



Población y Salud en Mesoamérica

E-ISSN: 1659-0201

revista@ccp.ucr.ac.cr

Universidad de Costa Rica

Costa Rica

Santillán Pizarro, María Marta; Rojas Cabrera, Eleonora Soledad
La reducción de la mortalidad infantil en Argentina, Brasil y Uruguay. Entre intenciones, logros y
desafíos

Población y Salud en Mesoamérica, vol. 8, núm. 2, enero-junio, 2011, pp. 1-21

Universidad de Costa Rica

San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44615611003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el
Centro Centroamericano de Población,
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica
<http://ccp.ucr.ac.cr>

Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201

Volumen 8, número 2, artículo 2

Enero - junio, 2011

Publicado 1 de enero, 2011

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

La reducción de la mortalidad infantil en Argentina, Brasil y Uruguay. Entre intenciones, logros y desafíos

María Marta Santillán Pizarro

Eleonora Soledad Rojas Cabrera



Protegido bajo licencia Creative Commons

Centro Centroamericano de Población

La reducción de la mortalidad infantil en Argentina, Brasil y Uruguay. Entre intenciones, logros y desafíos

The Reduction of Infant Mortality in Argentine, Brazil and Uruguay. Among Intentions, Achievements and Challenges

María Marta Santillán Pizarro¹, Eleonora Soledad Rojas Cabrera²

RESUMEN

La importancia de la reducción de la mortalidad infantil es reconocida internacionalmente en distintos tratados de Derechos Humanos, entre ellos la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y se refuerza con metas cuantificables en los planes de acción de las conferencias basadas en los mismos, a los que Argentina, Brasil y Uruguay adhieren. A veinte años de ratificada la CDN, nos preguntamos en qué medida la reducción de la mortalidad infantil en estos países ha sido suficiente para alcanzar las metas establecidas. Nos interesa conocer cuáles son los logros alcanzados y los temas pendientes para dar cumplimiento a los compromisos asumidos ante la comunidad internacional. En base a información publicada por los institutos nacionales de estadística y por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE - División de Población de la CEPAL), se concluye que Argentina, Brasil y Uruguay han realizado importantes logros en la reducción de la mortalidad infantil, de manera que habrían conseguido la meta de reducción en un tercio el nivel de la mortalidad infantil entre los años 1990 y 2000. Sin embargo, a pesar de haber continuado el descenso en años posteriores, el ritmo no sería suficiente para alcanzar las metas planteadas para el año 2010 ni para el año 2015. En cuanto a las metas relacionadas a la disminución de las brechas entre sectores sociales, la situación es más preocupante ya que las diferencias se mantienen en valores inaceptables. Por estos motivos, los países deberían redoblar los esfuerzos para dar cumplimiento a dichos compromisos.

Palabras clave: mortalidad infantil, Derechos Humanos, equidad

ABSTRACT

The importance of infant mortality reduction is internationally recognized in different Human Rights treaties, such as the Convention on the Rights of the Child (CRC). In different Conferences and Summits, these treaties have been reinforced by the inclusion of quantifiable goals in their action plans, which have been adopted by Argentina, Brazil, and Uruguay. Twenty years has passed since the CRC was ratified by these countries. Then, there is a need to assess whether the reduction of infant mortality has been sufficient to attain the goals proposed in those action plans. In this paper, we are interested in the assessment of progress made towards the intended goals and acknowledge unfulfilled commitments to reach them. Based on information published by the National Bureaus of Statistics and the Latin American & Caribbean Demographic Centre (ECLAC - Population Division), we conclude that Argentina, Brazil, and Uruguay have obtained notable achievements in the reduction of child mortality. They reduced infant mortality by one-third between 1990 and 2000 as part of their commitment to the CRC. Nevertheless, despite the continued decrease in infant mortality in subsequent years, the attained outcomes will not be sufficient to reach the proposed goals during 2010 or 2015. Similar situation can be observed when gaps among different social sectors are analyzed. The situation, in this case, is even worse because gaps show unacceptable levels. For this reason, these countries need to increase their efforts to comply with their commitments toward children's rights.

Keyword: infant mortality, Human Rights, equality

Recibido: 25 jun. 2010

Aprobado: 6 oct. 2010

¹ Investigadora. Centro de Estudios Avanzados (CEA-CONICET), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Universidad Nacional de Córdoba. mm_santillan@yahoo.com.ar. ARGENTINA.

