



MORTALIDAD EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA EN ARGENTINA Y BRASIL. ENTRE COMPROMISOS DE DISMINUCIÓN Y POSIBILIDADES DE MONITOREO

ELEONORA SOLEDAD ROJAS CABRERA*
MARÍA MARTA SANTILLÁN PIZARRO**

Resumen

Este trabajo indaga sobre las posibilidades de las fuentes de información oficial en Argentina y Brasil para monitorear los compromisos relacionados con la reducción de la mortalidad en los primeros años de vida asumidos en el marco de la adhesión a la Convención sobre los Derechos del Niño y a las posteriores conferencias basadas en su texto. En otras palabras, intenta responder los siguientes interrogantes: ¿En qué medida la información registrada permite dar seguimiento a tales compromisos? ¿Qué calidad presenta dicha información? ¿Cumple con los requisitos de periodicidad y desagregación? ¿Se respeta el principio de rendición de cuentas? El análisis de la información proveniente de las fuentes referidas permite concluir que, si bien es posible monitorear la mayoría de los compromisos asumidos, existen algunas dificultades ligadas al seguimiento en el tiempo de las diferencias entre sectores sociales, geográficos y culturales. Esto último acusa la necesidad de redoblar los esfuerzos en todas las etapas del proceso de generación, tratamiento y presentación de los datos.

Palabras clave: derechos humanos; mortalidad en la niñez; monitoreo de compromisos asumidos; sistemas de información; Argentina y Brasil.

Abstract:

This paper aims to analyze the possibilities of official data sources in Argentina and Brazil for monitoring the commitments related to the reduction of under five-year-old mortality level, both in the context of

* Magíster y Doctora en Demografía. Especialista en Diseño de Encuestas y Análisis de Datos para la Planificación Social. Técnica en Investigación Socioeconómica. Becaria Postdoctoral del Centro de Investigaciones y Estudios sobre la Cultura y la Sociedad (CIECS). Afilación institucional: Unidad Ejecutora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) - Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Córdoba. Argentina.

** Magíster y Doctora en Demografía. Ingeniera de Sistemas. Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios sobre la Cultura y la Sociedad (CIECS). Unidad Ejecutora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) - Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Córdoba. Argentina.

accession to the Convention on the Rights of the Child and later international conferences based on it. In other words, it aims to answer the following questions: Does recorded information allow monitoring all the commitments? What about its quality? Is it periodic and disaggregated? It is published according to the principle of accountability, is it published? Although the data sources allow monitoring most of the commitments, there are some difficulties linked to observing the differences between social, geographical and cultural sectors. Then, it is needed to increase the efforts related to producing information.

Keywords: *human rights, child mortality; monitoring commitments; information systems; Argentina and Brazil.*

Introducción

La mortalidad en la niñez conforma una de las principales problemáticas que potencian los factores de vulnerabilidad intrínsecos de los niños y comprometen el pleno goce de sus derechos. En efecto, la misma atenta contra el ejercicio de los derechos esenciales a la salud y a la vida, al tiempo que refleja los impedimentos que presenta, tanto el niño como su hogar de pertenencia, para ejercer los restantes derechos. Por tal motivo, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989) establece que se deben emprender todas las acciones que resulten necesarias para “reducir la mortalidad infantil y en la niñez” (artículo 24, inciso 2a).

De la lectura de la CDN también se deduce que la reducción de la mortalidad en la niñez debe ser alcanzada en condiciones de igualdad y no discriminación (CDN, 1989: Artículo 2). En consecuencia, no basta con disminuir el nivel de defunciones en términos generales, sino que además, los Estados deben priorizar a los sectores más desfavorecidos (cuyos niveles de mortalidad, generalmente, son más

elevados que los que experimentan los demás sectores), a fin de garantizar el acceso universal a los derechos humanos con justicia social.

La importancia de la CDN radica, principalmente, en que la misma constituye un instrumento de derechos humanos legalmente vinculante. En otras palabras, el incumplimiento de las obligaciones que emanan de la misma trae aparejada la posibilidad de su exigibilidad por vía judicial, al tiempo que responsabiliza a los Estados adherentes¹ ante la comunidad internacional (Unicef, s.f.). Sin embargo, en relación específica a la mortalidad en la niñez, su texto es limitado, al no estipular niveles de mortalidad a alcanzar en plazos de tiempo definidos.

En razón de lo anterior, se torna fundamental el papel que desempeñan las conferencias internacionales celebradas con posterioridad a la CDN, las cuales, basadas en los derechos reconocidos en la misma, refuerzan sus “vagos” enunciados. Dichas

1 Cuando un Estado se adhiere a un tratado de derechos humanos, se compromete a realizar los esfuerzos necesarios para respetar, proteger y garantizar el ejercicio de los derechos contemplados en el mismo.

conferencias plantean metas cuantificables que refieren a la reducción del nivel de la mortalidad en los primeros años de vida, es decir, establecen cuánto reducir y en cuánto tiempo, y, simultáneamente, establecen metas de reducción de las diferencias en los niveles de mortalidad entre sectores sociales, geográficos y culturales, teniendo en cuenta los mismos periodos. De igual manera, algunas de ellas refieren a ciertas causas específicas de muerte consideradas evitables, ligadas particularmente a la presencia de condiciones de vida inadecuadas. 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.

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 sus textos². Ello supone que 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; y permitir la identificación de las causas de muerte, a los efectos de distinguir aquellas que son evitables. Dichas condiciones resultan no solo relevantes para el seguimiento de los compromisos asumidos ante la comunidad internacional sino que, además, refuerzan la capacidad de los Estados en lo concerniente a la planificación, el monitoreo y la evaluación de las políticas públicas.

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 estos últimos 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.

2 En el caso de la CDN, los Estados Parte deben presentar informes periódicos "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, 1989: artículo 44).

