

MONITOREO DE LOS COMPROMISOS ASUMIDOS EN TORNO A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LAS FUENTES OFICIALES DE INFORMACIÓN EN ARGENTINA Y BRASIL¹

*Eleonora Soledad Rojas Cabrera**

María Marta Santillán Pizarro♦

Ana Carolina Soares Bertho♥

Resumen

La mortalidad durante los primeros años de vida constituye una de las violaciones más graves a los derechos humanos. Por este motivo, la Convención sobre los Derechos del Niño insta a los Estados adherentes a implementar acciones para su efectiva reducción. Posteriormente, ciertas conferencias internacionales plantean metas específicas de reducción del nivel de la mortalidad de los niños menores de 5 años y de las brechas entre sectores sociales, culturales y geográficos, bajo el principio de que los derechos humanos son “para todos”.

Adherir a los anteriores compromisos supone que los Estados deben producir los datos necesarios para monitorear su cumplimiento, los cuales deben reunir determinadas condiciones: tener periodicidad suficiente (para hacer seguimiento en el tiempo); y posibilitar su desagregación en grupos (etarios, sociales, geográficos, culturales y étnicos), a fin de comparar e identificar los más postergados en el ejercicio de sus derechos. A su vez, deben utilizarse para la formulación de políticas, por lo que resulta esencial que contemplen la causa de muerte, a fin de distinguir aquellas evitables y fijar prioridades.

Una cuestión a destacar es que los datos deben ser publicados, de modo que los Estados cumplan con el principio de rendición de cuentas, igualmente fundamental en el marco de los derechos humanos.

En los casos de Argentina y Brasil, Estados que adhieren a los mencionados compromisos, la recopilación y sistematización oficial de los datos de mortalidad en la niñez competen a la Dirección de Estadística e Información de Salud de la Nación (DEIS) y al Sistema Único de Salud (SUS), respectivamente. A partir del análisis de los mismos, intentamos responder los interrogantes: ¿En qué medida la información registrada permite dar seguimiento a los compromisos asumidos? ¿Qué calidad presenta? ¿Cumple con los requisitos de periodicidad y desagregación? ¿Se respeta el principio de rendición de cuentas?

¹ Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012.

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

♦ CIECS (CONICET - UNC). Córdoba. Argentina. Correo electrónico: mm_santillan@yahoo.com.ar

♥ IFCH / UNICAMP. Campinas. Brasil. Correo electrónico: carolbertho@gmail.com

1. Introducción

La mortalidad en los primeros años de vida constituye una de las violaciones más graves a los derechos humanos. En este sentido, además de vulnerar plenamente el ejercicio del derecho a la salud, toda defunción que tiene lugar en esta etapa es consecuencia de la incapacidad para realizar otros derechos, tanto del niño como de su hogar de pertenencia. Por este motivo, los organismos de Naciones Unidas han desplegado un conjunto de acciones dirigidas a su atención como problemática, entre las cuales se incluye la formulación instrumentos de derechos humanos, que instan a los Estados que los incorporan a avanzar hacia su efectiva erradicación.

En razón de lo anterior, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989 establece que se deben implementar todas las acciones que sean necesarias para “*reducir la mortalidad infantil y en la niñez*” (CDN, Artículo 24, Inciso 2a). Dado que dicha convención presenta carácter legalmente vinculante, el incumplimiento de las obligaciones que emanan de su texto trae aparejada la posibilidad de su exigibilidad por vía judicial, al tiempo que responsabiliza a los Estados adherentes² ante la comunidad internacional (www.unicef.org/spanish/crc/). No obstante su capacidad de coerción, la CDN no determina niveles de mortalidad a alcanzar en plazos de tiempo definidos con miras a lograr, paulatinamente, la supresión las defunciones que ocurren en la niñez.

Con posterioridad a la creación de la CDN, ciertas conferencias internacionales basadas en los derechos consagrados en la misma avanzan respecto a las intenciones plasmadas en su texto al plantear metas específicas de reducción del *nivel* de la mortalidad de los niños menores de 5 años (tanto en términos generales como en relación a determinadas causas específicas de defunción) y de las *diferencias entre sectores sociales, culturales y geográficos*, bajo el principio de que los derechos humanos son “para todos”. Entre aquellas que fijan metas a cumplirse durante los dos primeros decenios del siglo XXI se encuentran: la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, la Cumbre del Milenio de 2000 y la Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002.

² Frente a un determinado tratado de derechos humanos, los Estados son libres de manifestar, o no, su adhesión al mismo. Si lo hicieren, mediante este acto asumen el compromiso de realizar los esfuerzos que se requieran para respetar, proteger y garantizar el ejercicio de los derechos contemplados en dicho tratado.

Adherir a la CDN y a las ulteriores conferencias supone, además del diseño y la implementación de medidas adecuadas, que los Estados produzcan los datos necesarios para monitorear el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos. En este sentido, cabe destacar que el Artículo 44 de la CDN establece que los Estados que la ratifican deben presentar informes periódicos al Comité de los Derechos del Niño³ “sobre las medidas que hayan adoptado para dar efecto a los derechos reconocidos en la Convención y sobre el progreso que hayan realizado en cuanto al goce de esos derechos” (CDN, Artículo 44).

En el caso de la mortalidad en la infancia, y tal como se presenta en el siguiente apartado, los datos deben reunir determinados requisitos: por un lado, contar con la periodicidad suficiente para permitir el seguimiento en el tiempo de los compromisos asumidos; por otro lado, posibilitar su desagregación en grupos (etarios, sociales, geográficos, culturales y étnicos) a fin de comparar e identificar aquellos más postergados en el ejercicio de sus derechos. Al mismo tiempo, resulta esencial que los mismos contemplen la causa de muerte, a los efectos de distinguir aquellas que son evitables y fijar prioridades para la formulación de políticas dirigidas a contrarrestarlas.

Otra cuestión a destacar es que los datos deben ser publicados, de modo que los Estados cumplan con el principio de *rendición de cuentas y transparencia*, igualmente fundamental en el marco de los derechos humanos. Esta condición incrementa la capacidad analítica de los interesados en cuanto a la garantía de los derechos de los niños, y permite, a su vez, detectar situaciones en las cuales tales derechos no son ejercidos con igualdad de oportunidades.

En los casos de Argentina y Brasil, Estados que adhieren tanto a la CDN como a las mencionadas conferencias, la recopilación y sistematización oficial de los datos de mortalidad en la niñez competen principalmente a la Dirección de Estadística e Información de Salud de la Nación (DEIS) y al Sistema Único de Salud (SUS), respectivamente. No obstante, existen otros organismos oficiales (nacionales e internacionales) que publican informes y series estadísticas sobre la temática, en ocasiones, con miras a completar faltantes de información que se producen en las citadas reparticiones. En este contexto, en el presente documento se realiza un análisis de

³ El Comité de los Derechos del Niño constituye el órgano de vigilancia que la CDN establece para el monitoreo de las obligaciones contraídas mediante su adhesión. Integrado por diez expertos en las esferas reguladas por la mencionada Convención, requiere la presentación del primer informe por parte de los Estados adherentes en el plazo de dos años a partir de la entrada en vigencia de la misma y, en lo sucesivo, cada cinco años (CDN, extraído de artículos 43 y 44).

las estadísticas oficiales que refieren a la realidad de cada país a fin de identificar las posibilidades que brindan las fuentes de información disponibles para *dar seguimiento a los compromisos asumidos*. *En un sentido más específico, se intenta conocer en qué medida los datos relevados cumplen con los requisitos de calidad, periodicidad, desagregación (en grupos específicos de población y en causas de mortalidad) y publicación, a fin de contribuir tanto al monitoreo de los mencionados compromisos como al diseño de medidas tendientes a lograr su consecución.*

A continuación, se detallan los objetivos y metas comprometidos en torno a la reducción de la mortalidad en los primeros años de vida a partir de la adhesión a la CDN y a las posteriores conferencias por parte de Argentina y Brasil. Al mismo tiempo, se exponen los requerimientos que los mencionados instrumentos establecen en cuanto a la preparación y presentación de los datos necesarios para el seguimiento de dichas obligaciones. Seguidamente, se precisan las fuentes de información y la metodología utilizadas para dar alcance a los objetivos señalados en el párrafo anterior. Posteriormente, se presentan los resultados y, por último, las conclusiones.