² Becaria. Centro de Estudios Avanzados (CEA-CONICET), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Universidad Nacional de Córdoba. eleonorarojascabrera@gmail.com. ARGENTINA.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los países de América Latina y el Caribe han logrado reducir las defunciones en el primer año de vida. En efecto, la tasa de mortalidad infantil de la región pasa de 42 a 19 por mil nacidos vivos entre 1990 y 2008. A pesar de esta importante disminución, el nivel alcanzado continúa siendo elevado, principalmente si se lo compara con el logrado por los países industrializados en 2008, valor que asciende a 5 muertes infantiles por mil nacidos vivos³.

Resulta casi innecesario explicar los motivos por los cuales es primordial que los estados se esfuercen por reducir la mortalidad en el primer año de vida. Sin embargo, a modo de resumen se pueden mencionar algunos de ellos:

- A nivel micro, toda muerte evitable es consecuencia de las condiciones en las que los niños y sus madres viven. Ello representa la dificultad en el acceso al derecho a la salud y fundamentalmente al derecho elemental a la vida. Pero además, refiere directa o indirectamente al ejercicio de otros derechos económicos y sociales tanto del niño como de su hogar de pertenencia. De esta manera, la muerte evitable de un niño representa una expresión más de injusticia social.
- A nivel macro, la tasa de mortalidad infantil ha sido considerada como un indicador de desarrollo, ya que refleja la calidad de vida de una población como resultado de procesos sociales, económicos, ambientales y biológicos, así como de políticas, programas y proyectos sanitarios.

Por motivos como éstos, la comunidad internacional otorga gran relevancia a la reducción de la mortalidad infantil. En función de ello, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), aprobada en 1989 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, insta a los estados a adoptar las medidas necesarias para reducirla (Art. 24, Inciso 2).

Los estados que adhieren o ratifican la CDN se comprometen a proteger, respetar y garantizar los derechos de los niños. Al ser un tratado jurídicamente vinculante, los estados quedan obligados a tomar medidas y realizar acciones para garantizar la vigencia de la CDN y así proteger el interés superior del niño. El incumplimiento de dichos deberes, no sólo trae aparejada la posibilidad de su exigibilidad por vía judicial, sino también hace al Estado responsable ante la comunidad internacional⁴. A pesar de lo anterior, la vaguedad en los enunciados de la CDN dificulta el monitoreo y la posterior evaluación de su cumplimiento. Concretamente, en el caso de la mortalidad infantil, sólo se indica que la misma debe disminuirse pero no se especifica en qué magnitud.

Tal es la preocupación por la temática, que la misma es retomada y profundizada en diferentes conferencias internacionales celebradas con posterioridad a la CDN: 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. Si bien estas conferencias no son legalmente vinculantes, en sus planes de acción avanzan respecto a

³ www.childinfo.org/mortality_infantmortality.php.

⁴ www.unicef.org/spanish/crc/.

las intenciones explicitadas en la CDN al establecer metas que especifican la magnitud de la reducción de la mortalidad infantil que cada estado debe alcanzar en plazos de tiempo determinado. Una cuestión a destacar de dichas conferencias es que están basadas en los Derechos Humanos, por lo que plantean que las metas deben lograrse en contextos de equidad. De esta manera, proponen, además, la reducción de las diferencias en los niveles de mortalidad infantil entre sectores sociales.

Tanto Argentina como Brasil y Uruguay ratifican la CDN en 1990⁵. Con este acto, los países asumen el compromiso de adecuar la normativa interna, diseñar e implementar políticas y programas en pos del respeto, protección y garantía de los derechos del niño, entre ellos, el derecho a la salud y más específicamente, la reducción de la mortalidad infantil. Otra evidencia de la intención de Argentina, Brasil y Uruguay por proteger los derechos del niño, es su adhesión a las conferencias mencionadas, con lo cual hacen propias las metas allí formuladas. En este contexto y a veinte años de ratificada la CDN, nos preguntamos en qué medida la reducción de la mortalidad infantil en estos países ha sido suficiente para alcanzar las metas establecidas. Nos interesa conocer cuáles son los logros alcanzados y los temas pendientes para dar cumplimiento a los compromisos asumidos ante la comunidad internacional.

El presente artículo intenta aproximar una respuesta a estos interrogantes. Para ello se analizan los datos desde el año 1990 en base a información publicada por la Dirección de Estadística e Información del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (DEIS), el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), el Instituto Nacional de Estadística de Uruguay (INE) y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE - División de Población de la CEPAL).