Entre ellos, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) - División de Población de la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) y el Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez³ (IGME, por sus siglas en inglés), los cuales, apoyados en diversas fuentes de datos que varían en función de cada país⁴, estiman niveles de la mortalidad para los primeros años de vida y, posteriormente, los cotejan con aquellos publicados al interior de cada país (Cepal y Unicef, 2011).

Independientemente de la fuente de datos que se utilice, la tendencia que describen tasas de mortalidad calculadas a partir de la información disponible en los mencionados países denota que los mismos se han esforzado por dar alcance a los compromisos asumidos, lo cual constituye una expresión material concreta de la intención de avanzar hacia el logro de los derechos de los niños y, en particular, en la reducción de la mortalidad en la niñez. A modo de ejemplo, las estimaciones quinquenales confeccionadas por el Celade-División de Población de la Cepal (Revisión 2011) exhiben un descenso notable en

los niveles de mortalidad desde 1990⁵. En efecto, 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, y luego disminuyen de manera paulatina 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; particularmente: 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, estas adquieren valores equivalentes a 23,5 y 33,2 por mil nacidos vivos, en ese orden.

Así también, los datos disponibles permiten concluir que, no obstante la reducción del nivel de la mortalidad registrada en ambos países, no resulta posible inferir el cumplimiento de todos los compromisos asumidos a nivel internacional. Tal como lo afirman Santillán y Rojas (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 este

3 Conformado, en 2004, por expertos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial, la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU) y miembros de la comunidad académica (Cepal y Unicef, 2011).

4 Dichas fuentes son convenientemente precisadas en el apartado metodológico en los casos de Argentina y Brasil.

5 En dicho año se produce la firma y ratificación por parte de Argentina y Brasil a la CDN. Para más información se sugiere consultar: http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en [Consulta 19 de junio de 2013].

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 significativa resaltada en la investigación de las autoras mencionadas, alude a las restricciones en relación a la disponibilidad de información desagregada, cuestión fundamental para los mencionados países, ambos integrantes de América Latina, región categorizada como la “menos equitativa del mundo”⁶ (Cepal, 2006: 178). Tal como es señalado, ello podría interpretarse como una muestra de la escasa importancia que los mismos otorgan a la problemática de la equidad (Santillán y Rojas, 2011).

En este contexto, en el presente documento se intenta, mediante un análisis de las estadísticas oficiales que refieren a la realidad de cada país, sistematizar las posibilidades y los desafíos de las fuentes de información disponibles para dar seguimiento a los compromisos asumidos en relación con la reducción de la mortalidad durante los primeros años de vida. 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 conferencias subsiguientes por parte de Argentina y Brasil. Posteriormente, se precisan las fuentes de información y la metodología utilizadas para dar alcance a los objetivos establecidos en este trabajo. Finalmente, se presentan los resultados y las respectivas conclusiones.

Los compromisos asumidos por Argentina y Brasil

Concretamente, los compromisos internacionales asumidos por Argentina y Brasil se sintetizan de la siguiente manera:

- El texto de la CDN y, en particular, el artículo 24 que hace referencia al derecho a la salud.
- Las metas de los planes de acción de las siguientes conferencias⁷: la Conferencia Internacional

6 Esta categorización viene dada en función de las disparidades observadas entre países y, fundamentalmente, al interior de los mismos. En el caso puntual de la mortalidad en la niñez, si bien en las últimas décadas los Estados latinoamericanos logran reducir las tasas vinculadas, dicho logro dista de ser equitativo entre los distintos grupos sociales y regiones geográficas (Cepal y Unfpa, 2009).

7 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.

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).

- Los exámenes del Comité de los Derechos del Niño a los informes periódicos presentados por los Estados⁸. Concretamente, se analizan los exámenes a los segundo, tercero y cuarto informes presentados por Argentina⁹.

En las tablas 1, 2 y 3 se resumen los compromisos ligados a la mortalidad en la niñez. La primera refiere a los objetivos y metas de reducción del nivel de la mortalidad en esta etapa de la vida 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 determinadas 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 en los primeros años. No obstante esta coincidencia, en lo concerniente 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 en Favor de la Infancia le interesan las diferencias al interior del país y entre las niñas. Asimismo, si bien los ODM no plantean metas relacionadas a las desigualdades a nivel internacional, Argentina incorpora en el marco de este plan de acción una meta propia de reducción de desigualdades entre provincias¹⁰ (CNCPS, s.f.). Por último, el Comité de los Derechos del Niño hace foco en las diferencias de la mortalidad al interior de este país entre los distintos grupos socioeconómicos, geográficos y étnicos, y, además, en la mortalidad neonatal, tal como se desprende de los exámenes de los últimos informes presentados por el mismo.

8 En relación con lo comentado en la Nota 2, los informes periódicos de progreso que los Estados Parte confeccionan deben ser remitidos para su examen al Comité de los Derechos del Niño (órgano de vigilancia de la CDN). A partir de su evaluación, dicho comité señala los motivos de preocupación y formula recomendaciones específicas para cada caso.

9 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. Si bien todos estos informes han sido evaluados oportunamente, en este trabajo se consideran únicamente los exámenes que incluyen recomendaciones concretas en relación a la mortalidad en los primeros años de vida.

10 Si bien Brasil plantea metas de reducción de disparidades a nivel nacional (por ejemplo, las derivadas del "Compromiso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal - Mortalidade Infantil" (Ministerio da Saúde, 2009) en el marco del "Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal" (Ministerio da Saúde, 2004), no lo hace como incorporación explícita a las conferencias señaladas. Por esta razón, estas no son consideradas en este documento.

Tabla 1
Resumen y adaptación de los compromisos asumidos por Argentina y Brasil vinculados a la reducción del nivel general de la mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años (*)

Compromiso asumido en el 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 2.º 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 3.º y 4.º 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.	

(*) Aclaraciones: a) Las tablas incluyen los compromisos que hacen mención específica de la reducción de las muertes asumidos para años posteriores a 2000. 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 solo a los menores de 5 años. Por este motivo, el objetivo es adaptado.

