

# **La medición de la mortalidad infantil y el grado de avance en los compromisos internacionales, ¿cuestión de métodos o de garantías de derechos? Algunas evidencias en Argentina.**

Rojas Cabrera, Eleonora y Soledad Santillán Pizarro, María Marta.

Cita:

Rojas Cabrera, Eleonora y Soledad Santillán Pizarro, María Marta (2011). *La medición de la mortalidad infantil y el grado de avance en los compromisos internacionales, ¿cuestión de métodos o de garantías de derechos? Algunas evidencias en Argentina. XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Neuquén.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xijornadasaepa/75>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eeQG/tzm>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

**XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Ciudad de Neuquén,  
21-23 de septiembre de 2011**

**La medición de la mortalidad infantil y el grado de avance en los compromisos  
internacionales, ¿cuestión de métodos o de garantías de derechos?  
Algunas evidencias en Argentina**

Eleonora Soledad Rojas Cabrera<sup>\*</sup>

María Marta Santillán Pizarro<sup>^</sup>

**Resumen**

La mortalidad infantil es considerada una de las máximas expresiones de injusticia social, motivo por el cual, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989 insta a los estados adherentes a llevar a cabo todas las medidas necesarias para reducirla progresivamente y en garantía de igualdad de oportunidades. Dicha intención es reforzada por una serie de conferencias internacionales posteriores, en las cuales se establecen metas específicas de disminución tanto del nivel como de las diferencias entre sectores sociales. Entre ellas: la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, 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.

Argentina adhiere tanto a la CDN como a las posteriores conferencias, haciendo propias las metas de nivel del mismo modo en que fueran fijadas a nivel internacional. Sin embargo, en lo que refiere a las metas de disminución de las brechas intersectoriales, reduce los niveles de exigencia.

Los resultados indican que, a partir de 1990, el país logra reducir el nivel de la mortalidad infantil, aunque sin llegar a alcanzar todas las metas comprometidas ante la comunidad internacional. Más grave es la situación frente al cumplimiento de las metas de equidad donde, según el método y el grado de desagregación que se utilice, los resultados pueden variar, señalando en algunos casos que las disparidades, lejos de disminuir, se incrementan. Esto último se traduce una posición contraria a lo que se plantea desde el marco de los derechos humanos, situación que se agudiza cuando se abordan, en particular, las muertes evitables.

**Palabras clave:** niñez, derechos humanos, mortalidad infantil, inequidad

---

<sup>\*</sup>CIECS (CONICET-UNC). Correo electrónico: eleonorarojascabrera@gmail.com.

<sup>^</sup>CIECS (CONICET-UNC) y Universidad Católica de Córdoba. Correo electrónico: mm\_santillan@yahoo.com.ar.

## Introducción

Cuando una muerte infantil podría haberse evitado, quedan en evidencia las dificultades que tienen algunos para ejercer el derecho a la salud, y más aún, el derecho elemental a la vida. Asimismo, se pone en juego el ejercicio de otros derechos, tanto del niño como de su hogar de pertenencia. De esta manera, la mortalidad infantil constituye una de las máximas expresiones de injusticia social.

En función de lo anterior, la comunidad internacional otorga gran relevancia a la reducción de la mortalidad infantil. Así, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989 insta a los estados que adhieren a ella a adoptar las medidas necesarias para reducir la mortalidad que tiene lugar durante el primer año de vida, de manera progresiva y garantizando la igualdad de oportunidades. Posteriormente, la temática es retomada en diferentes conferencias internacionales: la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990; la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994; la Cumbre del Milenio de 2000 y la Sesión Especial en favor de la Infancia de 2002.

La CDN indica que la mortalidad infantil debe disminuirse pero no especifica la magnitud de la reducción. Por el contrario, las conferencias posteriores establecen metas que precisan tanto la magnitud de la reducción como el plazo estipulado para su concreción. Además, plantean la disminución de las diferencias en los niveles de mortalidad infantil entre sectores sociales.

Argentina ratifica la CDN en 1990<sup>1</sup> y adhiere a las conferencias mencionadas, haciendo propias las metas que refieren a la reducción en el nivel general de la mortalidad infantil, del mismo modo en que fueran planteadas en el ámbito internacional. Sin embargo, en lo que concierne a las metas de equidad, el país adopta una postura menos exigente, al incorporar, a nivel nacional, una meta que propone una reducción de las disparidades en menor proporción con relación a la establecida en el marco de las conferencias<sup>2</sup>.

En este contexto, surgen los siguientes interrogantes: *¿Ha logrado Argentina reducir el nivel de la mortalidad infantil de manera suficiente para cumplir con los compromisos asumidos? ¿Está avanzando en la disminución de las inequidades existentes, para alcanzar, al menos, la meta fijada a nivel nacional? ¿Estaría en condiciones de concretar aquellas establecidas para los años venideros? ¿Qué ocurre con los compromisos en torno a la reducción de las diferencias, si el análisis tiene en cuenta sólo aquellas defunciones que efectivamente se podrían haberse evitado, en función de los recursos disponibles?*

---

<sup>1</sup> [http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-11&chapter=4&lang=en](http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en).

<sup>2</sup> Tanto las metas planteadas en las conferencias internacionales, como la meta establecida a nivel nacional en Argentina, serán convenientemente explicitadas en el siguiente apartado.

Con miras a hallar una respuesta a las preguntas formuladas, interesa identificar los logros alcanzados por el país y los temas pendientes para dar cumplimiento a los compromisos asumidos ante la comunidad internacional. Además, interesa destacar que, puesto que ninguna conferencia explicita la forma en que debe medirse la reducción de las diferencias, según los criterios metodológicos y el grado de desagregación que se utilicen para comparar los niveles de mortalidad infantil, los resultados pueden variar, lo que puede llevar a conclusiones dispares respecto al avance en la garantía de los derechos del niño.

Con base en el objetivo señalado, a continuación se presenta una breve reseña de la mortalidad infantil en el marco de los derechos humanos, de las metas planteadas en las conferencias internacionales y de las modificaciones que introduce Argentina en su caso particular y en relación a las mismas. Seguidamente, se exponen los criterios metodológicos propuestos para abordar el cumplimiento de los compromisos asumidos en torno a la reducción de la mortalidad durante el primer año de vida. Posteriormente, se presentan los resultados y por último, las conclusiones.