2. Los compromisos asumidos en relación a la mortalidad en la niñez y los requisitos que deben reunir los datos para el seguimiento de los mismos

En la introducción se anticipa que, entre las problemáticas que potencian los factores de vulnerabilidad de los niños y que comprometen los derechos reconocidos en la CDN, la mortalidad en la niñez emerge como una de las principales. Tal como lo precisa el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés):

Los niños pertenecientes a los hogares más pobres tienen menos posibilidades de sobrevivir que el resto. Ello se refleja en las tasas de mortalidad infantil, que generalmente son más elevadas en los sectores más postergados (UNICEF, 2007: 17).

La afirmación de UNICEF adquiere mayor relevancia especialmente en América Latina, categorizada como la región “menos equitativa del mundo” (CEPAL, 2006: 178), en función de las disparidades observadas entre los países, y fundamentalmente, al interior de los mismos. En efecto, si bien en las últimas décadas los Estados latinoamericanos redujeron significativamente las tasas de mortalidad en la niñez, dicho logro dista de ser equitativo entre los distintos grupos sociales y regiones geográficas.

Realidades como la de América Latina obligan a tener en cuenta que, para lograr la plena realización de los derechos de los niños, no basta disminuir el nivel de las defunciones en términos generales, sino que, además, los Estados deben priorizar a los sectores más desfavorecidos, a fin de garantizar el acceso universal a tales derechos con justicia social. En este sentido, se torna fundamental el papel que desempeñan las conferencias internacionales que refuerzan los “vagos” enunciados de la CDN, al plantear metas cuantificables que refieren a la reducción del nivel de la mortalidad en los primeros años de vida –esto es, que establecen cuánto reducir en un determinado lapso de tiempo- y, al mismo tiempo, precisar metas de reducción de las diferencias en los niveles de mortalidad en esos mismos años. De igual manera, algunas de ellas refieren a causas específicas de muerte evitables, relacionada con la presencia de condiciones de vida inadecuadas.

Argentina y Brasil adhieren tanto a la CDN como a las posteriores conferencias ya mencionadas, por lo que demuestran la intención de avanzar en el logro de los derechos de los niños y en particular, en la reducción de la mortalidad en la niñez. En este sentido, ambos países evidencian un notable descenso de los niveles de mortalidad durante los primeros años de vida a partir de 1990, tal como lo indican las estimaciones y proyecciones confeccionadas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (Revisión 2011). De acuerdo a esta fuente de información, en Argentina, las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años parten de valores equivalentes a 24,4 y 28,2 por mil nacidos vivos, en ese orden, en el quinquenio 1990-1995, los cuales registran un descenso paulatino en el tiempo hasta llegar a 13,4 y 17,4 por mil nacidos vivos, respectivamente, en el quinquenio 2005-2010. En Brasil, por su parte, dichas tasas describen una tendencia similar, aunque con valores superiores a los de Argentina; concretamente: mientras que en el quinquenio 1990-1995, las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años son iguales a 42,5 y 54 por mil nacidos vivos, respectivamente; en el quinquenio 2005-2010, éstas adquieren valores equivalentes a 23,5 y 33,2 por mil nacidos vivos, en ese orden.

No obstante los esfuerzos realizados por Argentina y Brasil para reducir el nivel de mortalidad en la niñez, no resulta posible inferir el cumplimiento de todos los compromisos asumidos ante la comunidad internacional. Tal como lo afirman Santillán Pizarro y Rojas Cabrera (2011), si bien tiene lugar un descenso considerable en el nivel de la mortalidad durante los

primeros años de vida (las autoras analizan el caso puntual de la mortalidad infantil), el ritmo al que éste se produce resulta insuficiente para alcanzar las metas propuestas en las conferencias. Más aún, las diferencias entre sectores sociales continúan siendo significativas, sobre todo en el caso de Argentina, en la cual se registra un incremento de las disparidades a nivel regional en el periodo 1990-2000.

Una cuestión igualmente importante destacada en la investigación de las autoras mencionadas refiere a las restricciones en relación a la disponibilidad de información desagregada. Tal como es señalado, ello podría interpretarse como una muestra de la escasa importancia que los mencionados países otorgan a la problemática de la equidad (Santillán Pizarro y Rojas Cabrera, 2011). A partir de estas conclusiones, este trabajo se propone sistematizar las limitaciones de las fuentes de información existentes para el monitoreo de las obligaciones contraídas en el ámbito internacional en lo concerniente a la mortalidad durante los primeros años de vida. Con miras a contribuir al alcance de este objetivo, los párrafos a continuación explicitan tales compromisos y los requisitos que deben cumplir los datos para dar seguimiento a los mismos.

Concretamente, los compromisos internacionales asumidos por Argentina y Brasil a los que se hace referencia se resumen de la siguiente manera⁴:

-El texto de la CDN, en particular, el Artículo 24 que hace referencia al derecho a la salud.

-Las metas de los planes de acción de las siguientes conferencias: la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 (Programa de acción de la CIPD); la Cumbre del Milenio de 2000 (Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM) y la Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002 (Un Mundo Apropiado para los Niños - UMAN).

⁴ Cabe aclarar que en el presente trabajo se consideran únicamente aquellas conferencias cuyos planes de acción establecen objetivos y metas a cumplirse en años posteriores a 2000, ya que refieren a compromisos actuales. Por ese motivo no se tienen en cuenta, por ejemplo, las metas referidas a la mortalidad en los primeros años de vida establecidas en el marco de al Cumbre Mundial a favor de la Infancia de 1990, conferencia a la cual adhieren tanto Argentina como Brasil, y en que se precisan metas a conseguirse en el transcurso del decenio de 1990.

-Los exámenes del Comité de los Derechos del Niño a los informes periódicos presentados por los Estados⁵. En particular, se analizan los exámenes a los segundo, tercero y cuarto informes presentados por Argentina⁶.

En la Tabla 1 se resumen los compromisos que refieren a la mortalidad en la niñez. Ellos se clasifican en tres subtablas. La primera refiere a los objetivos y metas de reducción del nivel de la mortalidad en la niñez en términos generales a nivel país como un único agregado. La segunda, a las metas relacionadas con los compromisos vinculados a la reducción de las inequidades y por último, la tercera se asocia a causas específicas de muerte.

Puede observarse que todos los planes de acción de las conferencias señaladas plantean metas cuantificables para la reducción del nivel general de la mortalidad infantil; en lo que refiere a las metas de reducción de brechas, las distintas conferencias hacen énfasis en diferentes cuestiones: a la CIPD le preocupan las disparidades entre regiones geográficas, grupos étnicos y socioculturales. A la Sesión especial a favor de la infancia le preocupan las diferencias al interior del país y las niñas. Específicamente en Argentina, si bien los ODM no plantean metas relacionadas a las desigualdades a nivel internacional, el país incorpora en el marco de este plan de acción una meta propia de reducción de desigualdades entre provincias⁷ (<http://www.politicassociales.gov.ar/odm/odm5.html>). Por último, al Comité de los Derechos del Niño le preocupan las diferencias en la mortalidad de este país entre grupos socioeconómicos,

⁵ Retomando lo comentado en la introducción acerca del Artículo 44 de la CDN, los Estados deben rendir informes periódicos sobre las medidas adoptadas y sobre los logros alcanzados en relación a los compromisos asumidos mediante su ratificación. Dichos informes son entregados al Comité de los Derechos del Niño, órgano de vigilancia de la CDN, quien, luego de una exhaustiva evaluación, entrega a cada Estado lo que se conoce como los *exámenes de los informes finales presentados por los Estados parte en virtud del Artículo 44 de la Convención*. En dichos exámenes el Comité señala los motivos de preocupación y formula recomendaciones específicas para cada país. De esta manera, dichos exámenes se distinguen de las conferencias por ser compromisos internacionales o “llamadas de atención” específicas para cada Estado en particular.

⁶ A la fecha, Argentina ha presentado cuatro informes al Comité de los Derechos del Niño (el primero, en el año 1994; el segundo en 1999; y el tercero y cuarto combinados en 2008). Brasil, por su parte, ha rendido un único informe en el año 2003. La totalidad de los informes provenientes de ambos países ha recibido una evaluación por parte del mencionado Comité. Sin embargo, dado que los exámenes del primer informe presentado por Argentina y del correspondiente Brasil no incluyen recomendaciones concretas con relación a la problemática de la mortalidad en los primeros años de vida (a pesar de incorporar observaciones sobre el estado de salud de los niños y el acceso a los servicios sanitarios), no se consideran en este trabajo.