Fuente: Elaboración propia con base en los textos de la CDN, de los planes de acción de las conferencias internacionales posteriores apoyadas en dicha convención y de las devoluciones de los informes remitidos al Comité de los Derechos del Niño vinculadas con la reducción de la mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años.

Tabla 2
Resumen y adaptación de los compromisos asumidos por Argentina y Brasil
ligados a la reducción de las diferencias entre sectores
geográficos y sociales (*)

Compromiso asumido en el 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. 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.º 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.º 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.º y 4.º 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>	

(*) Aclaraciones: a) Las tablas incluyen los compromisos que hacen mención específica de la reducción de las muertes asumidos para años posteriores a 2000. 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. c) 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 con base en los textos de la CDN, de los planes de acción de las conferencias internacionales posteriores apoyadas en dicha convención y de las devoluciones de los informes remitidos al Comité de los Derechos del Niño vinculadas con la reducción de la mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años.

Tabla 3
Resumen y adaptación de los compromisos asumidos por Argentina y Brasil vinculados a la reducción de la mortalidad por causas específicas (*)

Compromiso asumido a nivel internacional	Adaptación Argentina	Adaptación Brasil
“El Comité (...).también toma nota que de diez muertes de lactantes seis podrían evitarse con medidas de bajo costo” (Apartado 46, parte, Examen del 2.º 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 los compromisos que hacen mención específica de la reducción de las muertes asumidos para años posteriores a 2000. 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.

Fuente: Elaboración propia con base en los textos de la CDN, de los planes de acción de las conferencias internacionales posteriores apoyadas en dicha convención y de las devoluciones de los informes remitidos al Comité de los Derechos del Niño vinculadas con la reducción de la mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años.

Asimismo, a nivel de planes de acción que emanan de las conferencias, el único que refiere a causas específicas 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 puntuales para reducir la mortalidad en la niñez como consecuencia de la diarrea, las infecciones de las vías respiratorias, el sarampión y la tuberculosis. Especialmente, en el caso de 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).

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 publicaciones relativas al tema confeccionadas por

el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) de Argentina, y el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) de Brasil. En ese sentido, resulta conveniente comentar que ambas oficinas suelen difundir, con frecuencia, cálculos propios sobre mortalidad con base en los registros vitales construidos por la DEIS y el SUS, respectivamente. A su vez, realizan estimaciones de los niveles de defunciones asociados a los primeros años de vida, como parte de los insumos necesarios para proyectar la población a futuro.

En razón de lo anterior, se destacan dos publicaciones, especialmente consideradas para la elaboración de los resultados. La primera, alusiva a las estimaciones y proyecciones de población confeccionadas para el periodo 1950-2015 por el INDEC con la asistencia técnica del CELADE-División de Población de la Cepal en el año 2004. Las cuales derivan de la aplicación de un método de estimación indirecta conocido como “método de las componentes”¹¹ a los resultados de los censos poblacionales de 1980, 1991 y 2001 y los registros vitales de los dos últimos periodos intercensales (Indec y Celade, 2004). A su vez, la segunda publicación comprende las proyecciones de población elaboradas por el IBGE para el periodo 1850-2050, también a

11 Este método consiste, básicamente, en proyectar en forma independiente las variables determinantes de la dinámica poblacional: mortalidad, fecundidad y migración. Para más información acerca de este, consultar: Indec y Celade (2004), IBGE (2008) y Celade/CepalL (2011).

partir de la aplicación del método de las componentes. Estas proyecciones están basadas 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 (IBGE, 2008).

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 monitoreo 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 (CNCPS), 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 de Población de la Cepal y el IGME¹². Esta incorporación obedece a que se trata de organismos de Naciones Unidas especializados en cuestiones de población cuyas producciones son consideradas un referente en materia

de información en los países de la región (el Celade, en lo concerniente a proyecciones de población; el IGME, particularmente, en cuanto a la estimación de indicadores de mortalidad en la niñez). En un sentido más específico, la misma se asocia a que los resultados de las investigaciones que se realizan desde tales instituciones suelen cubrir, con frecuencia, ciertos “vacíos de información” que se producen en los países de origen (por ejemplo, en cuestiones vinculadas a proyecciones de indicadores a largo plazo).

Cabe destacar que las fuentes de datos que los mencionados organismos utilizan para elaborar indicadores relativos a la mortalidad durante los primeros años de vida varían en cada país. Para aquellos correspondientes a Argentina, el Celade-División de Población de la Cepal recurre a las estadísticas vitales desde 1950, los censos de población desde 1947 y la base de datos resultante de la ejecución del Proyecto de Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica (Imila). Para elaborar los de Brasil, en cambio, emplea, además de bases propias de la institución, las estadísticas vitales desde 1960, los censos de población desde 1950, el Conteo 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 y la Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica (Imila) (Celade/Cepal, 2011).

12 Para recordar su composición, se recomienda consultar Nota 3.

Por su parte, el IGME elabora indicadores para Argentina con base en las estadísticas vitales desde 1960, los censos poblacionales desde 1970 y las tablas de mortalidad confeccionadas a nivel nacional. Adicionalmente, los de Brasil constituyen el resultado de procesamientos efectuados sobre las estadísticas vitales de 1960, la Encuesta de Demografía y Salud desde 1986, los censos poblacionales desde 1970, la Encuesta Nacional de Salud desde 1972, la Encuesta de Demografía y Salud desde 1986, la Encuesta de Hogares 2006 y la Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios a partir de 1986 (Cepal y Unicef, 2011).

En relación con la metodología implementada, al igual que el Indec y el IBGE, el Celade obtiene estimaciones y proyecciones de los niveles de mortalidad por el método indirecto de las componentes. Por el contrario, el IGME recurre a diversas alternativas en función de la información disponible. Es decir, aplica métodos directos cuando cuenta con el número de nacimientos y defunciones, con sus respectivas fechas de ocurrencia; o bien, métodos indirectos si se apoya en datos consignados en tablas modelo de mortalidad¹³.