### **Las intenciones: la mortalidad infantil en la CDN y en las conferencias internacionales. Su incorporación por parte de Argentina**

Tal como se comentara en la introducción, la mortalidad infantil constituye una problemática de suma relevancia para diversos organismos internacionales que promueven los derechos humanos, al punto tal de ser considerada una violación hacia los derechos a la salud y a la vida. Por este motivo, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, gestada en el seno de las Naciones Unidas, insta a todos los estados que adhieren a ella a adoptar todas las medidas necesarias para reducir las defunciones que tienen lugar durante el primer año de vida (CDN, 1989, Artículo 24, Inciso 2).

La importancia de la incorporación de la temática a la CDN obedece a que la misma constituye el primer instrumento internacional legalmente vinculante que considera toda la gama de derechos humanos: civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. Al mismo tiempo, dada su condición, el incumplimiento de los deberes asumidos por parte de los estados adherentes trae aparejada la posibilidad de su exigibilidad por vía judicial, de modo que los hace responsables ante la comunidad internacional ([www.unicef.org/spanish/crc/](http://www.unicef.org/spanish/crc/)).

La preocupación por mitigar las defunciones infantiles no se encuentra expresada únicamente en la CDN, sino que más adelante es retomada y profundizada por una serie de conferencias internacionales basadas en los derechos reconocidos en su texto, entre ellas: la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990; la Conferencia Internacional sobre la Población y el

Desarrollo (CIPD) de 1994; la Cumbre del Milenio de 2000 y la Sesión Especial en favor de la Infancia de 2002. Dichas conferencias, si bien no de carácter legalmente vinculante, avanzan en las intenciones expresadas en la CDN al establecer en sus planes de acción metas específicas de reducción del nivel de mortalidad durante el primer año de vida, así como también de las diferencias entre sectores geográficos y sociales<sup>3</sup>.

Al adherir a la CDN y posteriores conferencias, Argentina hace explícito su reconocimiento como principal titular de obligaciones. De este modo contrae el compromiso de realizar todos los esfuerzos necesarios para respetar, proteger y garantizar progresivamente y con igualdad de oportunidades el efectivo ejercicio de los derechos allí contemplados. En lo que refiere a la mortalidad infantil como un impedimento para la plena realización de los derechos a la salud y a la vida, ello se traduce en que el Estado se obliga a llevar a cabo todas las medidas que se requieran para disminuir el número de muertes que tienen lugar durante esta etapa, paulatinamente y sin experimentar nuevos incrementos. Al mismo tiempo, implica que el país debe prestar especial atención a los sectores más desfavorecidos, de manera que los derechos mencionados sean ejercidos de manera universal y sin dar lugar a situaciones donde se haga presente la discriminación.

El Diagrama 1 presenta un resumen adaptado al caso argentino de las metas fijadas en las conferencias internacionales con relación a la reducción de la mortalidad infantil. Las mismas se encuentran ordenadas en función del plazo límite estipulado para la concreción de cada una de ellas, y no en virtud del año de celebración de la conferencia que les da origen.

Diagrama 1. Resumen adaptado a Argentina de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad de infantil y de las diferencias entre sectores sociales

| Conferencia  | Plan de Acción resultante | Meta resumida |
|--|---------------------------|---------------|
| Metas vinculadas con la reducción del nivel general o promedio de la mortalidad infantil |                           |               |

<sup>3</sup> En el caso de la CDN, ello se expresa en el Artículo 2, cuando se hace alusión a la igualdad de oportunidades en el ejercicio de los derechos reconocidos en su texto, aunque sin establecerse metas específicas al respecto.

|  |   |  |
|--|---|--|
| Cumbre Mundial en favor de la Infancia (1990)  | 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 (Apartado 5, Inciso a) | Reducir entre 1990 y 2000 en una tercera parte la mortalidad infantil  |
| Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (1994)             | Plan de Acción de la CIPD (Párrafo 8.16)  |  |
|  |   | Programa de Acción Regional para América Latina y el Caribe (PAR) (1996) (Párrafo 67.1)  |
| Sesión Especial en favor de la Infancia (2002)   | Un Mundo Apropiado para los Niños y las Niñas (Apartado 36.a)   | Reducir entre 2000 y 2010 al menos en un tercio la mortalidad infantil   |
| Cumbre del Milenio (2000)  | Objetivos de Desarrollo del Milenio (Meta 5)  | Reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil  |
| Metas vinculadas la reducción de las diferencias entre sectores geográficos y sociales |   |  |
| Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (1994)             | Plan de Acción de la CIPD (Párrafo 8.16)  | Eliminar (entre 1990 y 2010) las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos.                 |
|  | PAR (1996) (Párrafo 67.5)   | Reducir (entre 1990 y 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la mortalidad infantil entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales. |
| Cumbre del Milenio (2000)  | Objetivos de Desarrollo del Milenio <b>(Incorporación realizada por Argentina. Objetivo 5, Meta 2)</b>  | Reducir (entre 1990 y 2015) en 10% la desigualdad entre provincias.  |

Nota: El Programa de Acción Regional para América Latina y el Caribe es desarrollado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), como una adaptación de la CIPD al contexto regional.

Fuente: Elaboración propia

Como se desprende del diagrama exhibido, las metas vinculadas con la reducción del nivel de la mortalidad infantil son asumidas por Argentina del mismo modo en que se plantean en el ámbito internacional. Por el contrario, con relación a las metas ligadas a la reducción de los niveles entre sectores sociales, podría decirse que, si bien se produce la adhesión concreta a las mismas por parte del país al adherir a las conferencias y a los planes de acción resultantes, dicha adhesión se relativiza. En este sentido, mientras que el Plan de Acción de la CIPD establece eliminar (entre 1990 y 2010) las disparidades vigentes entre sectores geográficos y sociales, y el Programa de Acción Regional para América Latina y el Caribe plantea una meta intermedia con relación a la misma que estipula la reducción (entre 1990 y 2000) del 50% de las diferencias al interior de los países adherentes, Argentina adopta una postura más reservada al respecto—reduciendo el nivel de exigencia planteado y extendiendo, a su vez, el

plazo límite establecido para su alcance—, al limitar la reducción de las diferencias a escala provincial y entre los años 1990 y 2015.