⁷ Brasil, por su parte, si bien incorpora metas de reducción de las disparidades en algunos planes de acción diseñados a nivel nacional (como por ejemplo, las derivadas del “Compromiso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal - Mortalidade Infantil” en el marco del “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal” de 2004) no lo hace como incorporación directa a ninguna de las conferencias internacionales señaladas. Por este motivo, dichas metas no son consideradas en este documento.

geográficos y étnicos, además de la mortalidad neonatal, tal como se desprende de los exámenes de los últimos informes presentados por los Estados.

Asimismo, a nivel de planes de acción que emanan de las conferencias, el único que refiere a causas de muerte es “Un mundo apropiado para los niños” de la Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002. En él se plantean metas específicas para reducir la mortalidad en la niñez como consecuencia de diarrea, de infecciones de las vías respiratorias y la debida a sarampión y tuberculosis. Especialmente, en Argentina, estas metas se complementan con un objetivo que surge como consecuencia de una observación particular efectuada por el Comité de los Derechos del Niño al informe que el país presenta en 1999 para el monitoreo de las obligaciones asumidas mediante la adhesión a la CDN. La misma precisa que el Estado debe reducir el nivel de la mortalidad infantil por causas evitables (Comité de los Derechos del Niño, 2002, Examen del 2º Informe presentado por Argentina en virtud del Artículo 44 de la CDN, Apartado 46, parte).

Tabla 1: Resumen y adaptación para Argentina y Brasil de los compromisos(*) asumidos para años posteriores a 2000 en la CDN, las conferencias internacionales y la devolución de los informes remitidos al Comité de los Derechos del Niño vinculados con la reducción de la mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años.

Tabla 1.a. Compromisos vinculados a la reducción del nivel general de la mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años

Compromiso asumido a nivel internacional	Adaptación Argentina	Adaptación Brasil
"Los Estados Parte"..."adoptarán las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil y en la niñez". (Artículo 24, Inciso 2.A, Convención sobre los Derechos del Niño de 1989).	Reducir la tasa de mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años (**).	
"Reducir (en el transcurso del decenio de 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, Plan de Acción " Un mundo apropiado para los niños ", Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002).	Reducir en un tercio la tasa de mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años entre 2000 y 2010.	
"Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años". (Meta 4.A, Plan de Acción " Objetivos de Desarrollo del Milenio ", Cumbre del Milenio de 2000).	Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015.	
"El Comité toma nota de que han bajado las tasas de mortalidad de lactantes, infantil (...), pero le preocupa que esas tasas se mantengan altas (...)". (Apartado 46, parte, Examen del 2º informe presentado por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del Artículo 44 de la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, 2002).	Reducir la tasa de mortalidad infantil.	
"(...) el Comité expresa preocupación por la tasa constantemente elevada de mortalidad (...) neonatal" (Apartado 58, parte, Examen de los 3º y 4º informes presentados por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del Artículo 44 de la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, 2010).	Reducir la tasa de mortalidad infantil neonatal.	

Tabla 1.b. compromisos vinculados a la reducción de las diferencias entre sectores geográficos y sociales (*)**

Compromiso asumido a nivel internacional	Adaptación Argentina	Adaptación Brasil
<p>"Durante los próximos 20 años, mediante la cooperación internacional y los programas nacionales, debería reducirse sustancialmente la diferencia entre las tasas medias de mortalidad de lactantes y niños pequeños en las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo y eliminarse las disparidades (en la mortalidad de lactantes y niños pequeños) 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 y de niños menores de 5 años de dichas poblaciones fuesen iguales que en la población en general". (Apartado 8.16, parte, Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994).</p>	<p>Eliminar, entre 1994 y 2014, las disparidades en la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos.</p> <p>Igualar los niveles de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años de la población indígena a los de la población general.</p>	
<p>"Fomentar (en el transcurso del decenio 2000-2010) 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 37.4, Plan de Acción "Un mundo apropiado para los niños", Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002).</p>	<p>Eliminar, entre 2000 y 2010, las diferencias en la mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años al interior del país. Eliminar el exceso prevenible de mortalidad infantil y menores de 5 años en las niñas (****).</p>	
<p>"Reducir (entre 1990 y 2015) en un 10% la desigualdad (de la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años) entre provincias" (2° Meta, Objetivo 5, Incorporación de Argentina en el marco de la adhesión al Plan de acción "Objetivos de Desarrollo del Milenio", Cumbre del Milenio de 2000).</p>	<p>Reducir, entre 1990 y 2015, en un 10% la desigualdad entre provincias.</p>	
<p>"(Al Comité) le preocupa que (...) (se) presenten grandes diferencias (en la mortalidad infantil), en particular en lo que respecta a los niños de extracción humilde, los que viven en las zonas rurales, especialmente en las provincias norteñas, y los niños indígenas" (Apartado 46, parte, Examen del 2° informe presentado por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del Artículo 44 de la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, 2002).</p>	<p>Reducir las diferencias de la mortalidad infantil entre grupos socioeconómicos, geográficos (zonas de residencia y provincias) y étnicos.</p>	
<p>"(...) el Comité expresa preocupación por la tasa constantemente elevada de mortalidad (...) neonatal, en particular en ciertas provincias" (Apartado 58, parte, Examen de los 3° y 4° informes presentados por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del Artículo 44 de la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, 2010).</p>	<p>Reducir las diferencias en la mortalidad neonatal a nivel de provincias.</p>	

Tabla 1.c. compromisos vinculados a la reducción de la mortalidad por causas específicas

Compromiso asumido a nivel internacional	Adaptación Argentina	Adaptación Brasil
"El Comité (...).también toma nota de que de diez muertes de lactantes seis podrían evitarse con medidas de bajo costo" (Apartado 46, parte, Examen del 2° informe presentado por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del Artículo 44 de la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, 2002).	Reducir la tasa de mortalidad infantil evitable .	
"Reducir a la mitad las muertes causadas por el sarampión para el año 2005". (Apartado 37.7, parte, Plan de Acción " Un mundo apropiado para los niños ", Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002).	Reducir a la mitad las muertes causadas por el sarampión entre 2000 y 2005.	
"Reducir en una tercera parte la mortalidad debida a las infecciones agudas de las vías respiratorias ". (Apartado 37.11, parte, Plan de Acción " Un mundo apropiado para los niños ", Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002).	Reducir en un tercio las muertes debidas a las infecciones agudas de las vías respiratorias entre 2000 y 2010.	
"Reducir a la mitad la mortalidad causada por diarrea entre niños menores de 5 años ". (Apartado 37.11, parte, Plan de Acción " Un mundo apropiado para los niños ", Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002).	Reducir a la mitad las muertes de los niños menores de 5 años causadas por diarrea entre 2000 y 2010.	
"Reducir a la mitad las muertes causadas por la tuberculosis ". (Apartado 37.11, parte, Plan de Acción " Un mundo apropiado para los niños ", Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002).	Reducir a la mitad las muertes causadas por la tuberculosis entre 2000 y 2010.	

(*) Aclaraciones: a) Las tablas incluyen compromisos que hacen mención específica de la reducción de las muertes. Excluye aquellos que comprenden la morbilidad, como por ejemplo, los que instan a erradicar o a reducir la incidencia de algunas patologías en periodos determinados. b) Los objetivos y las metas consignados en las tablas están organizados en función del plazo establecido para su concreción y no en función del año de celebración de la convención o conferencia.

(**) Si bien la CDN establece la reducción de la mortalidad en la niñez, la cual comprende a todas las personas menores de 18 años, este trabajo abarca sólo a los menores de 5 años. Por este motivo, el objetivo es adaptado.

(***) Si bien la CDN no establece un objetivo o meta específico que refiera a la reducción de las diferencias en el nivel de la mortalidad en la niñez, en el Artículo 2 establece que el ejercicio de todos los derechos consagrados en su texto debe ser asegurado en condiciones de igualdad sin discriminación de ninguna índole.

(****) Esta meta podría considerarse dentro del grupo de aquellas vinculadas a la atención de causas específicas de mortalidad. No obstante, se decide integrarla al grupo de las metas ligadas a la reducción de las diferencias en el nivel de la mortalidad dado que involucra a un grupo específico de población: el de las niñas.

