,8	38,4
San Pedro	50,8	38,8	33,3
Cordillera	53,1	37,7	32,8
Guaira	52,5	38,1	33,7
Caaguazú	52,3	42,7	36,4
Caazapá	51,9	37,5	31,5
Itapúa	52,0	36,2	31,6
Misiones	55,2	39,9	36,5
Paraguarí	50,6	37,3	31,1
Alto Paraná	61,6	47,4	41,0
Central	50,9	36,6	31,8
Ñeembucú	46,4	34,5	30,4
Amambay	67,5	41,1	36,8
Canindeyú	58,5	39,7	34,9
Presidente Hayes	61,4	51,3	44,5
Boquerón	40,6	40,6	53,0
Alto Paraguay	105,2	85,3	80,2

Fuente: DGEEC.

Tabla 3: Uruguay. Evolución de la tasa de mortalidad infantil por departamento.
Por mil nacidos vivos. Periodo 1996-2005

Departamento	1996	2000	2005
Artigas	22,3	16,4	16,3
Canelones	14,7	11,9	13,7
Cerro Largo	18,9	10,0	15,3
Colonia	16,0	9,5	10,0
Durazno	11,4	14,0	9,4
Flores	17,3	17,9	9,8
Florida	20,2	15,6	11,1
Lavalleja	16,1	8,4	11,5
Maldonado	14,5	18,3	11,6
Montevideo	17,3	14,5	15,6
Paysandú	19,0	12,7	12,3
Río Negro	9,7	13,0	11,0
Rivera	23,5	15,6	14,2
Rocha	20,7	13,3	15,8
Salto	17,9	15,7	17,6
San José	19,0	11,0	11,1
Soriano	21,8	12,9	14,3
Tacuarembó	19,5	14,6	14,1
Treinta y tres	15,1	15,2	15,4

Fuente: INE.