## **Datos y Métodos**

Se analiza información producida desde 1990 por la Dirección de Estadística e Información del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS). Para verificar el cumplimiento de las metas asociadas a la reducción de la mortalidad infantil, se analizan las tasas publicadas a partir de 1990. Asimismo, para abordar la reducción de las diferencias entre sectores sociales, geográficos y culturales, se recurre a distintas alternativas, que dependen, por un lado, de la relación que se reconoce que existe entre la mortalidad infantil, la pobreza y las variables de desagregación 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.

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

El tercero de los métodos integra el Coeficiente de Gini, con la adaptación realizada por el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales en sus informes de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para medir la desigualdad en la distribución de las defunciones infantiles entre los grupos de interés<sup>4</sup>. Este coeficiente constituye un número que varía entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad en la distribución del atributo de interés, y 1 con la perfecta desigualdad. Su incorporación obedece a la ventaja que éste presenta con respecto a las estrategias anteriores, al considerar su cálculo las disparidades

---

<sup>4</sup> Para mayor información, se sugiere consultar Consejo de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación (2007:13 y 32).

que se manifiestan en todos los sectores de interés, a diferencia de las brechas, cuyo cálculo requiere únicamente a los valores extremos de la distribución.

Cabe destacar que, para aquellos casos en que no se cuenta con información para los años involucrados en las distintas metas, se utilizan datos de años intermedios bajo el supuesto de que la reducción anual esperada es proporcional. Así, por ejemplo, si se pretende evaluar el cumplimiento de la meta referida a la reducción del 33,3% en el nivel de la mortalidad infantil entre los años 2000 y 2010, y se cuenta con información para 2000 y 2009, la reducción esperada es del 30%, habida cuenta de que la reducción anual estimada debe ser a razón del 3,3%. Del mismo modo, si se intenta indagar el alcance de la meta que establece la eliminación de las diferencias entre sectores sociales entre 1990 y 2010, y se dispone de datos para 1990 y 2009, bajo el supuesto de una reducción anual esperada del 5% del nivel de la mortalidad infantil con relación a 1990, se estima que las disparidades deben reducirse en un 95% con respecto a dicho año.

Por último, la desagregación de las defunciones infantiles en evitables y no evitables utilizada en este trabajo se realiza siguiendo la clasificación propuesta por el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) en el año 2007<sup>5</sup>. La misma se construye sobre la base de las causas de mortalidad definidas en la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), y establece que las defunciones infantiles se podrían haber evitado por: a) acciones de inmuno-prevención; b) adecuada atención de la mujer en el embarazo y parto, o en el recién nacido; c) acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento; y, d) acciones adecuadas de promoción de la salud vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud. En Argentina, la CIE 10 entra en vigencia en 1997, motivo por el cual, los indicadores de mortalidad evitable se presentan recién a partir de dicho año.

## Resultados

En correspondencia con los compromisos asumidos ante la comunidad internacional, Argentina logra reducir de manera considerable el nivel de la mortalidad infantil a partir de

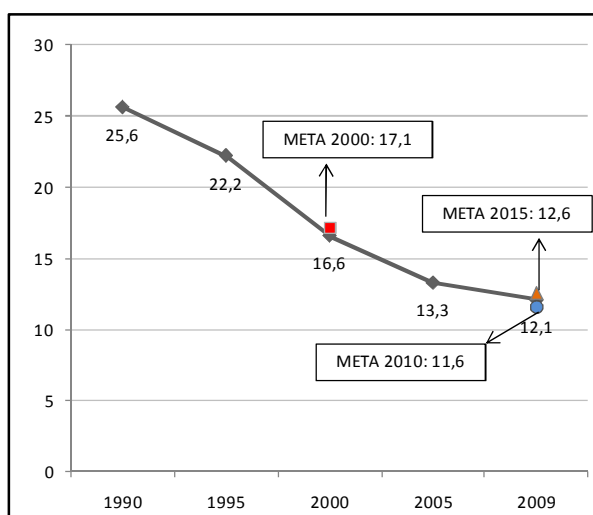
---

<sup>5</sup> La elección de una clasificación diseñada en otro país se debe a una serie de ensayos efectuados a partir de diversas clasificaciones de muertes evitables según criterios de evitabilidad utilizadas en distintos países de América Latina, a saber: Argentina, Chile y Brasil. A partir de los resultados obtenidos, se decide optar por la clasificación utilizada por el SUS de Brasil, en función de que ésta desagrega en mayor medida las defunciones infantiles según los criterios de evitabilidad que contempla; en tanto que la clasificación de Argentina establece diversos criterios de evitabilidad, según se trate de una defunción ocurrida en el periodo neonatal o postneonatal, que no permiten, por ejemplo, asociar una muerte postneonatal a un criterio ligado al periodo neonatal. Asimismo, la clasificación usada en Chile sitúa a la mayor parte de las defunciones dentro del criterio “Evitables por acciones mixtas”, el cual no posibilita, en sí mismo, inferir la combinación exacta de medidas que hubieran impedido su ocurrencia.



1990, año en que ratifica la CDN. Ello se evidencia a partir de la lectura del Gráfico 1, en donde se muestra que la tasa de mortalidad infantil experimenta un notable descenso, superior al 50%, entre 1990 y 2009, al pasar de 25,6 a 12,1 por mil nacidos vivos. No obstante los esfuerzos realizados, del mismo gráfico se desprende que la tendencia del indicador no permite inferir en todos los casos el cumplimiento las metas adheridas en las conferencias internacionales con relación a la reducción del nivel de la mortalidad infantil, que basadas en los derechos reconocidos en la mencionada convención, son celebradas con posterioridad a la misma. A saber: reducir un tercio del mismo entre 1990 y 2000, otro tercio entre 2000 y 2010 y dos tercios entre 1990 y 2015, las cuales, a los efectos de ser identificadas con mayor facilidad, se acuerda en llamar META 2000, META 2010 Y META 2015, respectivamente.

Gráfico 1. Argentina. Evolución de la tasa de mortalidad infantil y cumplimiento de las metas de reducción del nivel de la mortalidad infantil. Por mil nacidos vivos. Periodo 1990-2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados por la DEIS.