Fuente: Elaboración Propia

Ahora bien, tal como se afirmara, para cumplir con los compromisos asumidos, no sólo es necesario realizar acciones concretas para lograr reducir los niveles de mortalidad y las diferencias injustas, sino que además, es necesario generar información que permita dar seguimiento a los mismos. Es así que, según las metas planteadas, la información generada por el país debe cumplir al menos los siguientes requisitos:

-contar con cierta periodicidad de relevamiento de información, de manera que sea posible seguir la evolución en el tiempo y, así, determinar si existe “reducción”, como se establece en todos los objetivos y metas (ver Tabla 1).

-contar, a su vez, con información desagregada por sectores, tal como plantean las conferencias, de manera que sea posible medir las tendencias de las diferencias según etnia o cultura; áreas geográficas; nivel socioeconómico y sexo.

-contar con información periódica según causas de muerte, a los efectos de posibilitar el monitoreo de aquellas a las que aluden ciertas metas; y, al mismo tiempo, el conocimiento de la proporción y estructura de las defunciones evitables como insumo para la planificación políticas dirigidas a contrarrestarlas.

3. Datos y métodos

En el siguiente trabajo se recurre fundamentalmente a las fuentes oficiales información estadística proveniente de los registros de nacimientos y defunciones de Argentina y Brasil. Concretamente: la DEIS de Argentina y el SUS de Brasil a través del Sistema de Informaciones sobre Nacimientos (SINASC) y el Sistema de Informaciones sobre Mortalidad (SIM). Asimismo, se consultan las publicaciones confeccionadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INCEC) de Argentina, y el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) de Brasil.

En el caso de Argentina, se considera, además, una tercera fuente de datos nacional de carácter oficial. La misma refiere a los datos publicados en los informes que se elaboran para el seguimiento de los compromisos asumidos por el país en el marco de la adhesión a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales, como se detalla en el apartado precedente, conforman el plan de acción resultante de la Cumbre del Milenio celebrada en 2000. Dichos informes son confeccionados por el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, repartición dependiente del Poder Ejecutivo de la Nación.

El análisis de las fuentes de datos provenientes del ámbito nacional en ambos países se complementa con la lectura de los indicadores generados y publicados por el CELADE - División CEPAL. La incorporación de esta fuente obedece a dos razones: la primera de ellas refiere a que el CELADE constituye un organismo de Naciones Unidas especializado en cuestiones de población cuyas producciones son consideradas un referente en materia información en los países

de región. En un sentido más específico, la segunda razón se asocia a que los resultados de las investigaciones que se realizan desde dicho organismo suelen cubrir, con frecuencia, ciertos “vacíos de información” que se producen en los países de origen (por ejemplo, en cuestiones referidas a proyecciones de indicadores a futuro).

Ahora bien, en la introducción se comenta que, a partir del análisis de las fuentes de información explicitadas, se intenta indagar acerca de la existencia de datos que permitan el monitoreo de la situación de los países incluidos en este trabajo frente a los compromisos relacionados con la reducción de la mortalidad en los primeros años de vida. Al mismo tiempo, se busca determinar si los datos relevados cumplen con los requisitos de calidad, periodicidad, desagregación (en grupos de población y causas específicos) y publicación, fundamentales para cumplir con este propósito.

A los fines explicitados, la información recabada se organiza en tabulados a nivel de países. Dichos tabulados, que permiten concluir si Argentina y Brasil cuentan con información efectiva para dar seguimiento las obligaciones contraídas a nivel internacional, se subdividen en función del tipo de obligación a la cual hacen referencia. Es decir, según refieran a: a) compromisos vinculados con la reducción del nivel de la mortalidad en general; b) compromisos ligados a la reducción de las diferencias entre sectores geográficos, sociales y culturales; o bien, a c) compromisos relacionados con la reducción de la mortalidad por causas específicas.

4. Resultados

Antes comenzar con la exposición concreta de los resultados se estima necesario realizar algunas aclaraciones. En primer lugar, los indicadores que integran los tabulados exhibidos a continuación refieren a tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años expresadas por 1000 nacidos vivos. Este formato se corresponde con el criterio adoptado por diversos organismos de Naciones Unidas para dar seguimiento a la situación de los países respecto del cumplimiento de las metas establecidas en las conferencias internacionales con relación a la reducción del nivel de defunciones que tienen lugar durante los primeros años de vida⁸.

⁸ Al respecto, y a modo de ejemplo, puede citarse las publicaciones de Naciones Unidas (2006), CEPAL/UNFPA/OPS (2010) y CEPAL/UNICEF (2011). En las mismas se define a la tasa de mortalidad infantil y a la de niños menores de 5 años, respectivamente, como la probabilidad que tiene un niño nacido en un año dado de morir antes de cumplir el primer año ($q(1)$) y antes de alcanzar los 5 años de edad ($q(5)$).

En segundo lugar, cada vez que surge un indicador cuyo monitoreo es solicitado a partir del examen que realiza el Comité de los Derechos del Niño a un determinado informe presentado por un país, se considera que corresponde efectuar su seguimiento a partir de 1990. Esta decisión obedece a que, si bien la presentación de los informes y su evaluación respectiva se realizan siempre con posterioridad a dicho año, ambas tienen lugar como consecuencia de lo establecido en el Artículo 44 de la CDN, la cual entra en vigencia en el año mencionado en los países incluidos en este trabajo.

Por último, merece especial atención la cuestión de la cobertura de la información registrada. En este sentido, si bien en Argentina y en Brasil, los nacimientos y las defunciones constituyen hechos vitales de denuncia obligatoria, ello no implica necesariamente que éstos sean registrados en su totalidad. Sin embargo, en Argentina, pese a persistir los problemas de omisión en el registro civil y estadístico de las defunciones en algunas jurisdicciones, puede considerarse que la cobertura de las estadísticas vitales a nivel país es “alta y de calidad” (DEIS, 2011: 7). Coincidentemente con esta realidad, en Brasil, los sistemas de informaciones sobre nacimientos y defunciones (conocidos como, SINASC y SIM, respectivamente) han manifestado, en los últimos años, una evolución importante en cuanto a la cobertura y calidad de los datos recolectados, lo que implica un incremento paulatino de la confiabilidad de los mismos (IPEA, 2007 y 2010).

Efectuadas las anteriores aclaraciones, se procede a la presentación de los resultados propiamente dicha. Al respecto, cabe tener en cuenta que el análisis se estructura según la tipología de obligaciones mencionada en apartados anteriores. Es decir, inicia con la lectura de las posibilidades que brinda la información disponible de Argentina y Brasil para el monitoreo de los compromisos vinculados con la reducción del nivel de la mortalidad en general, para luego continuar con las concernientes a aquellos ligados a la reducción de las inequidades. Finalmente, analiza las posibilidades existentes para dar seguimiento a aquellas obligaciones relacionadas con la reducción de la mortalidad por causas específicas.

Respecto a la información requerida para indagar acerca del cumplimiento de las obligaciones asociadas a la reducción del nivel de la mortalidad general, de acuerdo a lo sintetizado en la Tabla 1.a., ésta contempla los siguientes indicadores: la tasa de mortalidad infantil (TMI), la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años (TMM5) y la tasa de

mortalidad infantil neonatal (TMI Neonatal)⁹. Como se desprende de las tablas 2.a y 2.b, tanto en Argentina como en Brasil, las fuentes oficiales de información posibilitan el monitoreo de los compromisos ligados a estos indicadores. En efecto, los nacimientos y las defunciones que constituyen los datos necesarios para generar estos indicadores, son registrados de manera continua en ambos países, ya que, como fuera comentado al inicio del apartado, en ellos es obligatorio el registro de tales eventos. Adicionalmente, ambos países cumplen con el requisito de publicación de la información que se genera a partir del registro de tales eventos, tanto a nivel de los insumos utilizados para calcular los indicadores (es decir, los totales de nacimientos y defunciones contabilizados) como de los valores que asume el indicador en cada periodo.

Los datos relevados y publicados por las fuentes nacionales se complementan con las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años estimadas y publicadas por el CELADE. Dichas tasas, que son calculadas por quinquenio, forman parte de los resultados derivados de la aplicación del método de las componentes para obtener la proyección de la población por sexo y edad en los países de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2009).