En el siguiente apartado, se realiza una breve reseña de la CDN y de las conferencias internacionales y sus metas, como una prueba de la intención de reducir la mortalidad infantil de los estados en general, y de Argentina, Brasil y Uruguay en particular. Posteriormente, se analizan los logros alcanzados y los desafíos pendientes para dar cumplimiento a los compromisos asumidos. Finalmente, se presentan las conclusiones.

2. LAS INTENCIONES: LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO Y POSTERIORES CONFERENCIAS INTERNACIONALES

Tal como se mencionara, la mortalidad infantil es una problemática reconocida internacionalmente, y se hace evidente en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Dicho tratado constituye el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante que incorpora toda la gama de Derechos Humanos: civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. Creada en 1989, parte de la necesidad de cuidado y protección especiales para los menores de 18 años quienes al igual que los adultos, también son titulares de derechos.

En lo que refiere específicamente al derecho a la salud, el Artículo 6 hace una primera alusión al vincularlo con el derecho a la vida: *“1. Los Estados Parte reconocen que todo niño tiene el*

⁵http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en.

derecho intrínseco a la vida; 2. Los Estados Parte garantizarán en la máxima medida la supervivencia y del desarrollo del niño” (CDN, 1989, Art 6). No obstante esta mención y como se comentó en la introducción, el derecho a la salud como tal es explicitado en el artículo 24 en el que se afirma que *“los Estados Parte asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil y en la niñez”* (CDN, 1989, Art. 24, Inciso 2).

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

- La Cumbre Mundial en favor de la Infancia. El 30 de septiembre de 1990 se reúnen 159 estados con el compromiso común de brindar a los niños un futuro mejor. Dicho encuentro da como resultado la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, documento que genera las directrices en la década de los noventa respecto a las políticas hacia la infancia en todo el mundo. En esta declaración se reconoce que la mortalidad en los niños es extremadamente alta en el mundo, pero que puede ser reducida en forma drástica con los medios ya conocidos y de fácil acceso, para lo cual se establece una primera obligación que consiste en mejorar las condiciones de salud de todos los niños (Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, Punto 10). Se presenta un plan de acción para el decenio, en el que se propone alcanzar las metas específicas que se detallan en el siguiente apartado.
- La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Celebrada en septiembre de 1994 en la ciudad de El Cairo, cuenta con la asistencia de representantes de más de 180 estados. A partir de la consideración de que la población y el desarrollo están indisolublemente unidos, y que por lo tanto, entre otras cuestiones, deben tenerse en cuenta las necesidades de salud de la población, los Estados Parte establecieron un conjunto de metas orientadas a atenderlas, que son incluidas en el programa de acción resultante del encuentro.
- El Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, que, a pedido de los países de la región, es desarrollado por la CEPAL y presentado en 1996, como una forma de adecuar el Programa de Acción de la CIPD al contexto regional. En dicho plan se reconoce la desigualdad existente en los países de la región, por lo que se enfatiza en la reducción de las brechas entre diferentes sectores sociales.
- La Cumbre del Milenio del año 2000, en la que, tomándose como referencia los lineamientos de las conferencias precedentes, se definen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Éstos, si bien apuntan a incrementar el desarrollo y el bienestar de la población en general, asignan fundamental importancia a los niños y específicamente a reducir la mortalidad en el primer año de vida.
- La Sesión Especial en favor de la Infancia del año 2002, durante la cual, en correspondencia con los objetivos establecidos en la Cumbre del Milenio, se define el plan de acción “Un

mundo apropiado para los niños y las niñas” en donde los gobiernos se comprometen a *“poner en práctica, según proceda, leyes, políticas y planes de acción nacionales eficaces y asignar recursos para realizar y proteger los derechos de los niños y asegurar su bienestar”* (UNICEF, 2007, p. 7).

En el documento resultante de dicho encuentro se asume que tanto los gobiernos como las personas adultas están comprometidos con los principios establecidos en la CDN, a la vez que se solicita a todos los miembros de la sociedad a contribuir a la promoción de una vida sana y a la lucha contra el sida; al acceso a una educación de calidad y a la protección de los niños contra los malos tratos, la explotación y la violencia. Asociado al primero de estos objetivos se insta a cuidar de todos los niños, evitando que alguno de ellos quede postergado y eliminando toda forma de discriminación.