En efecto, a pesar de que la información publicada hasta el momento por la DEIS abarca sólo hasta el año 2009<sup>6</sup>, es posible, a partir de la misma, y bajo el supuesto de una reducción anual esperada en forma proporcional, aproximar el grado de avance hacia la concreción de las metas. En este sentido, el Gráfico 1 aporta una primera conclusión, donde los niveles de mortalidad infantil registrados permiten concretar la META 2000, e incluso, superarla, puesto que misma requiere que la mortalidad de los niños menores de 1 año alcance un valor

<sup>6</sup> Otras fuentes de información, tales como el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), ofrecen estimaciones a futuro de la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, se decide no utilizarlas en este trabajo, dado que interesa especialmente mostrar la capacidad de la información producida en el país para monitorear el cumplimiento de los compromisos asumidos en torno a la reducción del nivel de la mortalidad infantil como un impedimento para el ejercicio de los derechos humanos.

equivalente a 17,1 por mil nacidos vivos, cuando en realidad la tasa asume un valor igual a 16,6 por mil nacidos vivos.

Del mismo modo, la tasa registrada en 2009, revela que la tendencia de la mortalidad infantil contribuiría al logro de la META 2015, aún cuando no haría posible la concreción de la META 2010. De este modo, se presenta un primer desafío para el país, que consiste en emprender acciones que aceleren la caída de la tasa para dar cumplimiento a la totalidad de los compromisos adheridos (Gráfico 1).

Por su parte, la Tabla 1 cuantifica el grado de avance hacia las distintas metas, adaptado en función de los años para los cuales se cuenta con información sobre el nivel de la mortalidad infantil. A partir de ella, es posible corroborar una vez más los resultados vertidos en el Gráfico 1. En efecto, mientras que la META 2000 exige una reducción del 33,3% del mencionado nivel, Argentina consigue reducirlo en un 34,9%. Adicionalmente, y una vez más bajo el supuesto de una reducción anual esperada proporcional en el valor de la tasa de mortalidad infantil, la tabla muestra que en tanto la reducción requerida en el periodo 2000-2009 es del 30%, el descenso real es de tan sólo 27%, lo cual ofrece indicios de que Argentina no está en condiciones de lograr la META 2010. Por último, en función del ritmo al cual se está produciendo el decrecimiento de la tasa, y bajo el supuesto de que el mismo se mantuviera constante en el tiempo, el país sí estaría en condiciones de concretar la META 2015, establecida en la Cumbre del Milenio, puesto que en tanto que la reducción teórica esperada entre 1990 y 2009 es del 50,6%, la tasa manifiesta un descenso del 52,9% a lo largo del periodo considerado.

Tabla 1. Argentina. Grado de avance hacia el cumplimiento de las metas 2000, 2010 y 2015

| Meta  | Meta equivalente en función de la información disponible | Reducción esperada (A) | Reducción observada (B) | Porcentaje de avance en relación a la meta $C = (B)/(A) \times 100$ | Reducción real = (C) x (D)* (en porcentajes) |
|---|--|------------------------|-------------------------|---|--|
| META 2000 (reducción teórica = 33,3% al año 2000) | META 2000 (reducción teórica = 33,3% al año 2000)        | 8,5                    | 9                       | 105,9   | 34,9   |
| META 2010 (reducción teórica = 33,3% al año 2010) | META 2010 (reducción teórica = 30% al año 2009)          | 5                      | 4,5                     | 90  | 27   |
| META 2015   | META 2015 (reducción                                     | 13                     | 13,5                    | 103,8   | 52,9   |

|   |                              |  |  |  |  |
|---|------------------------------|--|--|--|--|
| (reducción teórica = 66,6% al año 2009) | teórica = 50,6% al año 2009) |  |  |  |  |
|---|------------------------------|--|--|--|--|

(\*) D equivale a 0,33 para la META 2000, al 0,30 para la META 2010 y al 0,51 para la META 2015, en función de los años para los cuales se dispone de información.

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

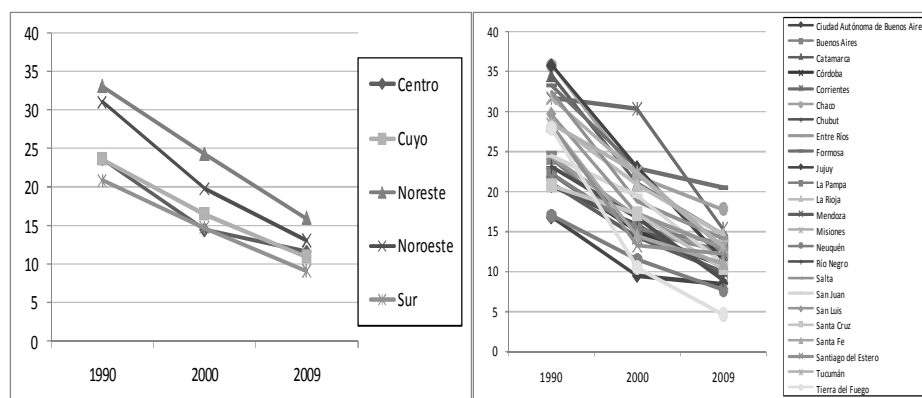
En cuanto al abordaje de la situación del país frente al cumplimiento de las distintas metas vinculadas con la reducción de las diferencias entre sectores geográficos y sociales, éste presenta un inconveniente de gran relevancia, que a su vez da cuenta de la escasa importancia que se le asigna al tema: hasta el momento, en Argentina sólo es posible desagregar la mortalidad infantil en zonas geográficas. En este sentido, si bien los registros vitales incorporan otras variables que dan cuenta del grupo social del pertenencia –tal como la educación alcanzada por la madre del niño nacido o fallecido–, la calidad que éstas presentan (en cuanto al considerable grado de omisión) no posibilita a la fecha el cálculo de indicadores específicos para cada uno de los sectores sociales en cuestión. Por tal motivo, se analiza, en primer lugar, la evolución de la tasa de mortalidad infantil desde 1990 a nivel de regiones<sup>7</sup> y de provincias, representada en el Gráfico 2.

A partir del mencionado gráfico se observa que todas las regiones experimentan un notable descenso en sus tasas de mortalidad infantil a partir de 1990, el cual se produce de manera paulatina. Del mismo también se desprende que las regiones Centro y Sur evidencian, a lo largo de todo el periodo analizado, menores tasas de mortalidad infantil que las restantes, a diferencia de las regiones Noreste y Noroeste, que pueden identificarse como las más postergadas en lo que refiere a los valores de este indicador.

En correspondencia con la realidad regional, todas las provincias experimentan una reducción de la tasa de mortalidad infantil. No obstante los progresos alcanzados, tanto en uno como en otro caso, se evidencia la presencia de disparidades, las cuales parecen persistir en el tiempo (Gráfico 2).