⁹ El monitoreo de la tasa de mortalidad infantil neonatal (TMI Neonatal) corresponde, de acuerdo a los compromisos internacionales considerados en este trabajo, únicamente a Argentina en virtud de las observaciones realizadas por el Comité de los Derechos del Niño a partir del análisis de los informes presentados por el país para dar seguimiento a las obligaciones asumidas desde la adhesión a la CDN.

Tabla 2.a: Argentina. Posibilidades de las fuentes de información con relación al monitoreo de los compromisos vinculados a la reducción del nivel de la mortalidad de los niños menores de 5 años

INDICADOR (PERIODO)	INFORMACIÓN REQUERIDA	INFORMACIÓN CON BASE EN LAS ESTADÍSTICAS VITALES		INFORMACIÓN PUBLICADA CON BASE EN OTRAS FUENTES (ESTIMACIONES INDIRECTAS)	¿ES POSIBLE MONITOREAR EL COMPROMISO?
		RELEVADA (EN LOS REGISTROS VITALES)	PUBLICADA (ESTIMACIONES DIRECTAS)		
TMM5 (1990-2015) (a), (b) y (c)	Nacimientos	Sí (relevamiento continuo)	Sí, anualmente. Nacimientos, defunciones de niños menores de 5 años y TMM5 (1).	Sí, quinquenalmente. TMM5, periodo 1950-2100 (2).	Sí, totalmente
	Defunciones de niños menores 5 años	Sí (relevamiento continuo)			
TMI, (1990-2015) (a), (b), (c) y (d)	Nacimientos	Sí (relevamiento continuo)	Sí, anualmente. Nacimientos, defunciones infantiles y TMI (1).	Sí, quinquenalmente. TMI. *Periodo 1950-2015 (3). *Periodo 1950-2100 (2).	Sí, totalmente
	Defunciones infantiles	Sí (relevamiento continuo)			
TMI NEONATAL (A partir de 1990) (e)	Nacimientos	Sí (relevamiento continuo)	Sí, anualmente. Nacimientos, defunciones ocurridas en el periodo neonatal y TMI Neonatal (1).	-	Sí, totalmente
	Defunciones ocurridas en el periodo neonatal	Sí (relevamiento continuo)			

Compromiso origen del indicador:

(a) Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.

(b) Cumbre del Milenio de 2000.

(c) Sesión Especial en Favor de la Infancia del 2002.

(d) Examen del 2° informe presentado por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del Artículo 44 de la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, 2002.

(e) Examen de los 3° y 4° informes presentados por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del Artículo 44 de la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, 2010.

Fuentes de información:

(1) Anuarios y publicaciones complementarias de la Dirección de Información y Estadística de Salud de la Nación (DEIS). Argentina.

(2) Estimaciones y proyecciones de población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (Revisión 2011). Resultados obtenidos a partir de la aplicación del método de las componentes con base en información proveniente de las estadísticas vitales desde 1950, los censos de población desde 1947 y el Proyecto de Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica (IMILA).

(3) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Argentina.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.b: Brasil. Posibilidades de las fuentes de información con relación al monitoreo de los compromisos vinculados a la reducción del nivel de la mortalidad de los niños menores de 5 años

INDICADOR (PERIODO)	INFORMACIÓN REQUERIDA	INFORMACIÓN CON BASE EN LAS ESTADÍSTICAS VITALES		INFORMACIÓN PUBLICADA CON BASE EN OTRAS FUENTES (ESTIMACIONES INDIRECTAS)	¿ES POSIBLE MONITOREAR EL COMPROMISO?
		RELEVADA (EN LOS REGISTROS VITALES)	PUBLICADA (ESTIMACIONES DIRECTAS)		
TMM5 (1990-2015) (a), (b) y (c)	Nacimientos	Sí (relevamiento continuo)	Sí, anualmente. Nacimientos, defunciones de niños menores de 5 años y TMM5 (1) y (2).	Sí, quinquenalmente. TMM5, periodo 1950-2100 (3).	Sí, totalmente
	Defunciones de niños menores 5 años	Sí (relevamiento continuo)			
TMI (1990-2015) (a), (b) y (c)	Nacimientos	Sí (relevamiento continuo)	Sí, anualmente. Nacimientos, defunciones de niños menores de 1 año y TMI (1) y (2).	Sí. TMI. *Anualmente, periodo 1980-2050 (4). *Quinquenalmente, periodo 1950-2100 (3).	Sí, totalmente
	Defunciones infantiles	Sí (relevamiento continuo)			

Compromiso origen del indicador:

- (a) Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.
- (b) Cumbre del Milenio de 2000.
- (c) Sesión Especial en Favor de la Infancia del 2002.

Fuentes de información:

- (1) Sistema de Informaciones sobre Mortalidad (SIM) y Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos (SINASC) (a partir de 1994). Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud. Brasil. Para los nacimientos del periodo 1990-1993: IBGE - Estadísticas del Registro Civil. Brasil
- (2) Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) con base en Estadísticas del Registro Civil.
- (3) Estimaciones y proyecciones de población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (Revisión 2011). A partir de la aplicación del método de las componentes con base en información proveniente de las estadísticas vitales desde 1960, los censos de población desde 1950, el Censo de población de 1996, las pesquisas nacionales por muestra de domicilios desde 1972, la Pesquisa nacional sobre salud materno-infantil y planificación familiar de 1986, la Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica (IMILA) y la base de datos del CELADE (División de Población de la CEPAL)
- (4) Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), proyecciones de población (Revisión 2008). A partir de la aplicación del método de las componentes con base en información proveniente de las estadísticas vitales del Registro Civil de los trienios 1979-1981, 1990-1992 y 1999-2001, el Censo de Población 2000 y las pesquisas nacionales por muestreo de domicilios hasta 2006.

Fuente: Elaboración propia

Distinta es la situación de los indicadores relacionados con la reducción de las inequidades cuyos compromisos de origen fueran establecidos en la Tabla 1.b (tablas 3.a y 3.b). Una cuestión a destacar es que se trata de los mismos indicadores utilizados para monitorear los

avances y retrocesos en torno a la reducción del nivel de la mortalidad general durante los primeros años de vida –es decir, la TMI, la TMI Neonatal¹⁰ y la TMM5– aunque desagregados en función del grupo cultural, social o geográfico de pertenencia.

Cabe aclarar que, para que sea posible el cálculo de la TMI, la TMI Neonatal y la TMM5 según características tales como la etnia, la región geográfica o el nivel socioeconómico (todas ellas atributos que dan cuenta de la pertenencia a un determinado colectivo social o geográfico), es necesario, en primer lugar, que el registro de la información las incluya. En otras palabras, la estructura del formulario dirigido a recibir la denuncia del hecho vital (ya sea el nacimiento o la defunción del niño) debe ser lo suficientemente acabada para contemplar que los datos susceptibles de ser desagregados sean relevados.

Aún cuando el formulario que capta el hecho vital contemple aquellas variables que permitan desagregar a los individuos según grupo social o geográfico, es posible, que la persona que lo complete (generalmente, el padre, la madre u otro familiar del niño), o bien, quien lo reciba (agente del Estado), desconozca la importancia de relevar estas características, y por lo tanto, no realice los todos esfuerzos necesarios para que los datos solicitados en el mismo sean consignados de forma correcta. Esta limitación, sumada a la anterior, conforman cuestiones que atentan contra las posibilidades efectivas que tienen los Estados de generar indicadores que permitan indagar, con calidad suficiente¹¹, el estado y la evolución de la mortalidad en la niñez por sector cultural, social o geográfico y, más aún, que contribuyan a identificar aquellos grupos más desfavorecidos.

Una lectura detallada de las tablas 3.a y 3.b contribuye a reforzar la conclusión comentada en párrafos anteriores, al detectarse la existencia de datos con calidad insuficiente para el monitoreo de las brechas, o bien, más grave todavía, faltantes de información para cumplir con este propósito en algunos casos. Particularmente, en Argentina, la totalidad de la información concerniente a nacimientos y defunciones por grupos sociales y geográficos proviene del registro

¹⁰ Ver Nota 9.

¹¹ Aún cuando la información para construir el indicador desagregado esté disponible (porque el formulario la contempla y porque, a su vez, la misma es relevada), en ocasiones, existen ciertos errores (tales como la omisión de la respuesta, el registro incorrecto de las categorías correspondientes, una mala interpretación por parte del respondiente o del registrador del dato, entre otros) que, producidos de manera recurrente, pueden impedir que dichos indicadores sean efectivamente calculados.

continuo de estos eventos cuyos datos resultantes son sistematizados por la DEIS¹². En otras palabras, hasta el momento, no existe información proveniente de estimaciones indirectas con datos procedentes de otras fuentes.