Ahora bien, como se comentara en la introducción, 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 establecidos para identificar los avances y retrocesos en este sentido. A saber: calidad (en cuanto a cobertura y cobertura temática); periodicidad (lo que permite hacer seguimiento de los compromisos asumidos en el tiempo e indagar si existe efectiva “reducción”, tal como establecen los objetivos y metas asociados a los mismos); desagregación en grupos de población (a efectos de posibilitar la medición de las tendencias de las diferencias según etnia o cultura, área geográfica, nivel socioeconómico y sexo); desglose en causas específicas de muerte (fundamental para el monitoreo de metas que las consideran y, a la vez, la identificación de las muertes evitables a fin de planificar medidas dirigidas a contrarrestarlas); y, finalmente, publicación (acorde al principio de *rendición de cuentas y transparencia*).

A los fines explicitados, la información recabada se organiza en tabulados a nivel de países. Dichos tabulados 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

13 Para más información en relación con las metodologías empleadas por los citados organismos internacionales en cada caso, se sugiere consultar: Cepal y Unicef, 2011, pp. 8-15 (cuestiones generales); pp. 32-43 (Argentina); pp. 58-73 (Brasil); Celade/Cepal, 2011, pp. 129-140; y Cepal y UNFPA, 2009.

diferencias entre sectores geográficos, sociales y culturales; o bien, a c) compromisos relacionados con la reducción de la mortalidad por causas específicas.

Resultados

Antes de 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 vida¹⁴.

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,

14 Al respecto, y a modo de ejemplo, pueden citarse las publicaciones de Naciones Unidas (2006), Cepal, Unfpa y OPS (2010) y Cepal y 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 ($q(5)$).

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 propio texto de la CDN (artículo 44), la cual se ratifica y 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 estos 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 dichos. Así, 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.

En relación a las primeras, de acuerdo a lo sintetizado en la Tabla 1, se contemplan 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)¹⁵. Como se desprende de la Tabla 4, 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 producirlos 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 y el IGME.

15 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 4
Argentina y Brasil. Posibilidades de información en relación con el monitoreo de los compromisos vinculados a la reducción del nivel de la mortalidad de los niños menores de 5 años

PAÍS	INDICADOR (PERIODO)	INFORMACIÓN REQUERIDA	INFORMACIÓN CON BASE EN LOS REGISTROS VITALES		¿ES POSIBLE MONITOREAR EL COMPROMISO?
			RELEVADA (*)	PUBLICADA (ESTIMACIONES DIRECTAS) (**)	
ARGENTINA	TMM5 (1990-2015) (a), (b) y (c)	Nacimientos	Sí	Sí, anualmente (1) (2)	Sí, TMM5. Quinquenalmente, años puntuales (3) y periodos varios (2).
		Defunciones de niños menores 5 años	Sí		
	TMI (1990-2015) (a), (b), (c) y (d)	Nacimientos	Sí	Sí, anualmente (1) (2)	Sí, TMI. Quinquenalmente (3 y 4), años puntuales (3) y periodos varios (2).
BRASIL	TMM5 (1990-2015) (a), (b) y (c)	Defunciones infantiles	Sí	Sí, anualmente (1)	No
		Nacimientos	Sí		
		Defunciones ocurridas en el periodo neonatal	Sí		
BRASIL	TMI (1990-2015) (a), (b) y (c)	Nacimientos	Sí	Sí, anualmente (2) (5) (6)	Sí, TMM5. Quinquenalmente (3) y periodos varios (2).
		Defunciones de niños menores 5 años	Sí		
		Nacimientos	Sí	Sí, anualmente (2) (5) (6)	Sí, TMI. Anualmente (7), quinquenalmente (3) y periodos varios (2).

(*) En todos los casos, relevamiento continuo.

(**) Tasas, nacimientos y defunciones (fuentes de datos 1 y 2); tasas únicamente (fuente de datos 3).

Fuente: Elaboración propia con base en textos que dan lugar al compromiso origen de los indicadores (a) CDN de 1989; (b) Cumbre del Milenio de 2000; (c) Sesión Especial en Favor de la Infancia del 2002; (d) Examen del 2.º informe presentado por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del art. 44 de la CDN de 1989, 2002; (e) Examen de los 3.º y 4.º informes presentados por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del art. 44 de la CDN de 1989, 2010; y fuentes de información utilizadas para calcular dichos indicadores (1) Anuarios y publicaciones complementarias de la DEIS, Argentina; (2) Estimaciones de Mortalidad en la Niñez del IGME; (3) Estimaciones y proyecciones de población del Celade - División de Población de la Cepal (Revisión 2011); (4) Indec. Argentina. Proyecciones y estimaciones de población, 1950-2015; (5) SIM y 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.; (6) IBGE con base en Estadísticas del Registro Civil; (7) IBGE. Proyecciones de población (Revisión 2008)).

Distinta es la situación de los indicadores relacionados con la reducción de las inequidades cuyos compromisos de origen fueran establecidos en la Tabla 2 (tablas 5 y 6). 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 Neonatal¹⁶ y la TMM5, aunque desagregados en función del grupo cultural, social y 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 receptor la denuncia del hecho vital (ya sea el nacimiento o la defunción del niño) debe ser lo suficientemente acabada para contemplar estas características.

Aun 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 recepte (agente del Estado), desconozca la importancia de relevar estas

características y, por lo tanto, las registre de manera adecuada. En este sentido, suelen aparecer ciertos errores (tales como la omisión de la respuesta, el registro incorrecto de las categorías correspondientes, la mala interpretación de los datos por parte del respondente o del registrador, entre otros) que, producidos de manera recurrente, repercuten de manera directa en el cálculo de los indicadores involucrados.