Gráfico 2: Argentina. Evolución de la tasa de mortalidad infantil a nivel de regiones/provincias. Por mil nacidos vivos. Periodo 1990-2009

<sup>7</sup> Para este trabajo, las regiones se conforman de la siguiente manera: Centro (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos); Cuyo (Mendoza, San Juan, La Rioja y San Luis); Noreste (Corrientes, Formosa, Chaco y Misiones); Noroeste (Catamarca, Tucumán, Salta, Jujuy y Santiago del Estero); y Sur (La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego).



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

La Tabla 2 cuantifica las disparidades visualizadas en el Gráfico 2, así como también su evolución en el tiempo, teniendo en cuenta las tres estrategias metodológicas propuestas. A nivel regional, se observa que la brecha absoluta experimenta un paulatino descenso a partir de 1990, aunque el mismo resulta insuficiente para alcanzar la meta establecida en el PAR que solicita la reducción del 50% de las diferencias entre sectores geográficos (y sociales) en el periodo 1990-2000 (la brecha desciende 20,3% al pasar de 12,3 a 9,8 por mil nacidos vivos). Del mismo modo, el valor obtenido al año 2009, no permite inferir la reducción del 95% de las diferencias, tal como lo establece el Plan de Acción de la CIPD (que estipula eliminar las diferencias al interior de los países adherentes al año 2010), bajo el supuesto de una reducción anual esperada proporcional (la brecha se reduce 44,7%, al variar de 12,8 a 6,8 por mil nacidos vivos).

Por el contrario, la evolución de la brecha relativa manifiesta un progresivo incremento entre los años estudiados: a modo de ejemplo, mientras que, en 1990, por cada 10 niños que mueren en la región Sur, 16 lo hacen en la región Noreste, en 2009, esa razón asciende a 17. Más allá del incumplimiento de las metas asumidas en las conferencias, ello acusa una posición contraria del país frente a lo que se promueve desde el marco de los derechos humanos, es decir, la reducción progresiva de las diferencias y la garantía de que los derechos sean ejercidos con igualdad de oportunidades (Tabla 2).

Por su parte, el Coeficiente de Gini se ve incrementado entre 1990 y 2000, para luego marcar un descenso en 2009, lo cual, no sólo permite inferir que las metas no son alcanzadas, sino que a la vez señala una nueva violación hacia los principios que postulan los tratados y conferencias basados en los derechos humanos (Tabla 2).

A nivel de provincias, tanto la brecha absoluta como el Coeficiente de Gini sufren un incremento entre 1990 y 2000, lo que da indicios de la no garantía en la igualdad de oportunidades en las distintas jurisdicciones, a la vez que señala el incumplimiento de la meta

del PAR. Ambos indicadores experimentan un descenso en el año 2009, obteniendo valores que, comparados con los calculados para 1990 (19 por mil nacidos vivos y 0,099), representan una reducción del 16,3% (al pasar a valer 15,9 por mil nacidos vivos) y 8% (al alcanzar un valor igual a 0,091), respectivamente. Esto último no permite concluir el alcance de la meta propuesta en el Plan de Acción de la CIPD (de acuerdo a la cual, las diferencias debieran reducirse en un 95% entre los años analizados), pero sí, en ambos casos, el logro de la meta fijada a nivel nacional en el marco de los ODM, meta que, recurriendo nuevamente al supuesto de una reducción anual esperada en forma proporcional –que en este caso sería de tan sólo 0,4%– requiere una reducción del 7,6% de las disparidades interprovinciales entre 1990 y 2009 (Tabla 2).

En cuanto a la evolución de la brecha relativa, la situación observada a escala provincial, no sólo reproduce la tendencia a nivel regional, sino que el mismo tiempo, da cuenta de una realidad aún más alarmante, al exhibir valores considerablemente superiores. En efecto, y modo de ejemplo, mientras que en 1990 por cada 10 niños que fallecen en la Ciudad de Buenos Aires, aproximadamente 21 fallecen en Jujuy. En 2009, en cambio, por cada 10 niños que mueren en Tierra del Fuego, 45 lo hacen en Formosa (Tabla 2).

Tabla 2. Nivel y diferencias de la mortalidad infantil a nivel de regiones/provincias.  
Años 1990, 2000 y 2009

| Año                 | Región/Provincia de mayor mortalidad infantil | Región/Provincia de menor mortalidad infantil | Diferencia |          |                    |
|---------------------|---|---|------------|----------|--------------------|
| A nivel de regiones |   |   |            |          |                    |
| 1990                | Noreste                                       | Sur   | Absoluta   | Relativa | Coficiente de Gini |
|                     | 33,1  | 20,8  | 12,3       | 1,59     | 0,052              |
| 2000                | Noreste                                       | Centro  | Absoluta   | Relativa | Coficiente de Gini |
|                     | 24,3  | 14,5  | 9,8        | 1,68     | 0,072              |
| 2009                | Noreste                                       | Sur   | Absoluta   | Relativa | Coficiente de Gini |

|                       |            |                                 |          |          |                      |
|-----------------------|------------|---------------------------------|----------|----------|----------------------|
|                       | 16         | 9,2                             | 6,8      | 1,74     | 0,045                |
| A nivel de provincias |            |                                 |          |          |                      |
| 1990                  | Jujuy      | Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Absoluta | Relativa | Coefficiente de Gini |
|                       | 35,8       | 16,8                            | 19       | 2,13     | 0,099                |
| 2000                  | Corrientes | Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Absoluta | Relativa | Coefficiente de Gini |
|                       | 30,4       | 9,4                             | 21       | 3,23     | 0,123                |
| 2009                  | Formosa    | Tierra del Fuego                | Absoluta | Relativa | Coefficiente de Gini |
|                       | 20,5       | 4,6                             | 15,9     | 4,46     | 0,091                |

Nota: Los niveles de mortalidad y las diferencias absolutas están expresados por mil nacidos vivos.

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

Como ya se mencionara anteriormente, la información existente hasta el momento en Argentina no permite establecer comparaciones entre grupos sociales. Sin embargo, es posible, a partir de clasificar las defunciones registradas de acuerdo a la causa que las produce, discriminar si las mismas pertenecen al grupo de las consideradas “evitables” o bien, si corresponden a aquellas que no podrían haber sido evitadas de ninguna manera, en función de los recursos disponibles en un determinado momento.