En lo que respecta a las posibilidades de dar seguimiento a los mencionados compromisos, éstas dependen del tipo de desagregación al cual se haga referencia. Con relación a las desagregaciones territoriales, éstas permiten evaluar el cumplimiento de las metas asumidas en relación a la disminución de las diferencias de la TMI, la TMI Neonatal y la TMM5. En efecto, los nacimientos y las defunciones son registrados a nivel de departamento, provincia y región de residencia¹³. Posteriormente, tanto los totales absolutos como las tasas respectivas son publicados anualmente por la DEIS por provincia y región de residencia. Además, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, de la Presidencia de la Nación, publica el Índice de Gini¹⁴ a escala provincial desde el año 1990 para evaluar la situación del país frente al alcance de la meta nacional incorporada en el marco de la adhesión a los ODM¹⁵.

En cuanto a las desagregaciones según condición socioeconómica, si bien se registran las variables “nivel educativo de la madre” y “nivel educativo del padre”, “situación laboral del padre o la madre” tanto en el caso de los nacimientos como en el de las defunciones, sólo se publica el número de nacimientos según la primera de estas variables. Estos “vacíos” en la publicación obedecen a que existen altos porcentajes de omisión de respuesta en el resto de las variables mencionadas. Estas limitaciones, adicionadas al hecho de que el formulario no contemple ninguna pregunta referida a relevar otras características que den cuenta del nivel socioeconómico (entre ellas, el nivel de ingresos del hogar), permiten concluir que no existen posibilidades de monitorear los compromisos asumidos en este sentido (Tabla 3.a).

¹² Debe recordarse que en Argentina es obligatorio denunciar los nacimientos y las defunciones.

¹³ Tanto los nacimientos como las defunciones son relevados según el lugar de ocurrencia del evento vital y el lugar de residencia de la madre. Las tasas específicas de mortalidad se publican de acuerdo a este último criterio.

¹⁴ El Coeficiente de Gini es una medida de la desigualdad ideada por el estadístico italiano Corrado Gini. Normalmente se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos, pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución. Se trata de un número comprendido entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y todos los demás ninguno). El índice de Gini es el coeficiente de Gini expresado en porcentaje, y es igual al coeficiente de Gini multiplicado por 100. Para información acerca del modo en el que este indicador es adaptado para cuantificar las disparidades en la distribución de la mortalidad en la niñez, se sugiere consultar: Consejo de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación. Argentina (2007), páginas 13, 32 y 33.

¹⁵ Cabe recordar que dicha meta plantea la reducción del 10% de las diferencias de la mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015.

Respecto a las desagregaciones según etnia (como indicador de grupo cultural) y zona de residencia¹⁶, en Argentina, tampoco resulta posible, a partir de éstas, hacer el seguimiento de las obligaciones contraídas, puesto que los formularios que captan los hechos vitales del nacimiento y la defunción ni siquiera contemplan la captación de los datos (Tabla 3.a).

Con relación al monitoreo de las diferencias en el nivel de la mortalidad evitable por sexo, cabe destacar que el registro de hechos vitales del país contempla tanto el sexo del niño nacido o fallecido como la causa origen a la defunción. Es la captación de esta última lo que, en definitiva, permite clasificar una muerte como evitable, o no. A pesar de la existencia de toda la información necesaria para el seguimiento de la meta específica, los datos publicados sobre defunciones evitables refieren sólo a niños menores de 1 año y no están desagregados por sexo. Sin embargo, es posible generarlos para dicho tramo de edad a partir de la información contenida en la base de defunciones infantiles y la clasificación de las causas de muerte según condición de evitabilidad confeccionadas por la DEIS (DEIS, 2011: 120). Cabe mencionar la inexistencia en el país de una clasificación de causas de muerte según condición de evitabilidad para las defunciones de personas de 1 año de edad y más, lo que denota hasta el momento, en consecuencia, la imposibilidad de seguir los compromisos asumidos en todas las edades que éstos consideran (Tabla 3.a).

Por último, cabe destacar la inexistencia de datos o estimaciones para monitorear las obligaciones referidas a la reducción de las disparidades por zona de residencia (Tabla 3.a).

¹⁶ Si bien la desagregación por zona de residencia no es explicitada en ninguna de las conferencias analizadas en este trabajo, dado que el plan de acción “Un Mundo Apropiado para los Niños” (resultante de la Sesión Especial en favor de la Infancia celebrada en 2002) insta a los Estados adherentes a reducir todas las diferencias al interior del país, se considera que la misma podría contribuir al monitoreo de este compromiso. Por este motivo, se la incorpora en las tablas 3.a y 3.b.

Tabla 3.a: Argentina. Posibilidades de las fuentes de información con relación al monitoreo de los compromisos vinculados a la reducción de las diferencias en el nivel de la mortalidad de los niños menores de 5 años

INDICADOR (PERIODO)	DESAGREGACIONES "RECOMENDADAS" EN EL PAÍS	INFORMACIÓN REQUERIDA POR CADA DESAGREGACIÓN "RECOMENDADA"	INFORMACIÓN CON BASE EN LAS ESTADÍSTICAS VITALES		¿ES POSIBLE MONITOREAR EL COMPROMISO?
			RELEVADA (EN LOS REGISTROS VITALES)	PUBLICADA (ESTIMACIONES DIRECTAS)	
TMI y TMM5 por etnia o cultura (1990-2015) (a) y (b)	Etnia; raza; color de piel	Nacimientos Defunciones infantiles/de niños menores de 5 años	No No	No	No
TMI, TMI neonatal y TMM5 por región geográfica (1990-2015) (a), (b) y (c)	Departamento; provincia; región de residencia	Nacimientos Defunciones infantiles (totales y neonatales) /de niños menores de 5 años	Sí, totalmente (departamento; provincia) Sí, totalmente (departamento; provincia)	Sí, anualmente. Nacimientos y defunciones por departamento, provincia y región de residencia. Tasas por provincia y región de residencia (1). Índice de Gini a nivel de provincias desde 1990 (2).	Sí, totalmente (departamento, provincia y región de residencia.
TMI y TMM5 por nivel socioeconómico (1990-2015) (a) y (b)	Nivel educativo de la madre; nivel educativo del padre; situación laboral del padre /de la madre; nivel de ingresos del hogar	Nacimientos Defunciones infantiles/de niños menores de 5 años	Sí, parcialmente (Nivel educativo de la madre; nivel educativo del padre; situación laboral del padre /de la madre) Sí, parcialmente (Nivel educativo de la madre; nivel educativo del padre; situación laboral del padre /de la madre)	Sí, anualmente. Nacimientos por nivel educativo de la madre a partir de 1991 (1).	No
TMI y TMM5 evitable por sexo (1990-2015) (b)	Condición de evitabilidad por sexo	Nacimientos Defunciones infantiles/de niños menores de 5 años	Sí, totalmente (sexo) Sí, totalmente (sexo; causa)	Sí, anualmente. Nacimientos por sexo, defunciones por sexo según causa) (1).	Sí, parcialmente (sólo en el caso de defunciones infantiles)
TMI y TMM5 por zona de residencia (A partir de 1990) (b) y (d)	Condición urbana o rural	Nacimientos Defunciones infantiles/de niños menores de 5 años	No No	No	No

Compromiso origen del indicador:

- (a) Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994.
- (b) Sesión Especial en Favor de la Infancia del 2002.
- (c) Cumbre del Milenio de 2000 (Adaptación Argentina).
- (d) Examen del 2° informe presentado por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del Artículo 44 de la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, 2002.
- (e) Examen de los 3° y 4° informes presentados por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del Artículo 44 de la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, 2010.

Fuentes de información:

- (1) Anuarios y publicaciones complementarias de la Dirección de Información y Estadística de Salud de la Nación (DEIS). Argentina.
- (2) Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación. Argentina.

Fuente: Elaboración propia

En el caso de Brasil, la situación es más alentadora, principalmente en los últimos años. Al igual que en Argentina, es posible estimar las tasas por desagregaciones territoriales geográficas. En este caso, municipio, estado y región de residencia (Tabla 3.b).