La gravedad de las limitaciones comentadas radica en que su existencia atenta contra las posibilidades efectivas que tienen los Estados de generar indicadores que permitan indagar, con calidad suficiente, el estado y la evolución de la mortalidad en la niñez por sector cultural, social o geográfico. Peor aún, impiden tener un conocimiento cabal de la situación de aquellos grupos más desfavorecidos, lo que repercute de manera directa en las posibilidades de diseñar medidas tendientes a reducir inequidades.

Una lectura detallada de las tablas 5 y 6 contribuye a reforzar las conclusiones plasmadas en el párrafo anterior al detectarse, en ambos países, situaciones relacionadas con la presencia de los errores detallados. Estos últimos se traducen en la existencia de datos con calidad insuficiente para cuantificar las brechas intersectoriales, faltantes de información que impiden monitorear la totalidad los compromisos asumidos en relación a las mismas, o bien, la presencia de datos únicos que impiden analizar su evolución en el tiempo.

¹⁶ Ver Nota 15.

Particularmente en Argentina, la información concerniente a nacimientos y defunciones por grupos sociales y geográficos proviene del registro continuo de estos eventos cuyos datos resultantes son sistematizados por la DEIS¹⁷. Asimismo, el Celade-División de Población de la Cepal ha realizado algunas estimaciones indirectas concernientes a tales sectores con base en datos procedentes de los censos nacionales de población (Cepal y Unief, 2011).

En lo que respecta a las posibilidades de dar seguimiento a los compromisos mencionados, estas dependen del tipo de desagregación al cual se haga referencia. Con relación a las desagregaciones territoriales, estas 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 residencia¹⁸. Posteriormente, tanto los totales absolutos como las tasas respectivas son publicados anualmente por la DEIS por provincia y región de residencia. Además, el CNPS publica el Coeficiente de Gini¹⁹ a escala provincial

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

18 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.

19 El Coeficiente de Gini constituye una medida utilizada, normalmente, para cuantificar la desigualdad en los ingresos que varía entre 0

desde 1990 para evaluar la situación del país frente al alcance de la meta nacional incorporada en el marco de la adhesión a los ODM²⁰ (Tabla 5).

Mención especial merecen las estimaciones indirectas de las TMI y TMM5 según región geográfica elaboradas Celade-División de Población de la Cepal. Si bien las mismas se corresponden con un único dato que impide el análisis de las brechas en el tiempo²¹, aportan información que puede ser cotejada con la procedente de los registros vitales, a fin de evaluar la calidad de la información recabada a partir de estos últimos (Tabla 5).

En cuanto a las desagregaciones según condición socioeconómica, si bien los registros vitales incorporan las variables “nivel educativo de la madre”, “nivel educativo del padre” y “situación laboral del padre o la madre” tanto en el caso de los nacimientos como en el de las defunciones, solo se publica el número de nacimientos según la primera de ellas. Estos “vacíos” en la publicación obedecen a que existen altos

(perfecta igualdad) y 1 (perfecta desigualdad). Para obtener información acerca del modo en que la misma es adaptada a la medición de las disparidades en la distribución territorial de la mortalidad en la niñez, se sugiere consultar: CNCS, 2007b: pp. 13, 32 y 33.

20 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.

21 En rigor, el Celade posee estimaciones del indicador para años anteriores a 1990. Sin embargo, dado que los compromisos asumidos parten de este último año, toda información precedente no aporta a la efectiva evaluación del cumplimiento de los mismos. Para más información, consultar: Celade y Unicef, 2011: 35.

porcentajes de omisión de respuesta en el resto de las variables mencionadas²². Estas limitaciones, adicionadas al hecho de que el formulario no contempla ninguna pregunta referida a relevar otras características que den cuenta del nivel socioeconómico permiten concluir que no existen posibilidades de monitorear los compromisos asumidos en este sentido (Tabla 5).

Al igual que en el caso de las desagregaciones territoriales, y con miras a construir un indicador aproximado al nivel socioeconómico, el Celade - División de Población de la Cepal genera tasas de mortalidad en la niñez por nivel de instrucción de la madre mediante estimaciones indirectas basadas en datos censales. No obstante este esfuerzo, el único valor obtenido para cada nivel según edad de niño imposibilita, nuevamente, analizar la dinámica temporal de las diferencias (Tabla 5).

Respecto a las desagregaciones según etnia (como indicador de grupo cultural), en Argentina tampoco resulta posible hacer el seguimiento de las obligaciones contraídas, independientemente de la fuente de datos a la que se recurra. Peor aún, en el caso de los

formularios que captan los hechos vitales del nacimiento y la defunción, ni siquiera contemplan la captación de variables que refieren a dicha desagregación (Tabla 5).

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 considera tanto el sexo del niño nacido o fallecido como la causa origen a la defunción. Es el relevamiento de esta última lo que, en definitiva, permite clasificar una muerte como evitable, o no. En ese sentido, si bien la información publicada sobre defunciones evitables refiere solo a niños menores de 1 año y no está desagregada por sexo, es posible generar el dato requerido, a partir de la base de defunciones infantiles y clasificación de las causas de muerte según condición de evitabilidad confeccionadas por la DEIS (DEIS, 2011: 120).

No obstante, debe comentarse que la evaluación del cumplimiento de la meta específica es posible solo de manera parcial. Ello se debe a 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 deriva, hasta el momento, en la imposibilidad de seguir los compromisos relativos a todas las edades (Tabla 5).

Por último, se debe resaltar la imposibilidad de monitorear las obligaciones vinculadas a la reducción de las

22 Dicha omisión se refleja diferencialmente en el nivel de provincias, incluso, en la variable "nivel de instrucción de la madre". A modo de ejemplo, en el año 2011, de los 291.102 nacimientos registrados en el provincia de Buenos Aires, 9.929 presentan omisión de respuesta en la variable en cuestión (equivalentes al 3,4% de los casos). Por el contrario, en la provincia de Corrientes, de un total de 20.839 nacimientos relevados, 2.306 revisten esta condición, lo que acusa una omisión cercana al 11%.

disparidades por zona de residencia²³. De manera coincidente con otras desagregaciones, esta limitación se relaciona con la falta de una pregunta referida a la condición urbana o rural del niño nacido o fallecido en los registros vitales y el hecho de que las estimaciones indirectas del Celade-División de Población de la Cepal correspondan solamente a un momento puntual (Tabla 5).