Con base en lo anterior, puede afirmarse que son las muertes evitables las que efectivamente comprometen el pleno ejercicio de los derechos humanos, puesto que son susceptibles de ser controladas y contrarrestadas, a diferencia de las muertes consideradas no evitables, cuya ocurrencia no puede ser impedida con los recursos vigentes en un momento dado.

En Argentina, las muertes evitables ocupan un lugar de suma relevancia en el total de las muertes infantiles. En efecto, en 1997, cerca de 64 de cada 100 defunciones infantiles contabilizadas podrían haberse impedido. En 2009, si bien su participación se reduce con respecto a 1997, dicho descenso dista de ser significativo, puesto que en ese año aproximadamente 58 de cada 100 defunciones infantiles se incluyen dentro de esta categoría.

La Tabla 3 intenta comparar las diferencias en los niveles de mortalidad infantil y mortalidad infantil evitable a nivel de provincias, a partir de 1997. En términos generales, se observa que las disparidades se acentúan cuando se trata de la mortalidad por causas evitables. En lo que refiere a las brechas absolutas, tanto en uno como en otro caso, se evidencia un incremento de las diferencias entre los años 1997 y 2000 –que no permite dar cumplimiento a ninguno de los compromisos asumidos en el ámbito internacional–, para luego decrecer en 2009. No obstante este último avance en cuanto a la reducción de las disparidades, éste no logra cubrir el 60% requerido según la meta del Plan de Acción de la CIPD (de hecho, las mismas se reducen

14,5% en el caso de las defunciones totales y 15,9% en el caso de las evitables), aunque sí posibilita para ambos indicadores el alcance de la meta incorporada a nivel nacional en el Plan de los ODM, donde la reducción requerida es del 4,8%.

A pesar de que la evolución de las brechas absolutas posibilita alcanzar algunas de las metas comprometidas, las brechas relativas impiden cumplir con todas ellas. En este sentido, se evidencia un incremento sostenido de las diferencias tanto en el nivel de la mortalidad infantil como en el de la mortalidad infantil evitable, siendo pronunciadamente superior en el último caso. A modo de ejemplo, mientras que en 1997, por cada 10 niños que mueren en Tierra del Fuego, 27 mueren en Formosa; en 2009, dicha razón asciende a 10 y 45. Si en cambio se consideran únicamente las muertes evitables, en 1997, por cada 10 niños que mueren en Tierra del Fuego, 32 mueren en Formosa; en tanto que en 2009, dicha razón aumenta a 10 y 121. Al mismo tiempo que no permite inferir la concreción de las distintas metas, esto último da cuenta de la postura que adopta el país en materia de derechos humanos, la cual contrariamente a lo que éstos promueven, no logra garantizar el ejercicio progresivo de los derechos y la igualdad de oportunidades (Tabla 3).

En cuanto a la trayectoria del Coeficiente de Gini, en ambos casos éste experimenta un incremento entre 1997 y 2000 (que señala un incumplimiento con las metas, a la vez que acusa una conducta inaceptable en materia de los derechos humanos), y posteriormente un descenso, entre 2000 y 2009. A pesar de que dicho descenso puede considerarse insignificante, en el caso de las defunciones infantiles generales (donde se traduce en un valor cercano al 5,2%), hace posible la concreción de la meta nacional adicionada a los ODM, cuya reducción esperada en ese periodo, cabe recordar, es del 4,2%. Por el contrario, no permite que se consiga la meta fijada en el Plan de Acción de la CIPD. Si, en cambio, sólo se consideran las muertes que podrían haber sido evitadas, la tendencia del mencionado coeficiente no permite cumplir con ninguna de las metas, lo cual pone en evidencia los desafíos pendientes para el país para avanzar hacia la plena realización de los derechos a la salud y a la vida (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel y diferencias de la mortalidad infantil y mortalidad infantil evitable a nivel de provincias. Años 1997, 2000 y 2009

| Año                 | Provincia de mayor mortalidad infantil | Provincia de menor mortalidad infantil | Diferencia |          |                     |
|---------------------|--|--|------------|----------|---------------------|
| Mortalidad infantil |  |  |            |          |                     |
| 1997                | Formosa                                | Tierra del Fuego                       | Absoluta   | Relativa | Coeficiente de Gini |
|                     | 29,8                                   | 11,2                                   | 18,6       | 2,66     | 0,096               |

|                              |            |                                 |          |          |                      |
|------------------------------|------------|---------------------------------|----------|----------|----------------------|
| 2000                         | Corrientes | Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Absoluta | Relativa | Coefficiente de Gini |
|                              | 30,4       | 9,4                             | 21       | 3,23     | 0,123                |
| 2009                         | Formosa    | Tierra del Fuego                | Absoluta | Relativa | Coefficiente de Gini |
|                              | 20,5       | 4,6                             | 15,9     | 4,46     | 0,091                |
| Mortalidad infantil evitable |            |                                 |          |          |                      |
| 1997                         | Formosa    | Tierra del Fuego                | Absoluta | Relativa | Coefficiente de Gini |
|                              | 22,1       | 7                               | 15,1     | 3,15     | 0,114                |
| 2000                         | Corrientes | Tierra del Fuego                | Absoluta | Relativa | Coefficiente de Gini |
|                              | 22,3       | 3,9                             | 18,4     | 5,68     | 0,156                |
| 2009                         | Formosa    | Tierra del Fuego                | Absoluta | Relativa | Coefficiente de Gini |
|                              | 13,9       | 1,1                             | 12,7     | 12,11    | 0,135                |

Nota: Los niveles de mortalidad y las diferencias absolutas están expresados por mil nacidos vivos.

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS en base a la clasificación de defunciones infantiles evitables propuesta por el SUS.

Los datos disponibles revelan situaciones más alarmantes, a medida que se avanza en el nivel de desagregación de las defunciones analizadas. En este sentido, la Tabla 4 presenta la evolución de las diferencias interprovinciales registradas entre los niveles de muertes evitables en el periodo 1997-2009 y de acuerdo a los criterios que podrían haber contribuido a impedir su ocurrencia. En términos de las brechas absolutas, la tabla muestra que, independientemente del criterio de evitabilidad al cual se haga referencia, todos ellos consiguen reducir las diferencias interprovinciales en el nivel de la mortalidad, superando en todas las ocasiones la reducción del 4,2% establecida de acuerdo a la meta nacional en el Plan de los ODM. Adicionalmente, sólo en el caso de las defunciones vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud, se consigue concretar la meta fijada en el Plan de Acción de la CIPD (que plantea la reducción del 60% de las diferencias), puesto que, en esta oportunidad, las disparidades disminuyen el 68,7%. La excepción a lo logros la constituyen las diferencias en el nivel de defunciones atribuidas a acciones inadecuadas (o inexistentes) de diagnóstico y tratamiento, cuya evolución en el tiempo denota una regresión en la garantía de la igualdad de oportunidades.