Adicionalmente, es posible verificar las desagregaciones por etnia o cultura, desde 1996, a partir de la variable relevada “raza/color. Una cuestión a destacar es que la calidad los registros de defunciones de acuerdo a este criterio ha experimentado una notable mejoría en los últimos años (Tabla 3.b). Así, por ejemplo, mientras que, en 1996, el 97% (de las muertes de los niños menores de 5 años son clasificadas en la categoría “ignorada” en lo que concierne a la etnia; en 2010, el número de casos catalogados de esta manera representa sólo el 11% del total registrado (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>).

En cuanto a la discriminación de las defunciones según el nivel socioeconómico, es posible recurrir, como aproximación, a los datos desagregados por “nivel educativo de la madre” (Tabla 3.b). Si bien esta información está disponible únicamente para los niños menores de 1 año, cabe destacar que, del mismo modo que la etnia, ha logrado disminuir los porcentajes de omisión de respuesta en los últimos tiempos. En efecto, en 1996, el 84% de las defunciones infantiles relevadas no registra información en la variable “nivel de escolaridad de la madre”; en tanto que, en 2010, aunque representan aún una alta proporción en el total de las muertes contabilizadas, sólo el 25% de los casos asume esta condición (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>).

Independientemente de la calidad de la información referida al nivel educativo de la madre, debe mencionarse que los registros de nacimientos y defunciones de Brasil no contemplan el relevamiento de otros atributos que den cuenta del grupo socioeconómico de pertenencia. Entre ellos, el “nivel educativo del padre”, la “situación laboral del padre y/o la madre” y el “nivel de ingresos del hogar que integra el niño” (Tabla 3.b).

Por otra parte, al igual que en Argentina, en Brasil es posible estimar las tasas de mortalidad evitable de niños menores de 1 y 5 años (TMI y TMM5) por sexo (Tabla 3.b). Al respecto, las publicaciones electrónicas del SUS, contemplan la discriminación de las defunciones de todas las edades consideradas en “evitables” y “no evitables”, sin necesidad de recurrir al detalle de la causa básica de muerte para construir dicha desagregación (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>).

En Brasil tampoco resulta posible hacer el seguimiento de los compromisos asumidos en torno a la reducción de las diferencias por zona de residencia, ya que el registro de nacimientos y defunciones a nivel local no contempla el relevo de dicha información. Asimismo, si bien el CELADE ha realizado algunas estimaciones, la falta de periodicidad de estas últimas entre los años 2000 y 2010, no permite cumplir con dicho propósito (Tabla 3.b).

Tabla 3.b: Brasil. Posibilidades de las fuentes de información con relación al monitoreo de los compromisos vinculados a la reducción de las diferencias en el nivel de la mortalidad de los niños menores de 5 años

INDICADOR (PERIODO)	DESAGREGACIONES "RECOMENDADAS" EN EL PAÍS	INFORMACIÓN REQUERIDA POR CADA DESAGREGACIÓN "RECOMENDADA"	INFORMACIÓN CON BASE EN LAS ESTADÍSTICAS VITALES		INFORMACIÓN PUBLICADA CON BASE EN OTRAS FUENTES (ESTIMACIONES INDIRECTAS)	¿ES POSIBLE MONITOREAR EL COMPROMISO?
			RELEVADA (EN LOS REGISTROS VITALES)	PUBLICADA (ESTIMACIONES DIRECTAS)		
TMI y TMM5 por etnia o cultura (1990-2015) (a) y (b)	Raza; color de piel	Nacimientos	Sí, parcialmente (a partir de 1994)	Sí, anualmente (nacimientos y defunciones por color/raza).	Sí. TMI y TMM5 indígena y no indígena. Año 2000 (2).	Sí, parcialmente (sólo para los últimos años)
		Defunciones infantiles/de niños menores de 5 años	Sí, parcialmente (a partir de 1996)			
TMI y TMM5 por región geográfica (1990-2015) (a) y (b)	Municipio; unidad de federación; región de residencia	Nacimientos	Sí, totalmente	Sí, anualmente. Nacimientos y defunciones por municipio, unidad de federación y región de residencia (1) y (3).	No	Sí, totalmente (municipio, estado y región de residencia)
		Defunciones infantiles/de niños menores de 5 años	Sí, totalmente			
TMI y TMM5 por nivel socioeconómico (1990-2015) (a) y (b)	Nivel educativo de la madre, nivel educativo del padre; situación laboral del padre /de la madre; nivel de ingresos del hogar	Nacimientos	Sí, parcialmente (a partir de 1994)	Sí, anualmente. Nacimientos y defunciones infantiles por nivel educativo de la madre (1).	Sí. TMI por nivel educativo de la madre. Años 1991 y 1996 (4).	Sí, parcialmente (Información publicada por CELADE/CEPAL.
		Defunciones infantiles/de niños menores de 5 años	Sí, parcialmente (sólo defunciones infantiles)			
TMI y TMM5 evitable por sexo (1990-2015) (b)	Condición de evitabilidad por sexo	Nacimientos	Sí, totalmente (sexo)	Sí, anualmente. Nacimientos por sexo; defunciones por sexo y causa; defunciones evitables por sexo a partir de 1996 (1) y (3).	No	Sí, totalmente
		Defunciones infantiles/de niños menores de 5 años	Sí, totalmente (sexo; causa)			
TMI y TMM5 por zona de residencia (2000-2010) (b)	Condición urbana o rural	Nacimientos	No	No	TMI y TMM5 por zona de residencia según condición indígena o no indígena. Año 2000 (2).	No (no es posible, a partir de un único dato, hacer seguimiento en el tiempo).
		Defunciones infantiles/de niños menores de 5 años	No			

Compromiso origen del indicador:

- (a) Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994.
(b) Sesión Especial en Favor de la Infancia del 2002.

Fuentes de información:

- (1) Sistema de Informaciones sobre Mortalidad (SIM) y Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos (SINASC) (a partir de 1994). Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud. Brasil. Para los nacimientos del periodo 1990-1993: IBGE - Estadísticas del Registro Civil. Brasil
(2) Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.
(3) Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) con base en Estadísticas del Registro Civil.
(4) Indicadores para el Seguimiento Regional de Plan de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo de 1994. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, respecto a los indicadores necesarios para dar seguimiento a los compromisos relacionados con la reducción de la mortalidad por causas específicas, la información consignada en la Tabla 4 sugiere que sí es posible hacer seguimiento de todas las metas comprometidas ante la comunidad internacional, tanto en el caso de Argentina como en el Brasil. Cabe recordar que la obligación de monitorear estas obligaciones, surge como consecuencia de la adhesión por parte de ambos países al plan de acción “Un mundo apropiado para los niños”, resultante de la Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002. La excepción la constituye el compromiso que implica el análisis de la tendencia de la TMI por causas evitables¹⁷, el cual es establecido únicamente para Argentina, a raíz de las observaciones realizadas por el Comité de los Derechos del Niño al informe presentado por el país en 1999 de acuerdo a las obligaciones establecidas en el texto de la CDN (CDN, Artículo 44).

Una cuestión a destacar es que todos los datos disponibles, tanto en uno como en otro caso, provienen del registro de las estadísticas vitales, siendo inexistentes los datos procedentes de estimaciones indirectas con base en otras fuentes de información.

¹⁷ Cabe recordar las características de la clasificación de muertes según causas evitables utilizada en Argentina que fueran detalladas al analizar la información vertida en la Tabla 3.a.