2. 1 Las metas de las conferencias internacionales relacionadas con la mortalidad infantil

En las conferencias se establecen las metas relacionadas a la reducción del nivel de la mortalidad infantil que se detallan en el Cuadro 1. Como puede observarse, todas ellas son compatibles, aunque expresan algunas variaciones. Las metas de los años noventa proponen distintos niveles de exigencia según se trate de países con alta o baja mortalidad: en general, plantean la reducción de un tercio de la mortalidad infantil entre 1990 y 2000. Sin embargo, a los países de alta mortalidad infantil se les solicita una reducción superior. Ahora bien, esto que aparentaría una exigencia mayor, no es tal ya que cuando los niveles de mortalidad infantil son elevados, se necesitan políticas relativamente simples y de bajo costo (vacunación masiva, lactancia materna, rehidratación oral, entre otras) para reducirla.

Las citadas conferencias tienen como común denominador a los Derechos Humanos. Esto tiene distintas implicancias, entre ellas, que no sólo buscan que en el tiempo se incremente el ejercicio del derecho en cuestión (en este caso, el derecho a la salud y la reducción de la mortalidad infantil), sino que además pretenden que se logre reducir las inequidades entre sectores sociales.

En este sentido, se debe reconocer que los niños nacidos en hogares pobres están más expuestos a problemas de malnutrición o desnutrición que los niños no pobres. La precariedad de las condiciones en las que desarrollan su vida (falta de acceso a agua potable, saneamiento, vivienda inadecuada, entre otros) los hace más propensos a contraer enfermedades infecciosas que el resto de los niños. Además, como consecuencia del menor acceso a la atención de la salud por personal calificado y la limitada educación, las madres pobres tienen mayores posibilidades de sufrir una infección o un cuadro deficiente de nutrición durante el embarazo, lo que repercute directamente en la salud de sus hijos.

Esta realidad desigual provoca que los niños pertenecientes a los hogares más pobres tengan menos posibilidades de sobrevivir que el resto de los niños. Ello se refleja en las tasas de mortalidad infantil, que generalmente son más elevadas en los sectores más postergados (UNICEF, 2007). De esta manera, se pone en evidencia la desigualdad ante el efectivo ejercicio del derecho a la salud, y más aún ante el derecho elemental a la vida.

En consideración de situaciones como la mencionada, el marco de los Derechos Humanos busca garantizar el acceso equitativo a tales derechos, por lo que intenta impedir las diferencias de trato basadas en cuestiones expresamente prohibidas, tales como la raza, el color de la piel, el sexo, el

idioma, el lugar de residencia, la posición económica, entre otras⁶. Por este motivo, tal como se observa en el Cuadro 2, las conferencias internacionales plantean la reducción de las diferencias en los niveles de mortalidad infantil entre diferentes sectores sociales.

A pesar de este reconocimiento, es importante resaltar que, a diferencia de lo que sucede con la reducción del nivel de la mortalidad infantil, las conferencias establecen como objetivo la reducción de la desigualdad entre sectores, pero no siempre plantean metas cuantificables, es decir, que especifiquen la magnitud de la reducción esperada en las brechas.

3. LOS LOGROS Y LOS DESAFÍOS

3.1 La reducción del nivel de la mortalidad infantil

Antes de comenzar con el análisis, es importante subrayar que los valores de las tasas de mortalidad infantil, aún cuando se refieran a años pasados y se cuente con información para poder calcularlos o estimarlos, pueden diferir según el procedimiento de cálculo que se utilice, ya que generalmente suelen practicarse correcciones como consecuencia de los problemas de subregistro de los que suele adolecer la mortalidad. De este modo, es posible que la valoración de que un país alcance, o no, una meta de mortalidad infantil dependa del valor que se utilice para realizar la estimación⁷.

En el presente trabajo, se utiliza información proveniente de dos fuentes diferentes para cada país. La primera refiere a estadísticas oficiales confeccionadas por dependencias de los gobiernos nacionales (la DEIS en Argentina, el IBGE en Brasil y el INE de Uruguay). La segunda corresponde a estimaciones elaboradas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE - División de Población de la CEPAL, Revisión 2008).

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

Otra cuestión se vincula con los niveles de mortalidad al comienzo del periodo analizado: en este sentido, se destaca Brasil exhibe una tasa que representa prácticamente el doble de las de Argentina y Uruguay (47,5 por mil nacidos vivos; y 25,8 y 21,4 por mil nacidos vivos, en ese orden). Esto guarda estrecha relación con la etapa de la transición demográfica por la que cada uno de dichos países atraviesa: mientras que Brasil en los noventa está en la fase plena del proceso, Argentina y Uruguay transcurren por un estadio avanzado.