Por su parte, la tendencia de las brechas relativas arroja conclusiones menos alentadoras, ya que éstas se incrementan de manera considerable entre los años estudiados, dando una vez más muestras de incumplimiento frente a los compromisos contraídos en el plano internacional, y en lo que refiere a garantía en el goce de los derechos humanos. Del mismo



modo, el comportamiento del Coeficiente de Gini se corresponde con las observaciones realizadas.

Tabla 4. Diferencias de la mortalidad infantil y mortalidad infantil evitable a nivel de provincias según criterios de evitabilidad seleccionados. Años 1997 y 2009

| Criterio de evitabilidad  | Diferencia absoluta |      | Diferencia relativa |       | Coeficiente de Gini |       |
|---|---------------------|------|---------------------|-------|---------------------|-------|
|   | 1997                | 2009 | 1997                | 2009  | 1997                | 2009  |
| Defunciones evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo  | 63,6                | 52,7 | 10,19               | 43,88 | 0,236               | 0,3   |
| Defunciones evitables por adecuada atención de la mujer en el parto   | 22,8                | 17,3 | 5,89                | 21,38 | 0,19                | 0,268 |
| Defunciones evitables por adecuada atención en el recién nacido   | 83,5                | 63,8 | 5,51                | 22,1  | 0,143               | 0,183 |
| Defunciones evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento   | 30                  | 35,9 | 7,75                | -     | 0,222               | 0,29  |
| Defunciones evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones de atención a la salud | 61,4                | 19,2 | 23,37               | -     | 0,319               | 0,331 |

Notas: 1. Las diferencias absolutas están expresadas por 10000 nacidos vivos. 2. Dada su escasa participación en el total de las defunciones evitables, se omite el cálculo de las diferencias en la distribución de las muertes ligadas a acciones inadecuadas de inmuno-prevención.

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS en base a la clasificación de defunciones infantiles evitables propuesta por el SUS.

Por último, resulta interesante analizar las diferencias encontradas en la distribución de las muertes evitables en función a las causas más frecuentes. En Argentina, en 1997, las defunciones vinculadas a la dificultad respiratoria en el recién nacido ocupan el primer lugar dentro de las muertes por causas evitables (17,1% del total de las muertes evitables), seguidas de las defunciones atribuidas a trastornos relacionados con la corta duración de la gestación y el bajo peso al nacer (15,5%) y las infecciones específicas del periodo perinatal (10,5%). En 2009, la composición de la estructura de la mortalidad por causas evitables sufre algunas modificaciones, aunque no de manera sustancial; en efecto, las defunciones relacionadas con los trastornos de corta duración y el bajo peso al nacer pasan a ocupar el primer lugar (22% de las muertes evitables), seguidas de aquellas asociadas a dificultad respiratoria en el recién nacido (16,8%) y las infecciones específicas del periodo perinatal (10,9%)<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> A pesar de que las causas señaladas presentan una notable participación en el total de las muertes evitables, los niveles de mortalidad asociados a las mismas experimentan una caída entre 1997 y 2009. En efecto, la tasa asociada a dificultades respiratorias del recién nacido desciende un 42,2%, al pasar de 20,6 a 11,9 por 10000 nacidos vivos; la tasa referida a trastornos relacionados con la gestación de corta duración o el bajo peso al nacer se reduce un 17% (al pasar de 18,8 a 15,6 por 10000 nacidos vivos); y la tasa referida a infecciones específicas que tienen lugar durante el periodo perinatal decrece un 38,9% (cuando cambia de 12,6 a 7,7 por 10000 nacidos vivos).

La Tabla 5 muestra las disparidades existentes a nivel de provincias en cuanto al nivel de defunciones evitables ligadas a las causas señaladas y entre los años 1997 y 2009. Una primera lectura a la misma permite corroborar una vez más que, a medida que la información disponible es más desagregada, tienden a hacerse visibles realidades que acusan la persistencia de desigualdades en el tiempo, y más aún, que las acentúan.

En el sentido de las brechas absolutas, se observa que en los tres casos analizados las mismas manifiestan un descenso, lo que estaría dando cuenta de los avances en cuanto al logro de la igualdad de oportunidades. Dichos logros resultan insuficientes para estimar el cumplimiento de la meta establecida en el Plan de Acción de la CIPD, la cual supone una reducción del 60% de las diferencias. No obstante, posibilitan en todos los casos inferir el alcance de la meta asumida a nivel nacional, cuya reducción esperada es del 4,2% en el periodo considerado (las disparidades se reducen el 19,8% en el caso de las defunciones ligadas a la dificultad respiratoria en el recién nacido, el 14,9% en lo que respecta a las defunciones relacionadas con la gestación de corta duración y el bajo peso al nacer y el 13,9% en lo concerniente a ciertas infecciones específicas del periodo perinatal) (Tabla 5).

Del mismo modo que en casos analizados en párrafos anteriores, y en correspondencia con la lectura general hecha a la tabla, las tendencias de las brechas relativas y del Coeficiente de Gini apuntan a un incremento de las disparidades (Tabla 5).