A pesar de las deficiencias encontradas en el sistema de estadísticas vitales de Brasil, referidas, fundamentalmente, a los niveles de omisión de respuesta considerables en una parte importante de las variables que captan los registros de nacimientos y defunciones (Cepal/Unicef, 2011: 58), en dicho país es posible estimar las tasas de mortalidad por desagregaciones territoriales. Concretamente: municipio, estado y región de residencia (Tabla 6).

En cuanto a la discriminación de las tasas de mortalidad según el nivel socioeconómico, es posible recurrir, como aproximación, a datos desagregados por “nivel educativo de la madre”. Al respecto, se subraya que el monitoreo puede ser realizado solo de forma parcial (en función de los años para los cuales se dispone la información) a partir de

diferentes estimaciones indirectas de los niveles de defunciones elaboradas por el Celade- División de Población de la Cepal²⁴ (Tabla 6).

En lo concerniente a la información procedente de los registros vitales, cabe resaltar que, si bien la misma está disponible únicamente para los niños menores de 1 año y refiere exclusivamente al “nivel educativo de la madre”²⁵, ha experimentado manifiestas reducciones en los niveles de omisión de respuesta en los últimos tiempos. Ello constituye un indicio de la mejora de la calidad de los datos, más allá de que a la fecha no resulten útiles para el seguimiento de los compromisos asumidos, situación que podría revertirse a futuro. A modo de ejemplo, en 1996, el 84% de las defunciones infantiles relevadas no registra información en la variable en cuestión; en tanto que, en 2010, aunque representan aún una alta proporción en el total de las muertes contabilizadas, solo el 25% de los casos asume esta condición (Datusus, s.f.).

23 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 esta podría contribuir al monitoreo de este compromiso. Por este motivo, se la incorpora en las tablas 5 y 6.

24 Considerando la aclaración (**) al pie de la Tabla 6, debe procederse cautelosamente al monitorear la reducción de las diferencias por educación de la madre mediante las Encuestas de Demografía y Salud. En efecto, si las tasas de mortalidad asociadas se corresponden, en principio, con 1991 y 1996, pero refieren, en realidad, a 5-10 años antes, probablemente, el único dato que permita evaluar el cumplimiento de los compromisos sea el de 1996, lo que anularía las posibilidades de seguimiento en el tiempo.

25 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 5
Argentina. Posibilidades de las fuentes de información en relación con el 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 LOS REGISTROS VITALES		INFORMACIÓN PUBLICADA CON BASE EN OTRAS FUENTES (ESTIMACIONES INDIRECTAS)	¿ES POSIBLE MONITOREAR EL COMPROMISO?
			RELEVADA (*)	PUBLICADA (ESTIMACIONES DIRECTAS)		
TMI, TMI neonatal y TMM5 por región geográfica (1990-2015) (a), (b) y (c)	Departamento; provincia; región de residencia	Nacimientos	Sí, totalmente (departamento; provincia)	Sí, anualmente. Nacimientos y defunciones por departamento, provincia y región de residencia. Tasas por provincia y región de residencia (1). Coeficiente de Gini a nivel provincial desde 1990 (2).	Sí. TMI y TMM5 por región de residencia para el año 1996 (3).	Sí, totalmente (departamento, provincia y región de residencia)
		Defunciones infantiles (totales y neonatales) / de niños menores de 5 años	Sí, totalmente (departamento; provincia)			
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 (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).	Sí. TMI y TMM5 por nivel educativo de la madre, año 1996 (3).	No (la información referida al nivel educativo de la madre proveniente de los registros vitales no posee calidad suficiente en función de los altos niveles de omisión de respuesta; a su vez, la proveniente de estimaciones indirectas corresponde a un único año, lo que impide el seguimiento en el tiempo).
		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)			
TMI y TMM5 por etnia o cultura (1990-2015) (a) y (b)	Etnia; raza; color de piel	Nacimientos	No	No	No	No
		Defunciones infantiles/ de niños menores de 5 años	No	No	No	No

Tabla 5 (continuación)
Argentina. Posibilidades de las fuentes de información en relación con el 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 LOS REGISTROS VITALES		INFORMACIÓN PUBLICADA CON BASE EN OTRAS FUENTES (ESTIMACIONES INDIRECTAS)	¿ES POSIBLE MONITOREAR EL COMPROMISO?
			RELEVADA (*)	PUBLICADA (ESTIMACIONES DIRECTAS)		
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 según causa) (1).	No	Sí, parcialmente (solo en el caso de defunciones infantiles).
		Defunciones infantiles/ de niños menores de 5 años	Sí, totalmente (sexo; causa)			
TMI y TMM5 por zona de residencia (A partir de 1990) (b) y (d)	Condición urbana o rural	Nacimientos	No	No	Sí. TMI y TMM5 por condición urbana o rural, año 1996 (3).	No (no es posible, a partir de un único dato, hacer seguimiento en el tiempo).
		Defunciones infantiles/ de niños menores de 5 años	No	No		

(*) En todos los casos, relevamiento continuo.

Fuente: Elaboración propia con base en textos que dan lugar al compromiso origen de los indicadores (a) CIPD de 1994; (b) Sesión Especial en Favor de la Infancia del 2002; (c) Cumbre del Milenio de 2000 (Adaptación Argentina); (d) Examen del 2.º informe nacional presentado al Comité de los Derechos del Niño en virtud del art. 44 de la CDN de 1989, 2002; (e) Examen de los 3.º y 4.º informes nacionales presentados al Comité de los Derechos del Niño en virtud del art. 44 de la CDN de 1989, 2010; y fuentes de información utilizadas para calcular dichos indicadores ((1) Anuarios y publicaciones complementarias de la DEIS. Argentina; (2) CNCPS. Presidencia de la Nación. Argentina (2003, 2005, 2007a y 2009); (3) Estimaciones del Celade - División de Población de la Cepal con base en el censo poblacional de 2001).