Por último, con relación a la tendencia, independientemente de la instancia de la transición demográfica en la cual se encuentren, se observa que todos los países están reduciendo sus

⁶ En el caso de la CDN, esto se expresa en el Artículo 2.

⁷ Esta aclaración intenta justificar las posibles diferencias en las conclusiones respecto a trabajos de otros autores, ya que es posible que ellas dependan de la fuente de datos utilizada.

niveles de mortalidad infantil desde 1990, año que coincide con la ratificación de la CDN. Ahora resta analizar si la reducción efectivamente lograda resulta suficiente para alcanzar las metas propuestas en las conferencias, tema que se aborda a continuación.

Debido a que a comienzos de la década de los noventa los tres países presentan valores analizados inferiores a 50 muertes por cada mil nacimientos, carece de sentido plantear alcanzar ese nivel, tal como lo proponen las metas de la CIPD y del Plan de Acción Regional, y menos aún alcanzar valores menores a 70 muertes por cada mil nacimientos, como se establece en la Cumbre Mundial de 1990. De esta manera, las metas enunciadas en el Cuadro 1 pueden sintetizarse en las que se presentan en el Cuadro 3. Allí aparecen ordenadas según el año límite en el cual se debe alcanzar la meta y no respecto al año de celebración de la conferencia. Como evidencia la citada tabla, para identificarlas se acuerda en llamarlas Meta 2000, Meta 2010 y Meta 2015.

Para determinar el cumplimiento de las metas, el trabajo se basa en las estimaciones del CELADE. Esto obedece a diferentes razones: la primera refiere a que, como se comentara, los valores entre las fuentes utilizadas no presentan prácticamente diferencias entre sí; la segunda, a que dicho organismo emplea el mismo criterio para el cálculo de las tasas de los distintos países, lo que facilita la comparación directa entre ellos; y la tercera, radica en que a diferencia de algunas fuentes que sólo publican datos para fechas pasadas –tal el caso de la DEIS en Argentina y el INE de Uruguay–, el CELADE realiza estimaciones a futuro, y de esta forma permite aproximar el cumplimiento de las metas para los años 2010 y 2015.

El Cuadro 4 presenta la evolución estimada de la mortalidad infantil para los tres países desde 1990 y la situación de éstos frente al cumplimiento de las distintas metas. Esta última surge de comparar el nivel de la mortalidad efectivamente alcanzado con el que debería alcanzarse en función de la meta. La primera de ellas (la Meta 2000, que establece reducir la mortalidad en un tercio entre 1990 y 2000) constituye la única para el cual en la actualidad se ha superado el plazo límite de cumplimiento. En este sentido, puede inferirse que, de los tres países, sólo Brasil la alcanza dentro del plazo establecido para su concreción. Los restantes países, en cambio, si bien la consiguen, lo hacen de manera tardía (para el año 2000 Argentina y Uruguay están a 1,2 y a 0,8 puntos de diferencia, respectivamente, entre el valor deseado y el estimado para ese año⁸).

De manera análoga, se analiza si los países alcanzan la Meta 2010 –que propone reducir el nivel de la mortalidad infantil de 2000 en una tercera parte– y la Meta 2015 –que propone reducir el nivel de la mortalidad infantil de 1990 en dos tercios–. Si se comparan los valores calculados por el CELADE con los niveles requeridos para alcanzarlas, se puede decir que, en mayor o menor medida, los tres países necesitan acelerar la caída de sus tasas a los fines de cumplir con las metas propuestas para el futuro (Cuadro 4).

Además de determinar si los países seleccionados están en condiciones de alcanzar cada meta, es posible indagar el grado de avance hacia su cumplimiento. A tales efectos, se recurre a un indicador que puede denominarse “porcentaje de avance en relación a la meta”. El mismo surge del cociente entre la reducción absoluta de la tasa de mortalidad infantil estimada y la reducción absoluta teórica que debiera darse para alcanzar la meta en el plazo establecido. Del producto

⁸ En Argentina, se requiere alcanzar una mortalidad infantil menor a 17,2 por mil nacidos vivos y en realidad se llega a 18,4; en Uruguay se establece como meta que la mortalidad infantil no supere los 14,2 por mil nacidos vivos, mientras que las estimaciones revelan un 15 por mil.

entre este cociente y la proporción de reducción teórica fijada en la meta (0,33 para las metas 2000 y 2010, y 0,66 para la Meta 2015) se obtiene un indicador de la reducción real, es decir, la medida de avance hacia la consecución de la meta.