Tabla 5. Argentina. Nivel y diferencias de la mortalidad infantil por las tres causas de mortalidad infantil evitable más frecuentes. Años 1997 y 2009

| Año  | Provincia de mayor mortalidad infantil | Provincia de menor mortalidad infantil | Diferencia |          |                     |
|--|--|--|------------|----------|---------------------|
| Dificultad respiratoria del recién nacido  |  |  |            |          |                     |
| 1997   | Formosa                                | Neuquén                                | Absoluta   | Relativa | Coeficiente de Gini |
|  | 51                                     | 0,9                                    | 50,1       | 56,67    | 0,203               |
| 2009   | San Luis                               | Salta                                  | Absoluta   | Relativa | Coeficiente de Gini |
|  | 40,6                                   | 0,4                                    | 40,2       | 101,5    | 0,308               |
| Trastornos relacionados con la gestación de corta duración y el bajo peso al nacer |  |  |            |          |                     |
| 1997   | Catamarca                              | Santiago del Estero                    | Absoluta   | Relativa | Coeficiente de Gini |
|  | 66,6                                   | 3,6                                    | 63         | 18,5     | 0,31                |
| 2009   | Tucumán                                | San Luis                               | Absoluta   | Relativa | Coeficiente de Gini |
|  | 53,6                                   | -                                      | 53,6       | -        | 0,339               |
| Infecciones específicas del periodo perinatal                                      |  |  |            |          |                     |

|      |            |                  |          |          |                      |
|------|------------|------------------|----------|----------|----------------------|
| 1997 | Corrientes | Tierra del Fuego | Absoluta | Relativa | Coefficiente de Gini |
|      | 31         | 0                | 31       | -        | 0,246                |
| 2009 | Chaco      | Tierra del Fuego | Absoluta | Relativa | Coefficiente de Gini |
|      | 26,7       | 0                | 26,7     | -        | 0,303                |

Nota: Los niveles de mortalidad y las diferencias absolutas están expresados por 10000 nacidos vivos.

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS en base a la clasificación de defunciones infantiles evitables propuesta por el SUS.

La importancia de abordar los diferenciales que se presentan en la distribución al interior del país de las defunciones atribuidas a las causas mencionadas trasciende el hecho de que éstas presentan mayor peso en el total de defunciones reducibles. Un análisis detallado de cada una de ellas por separado da cuenta de que las mismas responden a dos criterios de evitabilidad bien diferenciados: mientras que las muertes ocurridas por dificultad respiratoria en el recién nacido o bien, por infecciones específicas del periodo perinatal pueden ser reducidas con medidas adecuadas de atención al recién nacido; las relacionadas con la prematurez y el bajo peso al nacer pueden ser omitidas con la apropiada atención de la mujer durante el embarazo. A pesar de la reducción de los niveles de mortalidad específica, las tasas más recientes reflejan la necesidad de que el Estado insista en la garantía de los derechos humanos no sólo del niño, sino también de su hogar de pertenencia, comenzando por fortalecer las capacidades de las familias para brindar la protección y el cuidado especial que el niño requiere desde el momento de la concepción. Al mismo tiempo, queda en evidencia la necesidad de reforzar el sistema de salud, para que todos los niños reciban las atenciones que demandan a partir del instante en que nacen.

## Conclusiones

Argentina reduce considerablemente el nivel de la mortalidad infantil desde 1990; sin embargo, el ritmo al que se produce este descenso no resulta suficiente para alcanzar todas las metas establecidas en las conferencias internacionales. Se presenta entonces un primer desafío para el país, que consiste en emprender acciones que aceleren su caída.

En cuanto a las metas vinculadas con la reducción de las brechas en la mortalidad entre sectores geográficos y sociales, según los criterios metodológicos y el grado de desagregación que se utilicen, los resultados pueden variar. En algunos casos, ni siquiera la meta fijada a nivel nacional (menos exigente) logra alcanzarse sino que, por el contrario, las disparidades,

lejos de reducirse, se incrementan. La situación se agrava más aún, si se consideran específicamente las muertes evitables, donde las diferencias no sólo se acentúan sino que, además, tienden a perdurar en el tiempo.

La persistencia de disparidades en el nivel de la mortalidad infantil entre las distintas áreas geográficas se traduce en la presencia de inequidades en el ejercicio del derecho a la vida. De modo que, no se trata sólo de alcanzar una meta, sino de desplegar todos los esfuerzos que sean necesarios para lograr la universalidad en el ejercicio de un derecho elemental, sin el cual, no resulta posible ejercer ninguno de los derechos restantes. Se trata de promover el bienestar de todos los niños, y no de poner en juego la vida de aquellos que pertenecen a los sectores más desfavorecidos de la sociedad.

Por último, se debe destacar el hecho de que falta de una metodología acordada para el monitoreo de los compromisos asumidos en materia de derechos humanos puede llevar a que un país utilice la estrategia más conveniente para presentar sus informes ante la comunidad internacional y de esa manera obtener un “rótulo” que indique que cumple con los compromisos asumidos ante la misma. Lo más grave es que con ello se corre el riesgo de restarle importancia a una problemática tan grave como lo es la muerte evitable de un niño, lo que en definitiva constituye una de las máximas violaciones hacia los derechos humanos.

### **Bibliografía de referencia**

- CEPAL (1996). *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*. Santiago de Chile. En <[http://www.eclac.org/\\_vti\\_bin/shtml.dll/celade/publica/lcg1920e/LCG1920e-todo.html/map](http://www.eclac.org/_vti_bin/shtml.dll/celade/publica/lcg1920e/LCG1920e-todo.html/map)>
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (2008). *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos y sociales*. En <[http://www.cidh.oas.org/pdf\\_files/Lineamientos\\_final.pdf](http://www.cidh.oas.org/pdf_files/Lineamientos_final.pdf)>
- DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA. *Anuarios 1990, 1997, 2000 y 2009*.  
 \_\_\_\_\_ . *Bases de nacimientos y defunciones infantiles. Años 1990, 1997, 2000 y 2009*.
- FERRER, M. (2005). “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.
- IIDH - UNFPA (2009). *Derechos humanos en la agenda de población y desarrollo. Vínculos conceptuales y jurídicos, estándares de aplicación*, San José de Costa Rica.
- NACIONES UNIDAS (1990). *Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño*. Cumbre Mundial a favor de la infancia. Nueva York. En <<http://www.unicef.org/wsc/declare.htm>>

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

PLAN DE ACCIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA DECLARACIÓN MUNDIAL SOBRE LA SUPERVIVENCIA, LA PROTECCIÓN Y EL DESARROLLO DEL NIÑO EN EL DECENIO DE 1990.

PNUD (2006). *Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Establecimiento de una relación*. Oslo, Noruega. En <[http://www.undp.org/oslocentre/docs08/mdg\\_spanish\\_web.pdf](http://www.undp.org/oslocentre/docs08/mdg_spanish_web.pdf)>

RED INTERAGENCIAL DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD – ORGANIZACIÓN (2002) *Derechos del Niño. Seguimiento de la Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Buenos Aires, Argentina.

\_\_\_\_\_ *Un mundo apropiado para los niños y las niñas*.

\_\_\_\_\_ *Convención sobre los Derechos del Niño: Aplicación*. En <[http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_30208.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30208.html)>