Adicionalmente, es posible verificar desagregaciones por etnia o cultura, desde 1996, a partir de la variable relevada “raza/color”. Coincidentemente con el “nivel de educación de la madre”, la calidad de los registros de defunciones de acuerdo a este criterio ha experimentado una notable mejoría en los últimos años (Tabla 6). Así, de acuerdo a datos publicados por el SUS es posible concluir, por ejemplo, que 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 solo el 11% del total registrado (Datusus, s.f.).

También es posible conocer el nivel de mortalidad de acuerdo a la condición indígena o no indígena a partir de estimaciones del Celade - División de Población de la Cepal apoyadas en datos censales. Sin embargo, este dato no resulta útil para evaluar la situación del país frente a las obligaciones contraídas frente a la comunidad internacional, dado que refiere a un único año (Tabla 6).

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). En este sentido, las publicaciones electrónicas de 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 desagregación²⁶.

Como contrapartida de lo anterior, 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 considera el relevo de dicha información. Tampoco permiten cumplir con este propósito algunas estimaciones realizadas por el Celade debido, fundamentalmente, a su falta de periodicidad entre los años 2000 y 2010 (Tabla 6).

26 El SUS publica el número de defunciones desagregado tanto por causa básica de muerte como por condición de evitabilidad. De manera que el usuario puede optar por asignar las muertes a su condición de “evitable” o “no evitable” según la causa básica que las origina (utilizando la clasificación que permite tal procedimiento, también publicada por el SUS), o bien, recurrir directamente a los totales difundidos para cada año.

Tabla 6
Brasil. Posibilidades de las fuentes de información en relación con el 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 (*)	PUBLICADA (ESTIMACIONES DIRECTAS)		
TMI y TMM5 por región geográfica (1990-2015) (a) y (b)	Municipio; unidad de federación; región de residencia	Nacimientos Defunciones infantiles/ de niños menores de 5 años	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)
			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) (**). TMI y TMM5. Años 1986-96, 1995 y 2002 (5).	
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 (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 (Información publicada por Celade/Cepal)
			Sí, parcialmente (a partir de 1996)	Sí, anualmente. Nacimientos por sexo; defunciones por sexo y causa; defunciones evitables por sexo a partir de 1996 (1) y (3).		
TMI y TMM5 por etnia o cultura (1990-2015) (a) y (b)	Raza; color de piel	Nacimientos Defunciones infantiles/ de niños menores de 5 años	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, parcialmente (solo para los últimos años)
			Sí, totalmente (sexo; causa)			
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; causa)		No	Sí, totalmente

Tabla 6 (continuación)
Brasil. Posibilidades de las fuentes de información en relación con el 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 (*)	PUBLICADA (ESTIMACIONES DIRECTAS)		
TMI y TMM5 por zona de residencia (2000-2010) (b)	Condición urbana o rural	Nacimientos Defunciones infantiles/ de niños menores de 5 años	No	No	TMI y TMM5 por zona de residencia según condición indígena o no indígena. Año 2000 (2).	No

(*) En todos los casos, relevamiento continuo. (**) De acuerdo a la fuente consultada en este caso, las estimaciones se vinculan a la fecha de realización del relevamiento origen de los datos, pero corresponden a 5-10 años antes de la misma.

Fuente: Elaboración propia con base en textos que dan lugar al compromiso origen de los indicadores ((a) CIPD de 1994; (b) Sesión Especial en Favor de la Infancia del 2002); y fuentes de información utilizadas para calcular dichos indicadores ((1) SIM y 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. Celade-División de Población de la Cepal. Con base en información censal; (3) IBGE con base en Estadísticas del Registro Civil; (4) Indicadores para el Seguimiento Regional de Plan de Acción de la CIPD de 1994. Celade-División de Población de la Cepal. Estimaciones con base en las Encuestas de Demografía y Salud; (5) Estimaciones del Celade - División de Población de la Cepal con base Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios 1996 y 2007 (para estimaciones periodo 1986-96 y año 2002), y censo poblacional de 2000 (para estimación al año 1995).

Finalmente, respecto a los indicadores necesarios para monitorear los compromisos relacionados con la reducción de la mortalidad por causas específicas, la información consignada en la Tabla 7 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 necesidad de evaluar el cumplimiento de 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 evitables²⁷, 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 país, provienen del registro de las estadísticas vitales, siendo inexistentes los datos procedentes de estimaciones indirectas con base en otras fuentes de información (Tabla 7).

27 Las características de la clasificación de muertes según causas evitables utilizada en Argentina son detalladas anteriormente, al analizar la información vertida en la Tabla 5.

Tabla 7
Argentina y Brasil. Posibilidades de las fuentes de información en relación con el monitoreo de los compromisos asumidos relacionados con 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) y (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) y (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) y (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) y (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 solo para Argentina.

Fuente: Elaboración propia con base en textos que dan lugar al compromiso origen de los indicadores ((a) Sesión Especial en Favor de la Infancia del 2002; (b) Examen del 2.º informe presentado por Argentina al Comité de los Derechos del Niño en virtud del Artículo 44 de la CDN de 1989, 2002); y fuentes de información utilizadas para calcular dichos indicadores ((1) Argentina: Anuarios y publicaciones complementarias de la DEIS. Argentina; (2) Brasil: SIM. Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud. Brasil).

Conclusiones

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

En Argentina y Brasil, dos países que se 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 comprometidas. Sin embargo, la misma no está completa, por lo que no permite 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 temporal de las diferencias entre sectores culturales, sociales y geográficos.