De esta manera, el Cuadro 5 exhibe el grado de avance hacia el cumplimiento de las distintas metas para Argentina, Brasil y Uruguay. Con relación a la Meta 2000, los datos permiten corroborar una vez más que Brasil es el único país que la alcanza (e incluso la supera). En efecto, la reducción estimada por el CELADE (16,8 por mil nacidos vivos) es mayor a la teórica establecida en la meta en un 5,7% (15,9 por mil nacidos vivos), lo que implica que la tasa de mortalidad infantil se reduce en un 34,9% entre los años 1990 y 2000.

No ocurre lo mismo con Argentina y Uruguay, para los cuales, la reducción estimada (7,4 y 6,4 por mil nacidos vivos, en ese orden) representa, respectivamente, el 86% y el 88,9% de la teórica (8,6 y 7,2 por mil nacidos vivos, en cada caso). Esto se traduce en un descenso de la tasa de mortalidad infantil del 28,4% en Argentina y del 29,3% en Uruguay, en donde, a pesar de que el último país logra una disminución mayor de su tasa, ninguno los dos logra reducir el 33,3% que sugiere la meta (Cuadro 5).

Asimismo, en concordancia con la lectura del Cuadro 4, ninguno de los tres países logra reducir el 33,3% de la tasa de mortalidad infantil entre los años 2000 y 2010, tal como lo plantea la Meta 2010. Así, Argentina es el país que más se acerca a su cumplimiento (con una reducción estimada de un 30,8% en el periodo considerado, que equivale a un 93,4% de la meta). Seguidamente, Brasil logra una reducción de un 28,1%, lo que representa un 85,3% de su compromiso. Por último, Uruguay disminuye sólo 17,8% en el plazo estipulado, de manera que sólo alcanza el 54% de la meta.

De forma similar, se analiza cuánto se acerca cada uno de los países al cumplimiento de la Meta 2015, con la misma conclusión obtenida de la lectura del Cuadro 4: ninguno de ellos está en condiciones de reducir la tasa de mortalidad infantil en el 66,6% propuesto. De hecho, se calcula que Brasil logra una reducción de un 60% entre 1990 y 2015, seguido de Argentina y Uruguay, con un descenso estimado en 55,3% y 48,5%, respectivamente, para el mismo periodo (Cuadro 5).

3.2 La reducción de las brechas de mortalidad infantil entre sectores sociales

Además de la disminución del nivel de la mortalidad infantil, los citados planes de acción proponen reducir las brechas entre sectores geográficos, culturales y sociales. Esto se plantea, por un lado, debido a la necesidad de evitar el acceso desigual al derecho a la salud y a la vida, sobre todo si se tiene en cuenta que los altos niveles de mortalidad de sectores postergados refieren en su mayoría a muertes evitables. Pero por otro lado, porque operativamente, para hacer posible la reducción del nivel de la mortalidad, es necesario que el descenso sea más acelerado en los sectores más desfavorecidos, lo que implica que las políticas deberían priorizarlos.

América Latina ha sido clasificada en varios estudios de la CEPAL como “la menos equitativa del mundo” (CEPAL, 2006, p. 178). Esta afirmación tiene su origen en las diferencias observadas entre países, y fundamentalmente, al interior de los mismos. Éste es quizás el motivo por el que el único plan de acción que propone metas cuantificables y acotadas en el tiempo es el Plan de

Acción Regional de 1996, reflejando la preocupación concreta de los organismos internacionales y de los gobiernos nacionales por mitigar las disparidades existentes. Los demás planes de acción, si bien establecen la reducción en las diferencias como objetivo, no dan precisiones respecto al “cuánto reducir” y en “cuánto tiempo”.

El Plan de Acción Regional de 1996 propone “reducir (para el año 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la mortalidad infantil entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales” (Párrafo 67.5). Sin embargo, no especifica la manera de cuantificar dichas diferencias. En el presente trabajo se seleccionan dos estrategias: la primera consiste en calcular la “diferencia absoluta” entre los sectores de mayor y menor mortalidad infantil del país. De esta manera se obtiene un indicador que expresa cuántos niños más mueren en una zona que en otra.

La segunda estrategia consiste en calcular la razón entre la mortalidad de los sectores de mayor y menor nivel, lo cual expresa la diferencia en términos relativos. Esto señalaría cuántas veces la mortalidad infantil de un sector es mayor/igual/inferior a la del otro. Cuando este indicador adquiere el valor de 1, se interpreta que ambos sectores tienen el mismo nivel de mortalidad. Si alcanza, por ejemplo, el valor de 2,4, indica que un sector tiene una mortalidad equivalente a 2,4 veces la del otro sector, o lo que es lo mismo, que por cada 10 niños que mueren en el segundo, mueren 24 en el primero.