Tabla 4: Argentina y Brasil. Posibilidades de las fuentes de información con relación al monitoreo de los compromisos asumidos con relación a causas específicas de mortalidad

INDICADOR (PERIODO)	INFORMACIÓN REQUERIDA	INFORMACIÓN CON BASE EN LAS ESTADÍSTICAS VITALES		¿ES POSIBLE MONITOREAR EL COMPROMISO?
		RELEVADA (EN LOS REGISTROS VITALES)	PUBLICADA (ESTIMACIONES DIRECTAS)	
Número de defunciones por sarampión (2000-2005) (a)	Defunciones de niños menores de 5 años por sarampión	Sí, relevamiento continuo (defunciones por causa)	Sí. Número de defunciones por sarampión (1), (2).	Sí, totalmente
Número de defunciones por infecciones en las vías respiratorias (2000-2010) (a)	Defunciones de niños menores de 5 años por infecciones en las vías respiratorias	Sí, relevamiento continuo (defunciones por causa)	Sí. Número de defunciones por infecciones en las vías respiratorias (1), (2).	Sí, totalmente
Número de defunciones por diarrea (2000-2010) (a)	Defunciones de niños menores de 5 años por diarrea	Sí, relevamiento continuo (defunciones por causa)	Sí. Número de defunciones por diarrea (1), (2).	Sí, totalmente
Número de defunciones por tuberculosis (2000-2010) (a)	Defunciones de niños menores de 5 años por tuberculosis	Sí, relevamiento continuo (defunciones por causa)	Sí. Número de defunciones por tuberculosis (1), (2).	Sí, totalmente
TMI Evitable (*) (b) (A partir de 1990)	Nacimientos y defunciones infantiles por causas evitables	Sí, relevamiento continuo (nacimientos y defunciones por causa)	Sí. Nacimientos, defunciones infantiles evitables y TMI Evitables (1)	Sí, totalmente.

(*) Objetivo establecido sólo para Argentina.

Compromiso origen del indicador:

(a) Sesión Especial en Favor de la Infancia del 2002.

(b) Examen del 2° informe presentado por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del Artículo 44 de la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, 2002.

Fuentes de información:

(1) ARGENTINA: Anuarios y publicaciones complementarias de la Dirección de Información y Estadística de Salud de la Nación (DEIS). Argentina.

(2) BRASIL: Sistema de Informaciones sobre Mortalidad (SIM). Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud. Brasil.

Fuente: Elaboración propia

5. Conclusiones

El cumplimiento de los diferentes compromisos asumidos a nivel internacional con relación a la reducción de la mortalidad que tiene lugar en los primeros años de vida implica que los Estados que adhieren a ellos deben realizar diversos esfuerzos. Entre ellos, contar con un sistema de información que permita hacer el seguimiento de los indicadores que refieran a dichos compromisos.

En Argentina y Brasil, dos países que adhieren a la CDN y a las posteriores conferencias basadas en su texto, existe, en términos generales, información que permite dar seguimiento tanto a los objetivos como a las metas asumidas en el marco de los mencionados compromisos. Sin embargo, no puede concluirse que la misma sea completa y permita monitorearlos en su totalidad. Así es como, si bien ambos países cuentan con datos que posibilitan indagar los avances en torno a la reducción del nivel de la mortalidad en términos generales y por causas específicas, no puede concluirse lo mismo si se tienen en cuenta los datos existentes para analizar la evolución de las diferencias entre sectores culturales, sociales y geográficos en el tiempo. En razón de lo anterior, Brasil, en principio, cuenta con mayor información para monitorear el cumplimiento de los compromisos asociados a la disminución de las diferencias, en relación con los datos disponibles en Argentina. Sin embargo, un análisis detallado de los datos disponibles permite concluir que las posibilidades de monitoreo no resultan tan concretas como, primeramente, prometen serlo.

En ambos países es posible tener acceso a los datos desagregados por región geográfica (incluso, a nivel de municipio, en el caso de Brasil), las muertes por causas evitables según sexo (a pesar de que en Argentina, tales defunciones no estén clasificadas para los niños mayores de 1 año) y por causas específicas. No obstante, los dos países presentan limitaciones en lo que concierne a otras desagregaciones, tales como las que dan cuenta del nivel socioeconómico del niño (en efecto, en ambos países existe información acerca del nivel educativo de la madre de los niños menores de 1 año, aunque con altos porcentajes de omisión que impiden el efectivo monitoreo de los compromisos adheridos) o la zona de residencia (cuya información resulta inexistente tanto en uno como en otro país).

Emprender todas las acciones que resulten necesarias para la reducción de la mortalidad en la niñez implica, además de la implementación de políticas y programas destinados

puntualmente a tal fin, generar información que permita evaluar en qué medida el Estado está cumpliendo con las obligaciones contraídas e identificar a los sectores más postergados, al tiempo que posibilite el ulterior monitoreo de las acciones ejecutadas.

Bibliografía de referencia

CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE) - DIVISIÓN DE POBLACIÓN DE LA COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Bases de datos de estimaciones y proyecciones de población vigentes. Revisión 2011, en <http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm>. Acceso: 3 de mayo de 2012.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) (2006). *Panorama Social de América Latina 2005*. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS (UNFPA, por sus siglas en inglés) y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2010). *Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos*. Colección Documentos de Proyectos. Santiago de Chile.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) y FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF, por sus siglas en inglés) (2011). *Mortalidad en la Niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960*. Santiago de Chile.

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. NACIONES UNIDAS (2010). *Examen de los tercero y cuarto informes presentados por Argentina en virtud del artículo 44 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Observaciones finales*.

_____ (2004). *Examen del segundo informe presentado por Brasil en virtud del artículo 44 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Observaciones finales*.

_____ (2002). *Examen del segundo informe presentado por Argentina en virtud del artículo 44 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Observaciones finales*.

_____ (1995). *Examen del primer informe presentado por Argentina en virtud del artículo 44 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Observaciones finales*.

CONSEJO DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES. PRESIDENCIA DE LA NACIÓN ARGENTINA (2010). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País 2010*. Buenos Aires, Argentina.

_____ (2009). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País 2009*. Buenos Aires, Argentina.

_____ (2007). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe país 2007*. Buenos Aires, Argentina.

_____ (2007). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Metadata. Adaptación Argentina*. Buenos Aires, Argentina.

_____ (2005). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País 2005*. Buenos Aires, Argentina.

_____ (2003). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País 2003*. Buenos Aires, Argentina.

_____ *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Objetivo 5: Reducir la mortalidad infantil en: < <http://www.politicassociales.gov.ar/odm/odm5.html>>. Acceso: 21 de mayo de 2012.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). BRASIL. Informações de Saúde, en: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acceso 2 de mayo de 2012.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN DE SALUD. MINISTERIO DE SALUD. PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. ARGENTINA. (2011). “Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2010” en *Serie 5*, N° 54. Buenos Aires. Argentina.

_____ Anuarios, informe estadístico de nacimiento y defunción, bases de nacimientos y defunciones, periodo 1990-2010.

FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF, por sus siglas en inglés) (2007). *La Infancia y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Nueva York, en: < http://www.unicef.org/spanish/publications/files/La_infancia_y_los_objetivos_de_desarrollo_de_l_milenio.pdf>. Acceso: 16 de marzo de 2009.

_____ *Convención sobre los Derechos del Niño. Introducción*, en: www.unicef.org/spanish/crc/. Acceso: 15 de marzo de 2009.

_____ *Un mundo apropiado para los niños*. Documento final de la Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (2008). “Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050, Revisão 2008” en *Estudos e pesquisas* N° 24, Rio de Janeiro.

_____ Séries Estatísticas & Séries Históricas, en < <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>>. Acceso 25 de abril de 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS (SPI/MP) (2007). *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília, en: < <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/download/TerceiroRelatorioNacionalODM.pdf>>. Acceso: 19 de mayo de 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) (2010). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília, en: < <http://www.pnud.org.br/pdf/4RelatorioNacionaldeAcompanhamentodosODM.pdf>>. Acceso: 19 de mayo de 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INDEC). ARGENTINA (2004). *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 1950-2015*. Serie Análisis Demográfico N° 30. Buenos Aires, Argentina.

MINISTERIO DA SAÚDE (2004). *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília, en: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197>. Acceso: 19 de mayo de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009). *Compromisso pela aceleração da redução das desigualdades regionais*. Brasília, en: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1583>. Acceso: 19 de mayo de 2012.

NACIONES UNIDAS (2006). *Indicadores para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Definiciones, justificación, conceptos, fuentes*. Nueva York.

_____ (2000). *Declaración del Milenio*.

_____ (2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*.

_____ (1995). *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994*, Departamento de Información Económica y Social y de Análisis de Políticas.

_____ *Convención sobre los Derechos del Niño*.

SANTILLÁN PIZARRO, M. y ROJAS CABRERA, E. (2011). “La reducción de la mortalidad infantil en Argentina, Brasil y Uruguay. Entre intenciones, logros y desafíos”. En *Población y Salud en Mesoamérica*. Volumen 8, Número 2, Artículo 2, Enero-junio 2011, en: <<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>>. Revista electrónica del Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. Acceso: 23 de enero de 2011.