Vinculado a lo anterior, se podría inferir a priori que Brasil supera a Argentina en cuanto al volumen de información relevada para el monitoreo de los compromisos asociados con la disminución de las disparidades. A pesar de ello, un análisis detallado de los datos disponibles arroja como resultado que

dicha ventaja no resulta tan concreta debido, fundamentalmente, a la falta de periodicidad de los mismos.

Asimismo, en ambos países es posible tener acceso a los datos desagregados por región geográfica (incluso, a nivel de municipio, en 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 evidencian limitaciones en lo concerniente a otras desagregaciones, tales como las que dan cuenta del nivel socioeconómico del niño (en efecto, ambos cuentan con 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 relativa resulta inexistente tanto en uno como en otro país).

La utilidad de contar con información cabal referida a la evolución del nivel de defunciones en la niñez y de las diferencias entre sectores sociales, geográficos y culturales, trasciende la posibilidad de evaluar la medida en que los Estados cumplen con las obligaciones contraídas ante la comunidad internacional. En efecto, ello permite, a su vez, identificar a los sectores más afectados por tal problemática y emprender acciones específicas dirigidas a contrarrestar el volumen de muertes evitables que tienen lugar al interior de

los mismos, ambas cuestiones que contribuyen, finalmente, a la reducción efectiva de la mortalidad en general.

Bibliografía

Celade/Cepal. (2011). *Observatorio Demográfico N.º 11* “Proyecciones de población a largo plazo”. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

_____ (s.f.). *Bases de datos de estimaciones y proyecciones de población vigentes*. Revisión 2011. Disponible en <http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm> [Consulta 3 de mayo de 2012].

_____ (s.f.). *Indicadores para el Seguimiento Regional del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Disponible en <<http://celade.cepal.org/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalA>> [Consulta 4 de julio de 2013].

_____ (s.f.). *Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas*. Disponible en <<http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/>> [Consulta 4 de julio de 2013].

Cepal. (2006). *Panorama Social de América Latina 2005*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

Cepal y Unfpa. (2009). *Grado de avance de las metas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo relacionadas a la salud en América Latina y el Caribe*. Seminario regional “Avances y acciones clave para la implementación del

Programa de Acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación”. Documento para participantes. Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Fondo de Población de Naciones Unidas. Disponible en <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/37385/DDR4.pdf>> [Consulta 10 de octubre de 2010].

Cepal, Unfpa y 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. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Fondo de Población de Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud. Santiago de Chile.

Cepal y Unicef. (2011). *Mortalidad en la Niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Santiago de Chile.

Comité de los Derechos del Niño. Naciones Unidas. (2010). *Examen de los terceros y cuartos informes presentados por Argentina 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*.

CNCPS. (2010). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País 2010*. Consejo de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación Argentina. Buenos Aires.

- _____. (2009). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País 2009*. Consejo de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación Argentina. Buenos Aires.
- _____. (2007a). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe país 2007*. Consejo de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación Argentina. Buenos Aires.
- _____. (2007b). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Metadata. Adaptación Argentina*. Consejo de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación Argentina. Buenos Aires.
- _____. (2005). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País 2005*. Consejo de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación Argentina. Buenos Aires.
- _____. (2003). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País 2003*. Consejo de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación Argentina. Buenos Aires.
- _____. (s.f.). *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Objetivo 5: Reducir la mortalidad infantil*. Disponible en < <http://www.politicassociales.gov.ar/odm/odm5.html>> [Consulta 21 de mayo de 2012].
- Datasus. (s.f.). *Informações de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde*. Brasil. Disponible en <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> [Consulta 2 de mayo de 2012].
- DEIS. (2011). "Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2010". En *Serie 5*, N.º 54. Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Buenos Aires.
- _____. (s.f.). *Anuarios, informe estadístico de nacimiento y defunción, bases de nacimientos y defunciones, periodo 1990-2011*. Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Buenos Aires.
- IBGE. (2008). "Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050, Revisão 2008". En *Estudos e pesquisas* N.º 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro.
- _____. (s.f.). *Séries Estatísticas & Séries Históricas*. Disponible en <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>> [Consulta 25 de abril de 2012].
- IGME. *Base de datos de Estimaciones de Mortalidad en la Niñez (CME, por sus siglas en inglés)*. Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez (IGME, por sus siglas en inglés). Disponible en < <http://www.childmortality.org/>> [Consulta 1.º de julio de 2013].
- Indec y Celade. (2004). *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 1950-2015. Serie Análisis Demográfico N.º 30*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Argentina) y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Buenos Aires.
- IPEA. (2010). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília.

- Disponibile en <<http://www.pnud.org.br/pdf/4RelatorioNacionaldeAcompanhamentodosODM.pdf>> [Consulta 19 de mayo de 2012].
- _____. (2007). *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília. Disponible en <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/download/TerceiroRelatorioNacionalODM.pdf>> [Consulta 19 de mayo de 2012].
- Ministerio da Saúde (Brasil). (2009). *Compromisso pela aceleração da redução das desigualdades regionais*. Brasília. Disponible en <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1583> [Consulta 19 de mayo de 2012].
- _____. (2004). *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília: Disponible en <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197> [Consulta 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.
- _____. (2000a). *Declaración del Milenio*.
- _____. (2000b). *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.
- _____. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.
- _____. (s.f.). *Treaty Collection, Convention on the Rights of the Child*. Disponible en <http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en> [Consulta 19 de junio de 2013].
- 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. Disponible en <<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>> Revista electrónica del Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. [Consulta 23 de enero de 2011].
- Unicef. (2002). *Un mundo apropiado para los niños*. Documento final de la Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.
- _____. (s.f.). *Convención sobre los Derechos del Niño. Introducción*. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Disponible en www.unicef.org/spanish/crc/ [Consulta 15 de marzo de 2009].

Recibido: 5/7/2013 • Aceptado: 20/11/2013