Otra cuestión a tener en cuenta es que si bien la reducción del 50% de las diferencias propuesta en el Plan de Acción Regional está prevista entre los años 1990 y 2000, no siempre se dispone de información para dichos años. De hecho, en algunas ocasiones sólo se cuenta con datos para años intermedios y en otras, para años posteriores al 2000. Para estos casos, y a los fines de estimar el grado de avance en cuanto a la consecución de la meta, se asume el supuesto de que la reducción de la brecha debe ser a razón del 5% anual. Así por ejemplo: si se cuenta con información para los años 1996 y 2000, la brecha entre los mismos debería descender el 20%; o bien, si se dispone de datos para los años 1990 y 2004, la brecha debería descender el 70%.

Para estudiar si las diferencias entre sectores geográficos, culturales y sociales se están reduciendo se utilizan en el texto distintas alternativas, que dependen, por un lado, de la relación que se reconoce que existe entre la mortalidad infantil, la pobreza y las variables de desagregación elegidas (región del país, educación de la madre y grupo étnico). Por otro lado, las mismas están sujetas a la disponibilidad de información, que es más limitada que en el caso del nivel de la mortalidad para la totalidad de cada país.

El primer caso de análisis es el de las zonas geográficas de cada país: regiones en Argentina y Brasil y departamentos en Uruguay. Estos países presentan disparidades en el desarrollo no sólo entre ellos, sino también al interior de los mismos. Entonces, es posible concebir que dichas desigualdades puedan ocasionar que las posibilidades de supervivencia de los niños que habitan en cada unidad territorial no sean las mismas para todos ellos. Una primera lectura del Gráfico 2 permite inferir que, si bien los niveles de mortalidad infantil descendieron considerablemente en el periodo 1990-2005 en cada una de las zonas geográficas, puede observarse que las diferencias entre ellas no se redujeron en forma significativa.

Por su parte, el Cuadro 6 cuantifica las diferencias entre la región de mayor y la de menor mortalidad infantil, de manera absoluta y relativa. Si se analizan las brechas en términos

absolutos, se puede concluir que en los tres países se observa una tendencia al descenso, de manera tal que se está dando cuenta del cumplimiento de los compromisos asumidos en torno a la reducción de la mortalidad durante el primer año de vida. Sin embargo, sería insuficiente en los casos de Argentina y Brasil para alcanzar la reducción del 50% que establece el Plan de Acción Regional. En efecto, entre 1990 y 2000, en Argentina la brecha se reduce 2,8 puntos (es decir, cerca del 33%, al pasar de 12,3 a 9,5 por mil nacidos vivos); en tanto que en Brasil disminuye casi en 20 puntos (que se traduce en el 44%, al descender de 44,1 a 24,7 por mil nacidos vivos).

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

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

En este sentido, tanto en Brasil, como en Uruguay, se observan tendencias similares, ya que la razón entre las regiones de mayor y menor mortalidad se reduce, aunque no significativamente. Así, en Brasil, la mortalidad infantil del Nordeste equivale a 2,61 veces la del Sur en 1990. Esto significa que por cada 10 niños que mueren en el sur, mueren 26 en el nordeste. En el año 2000 la razón alcanza un valor de 2,2. En Uruguay, por cada 10 niños que mueren en el departamento Río Negro en 1996, mueren 24 en Rivera. En el año 2000, por cada 10 niños que mueren en Lavalleja, 22 mueren en Maldonado (Cuadro 6).

En Argentina, por su parte, lo que parece ser un descenso de las diferencias es en realidad un incremento en términos relativos. Así, en 1990 la razón entre la región Noreste y el Sur asciende a 1,59, es decir que se mueren casi 16 niños en el Noreste por cada 10 niños que mueren en el Sur. En el 2000, si bien el nivel de la mortalidad es inferior, la brecha aumenta, ya que la razón alcanza un valor de 1,64 (Cuadro 6).

La información disponible para Brasil posibilita realizar otros tipos de comparaciones entre sectores, tales como aquellos que resultan de las diferencias en la zona de residencia, el nivel educativo de la madre y la pertenencia étnica. El análisis de las disparidades en la mortalidad infantil según la zona de residencia (urbana y rural) aporta interesantes conclusiones (Cuadro 7), ya que la variación de la brecha en términos absolutos permitiría alcanzar la meta planteada en el Plan de Acción Regional: la diferencia entre el nivel de mortalidad infantil en la zona rural y el registrado en la zona urbana, pasa de 25,9 a 7 por mil nacidos vivos, lo que implica una disminución de casi 19 puntos (73%⁹ con respecto al valor de 1991). Sin embargo, si se analiza la brecha en términos relativos, la misma se mantiene prácticamente constante en el periodo considerado (13 niños de zonas rurales mueren por cada 10 niños de zona urbana).

⁹ Debe recordarse que se adopta el criterio de un descenso de un 5% anual. El periodo 1991-1996 abarca 5 años, por lo que se considera que la meta se alcanzaría con un descenso del 25% en ese lapso.

Como indicador de grupos sociales¹⁰, es posible realizar estimaciones en función del nivel educativo de la madre. A partir de los valores presentados en el Cuadro 8, se corrobora que las posibilidades de sobrevivencia del niño se incrementan cuanto mayor es aquel. La brecha absoluta entre la mortalidad infantil asociada a madres con mayor nivel educativo (secundaria completa y más) y la mortalidad registrada entre madres de nivel educativo más bajo (sin instrucción) cae 29 puntos entre 1991 y 1996, pasando de 90,2 a 61,2 por mil nacidos vivos. Esto se traduce en una reducción cercana al 32%, por lo que se estaría superando la meta del 25% prevista entre esos años.

Si se analiza en términos relativos, la educación de la madre es quizás la característica que pone en evidencia las mayores brechas. En efecto, en 1991 mueren 36 niños de madres sin instrucción por cada 10 niños de madres con nivel secundario o más. En 1996, 29 niños de madres sin instrucción mueren por cada 10 niños de madres con nivel secundario o más. No obstante lo alarmante de esta lectura, esta reducción del 27% de las diferencias también implica el alcance de la meta establecida en el Plan de Acción Regional (Cuadro 8).

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

La brecha absoluta entre pueblos indígenas y no indígenas decrece cerca del 40% entre los años 1991 y 1996 (pasa de 21,7 a 13 por mil nacidos vivos), lo que indicaría un cumplimiento de la meta del Plan de Acción Regional. No ocurre lo mismo en términos relativos, ya que la reducción de la brecha en ese caso es tan solo del 11% (Cuadro 9).

4. CONCLUSIONES

Las muertes ocurridas en la infancia, en la medida en que son consecuencia de las (malas) condiciones en que las personas viven y de la inaccesibilidad a servicios de salud, representan la máxima expresión de violación al derecho a la salud y más aún, al derecho elemental a la vida.

Esta realidad es reconocida internacionalmente, por lo que la reducción de la mortalidad infantil es un objetivo primordial que se contempla no sólo en distintos tratados de Derechos Humanos sino que se refuerza en los planes de acción de las conferencias basadas en los mismos. 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.

En dichas conferencias se reconoce tanto la importancia de la disminución de la mortalidad infantil como la relevancia que presenta en este aspecto la cuestión de la equidad: si la salud es

¹⁰ Según la mención específica de la meta del Plan de Acción Regional.

un derecho universalmente reconocido y demandado, no son justificables las inequidades evitables. Se trata de una cuestión ética de justicia social. Así, en las conferencias se plantea no sólo cuánto se debe reducir la mortalidad en un plazo de tiempo determinado sino que, además, se propone la disminución de las brechas entre sectores sociales.

Por estar contemplada en el marco de los Derechos Humanos, la mortalidad infantil es principal responsabilidad de los estados que a ellos adhieren. Tal es el caso de Argentina, Brasil y Uruguay. En este sentido, los tres países han realizado importantes logros en la reducción de la mortalidad infantil desde 1990, año en que ratifican la Convención sobre los Derechos del Niño y punto de partida del plazo de las conferencias mencionadas.

En efecto, independientemente de la fuente de información utilizada, Brasil –de los tres países el de mayor mortalidad infantil– parte de una tasa de mortalidad infantil cercana a 45 por mil nacidos vivos al inicio de los noventa y llega a casi 22 por mil nacidos vivos en el año 2000. Le sigue en orden Argentina, cuya tasa de mortalidad infantil en el mismo período desciende de 26 a casi 17 por mil nacidos vivos. Por último, Uruguay, país que registra el menor nivel de mortalidad infantil entre los tres analizados, reduce su tasa alrededor de 6 puntos, pasando de 21 a 15 por mil nacidos vivos en el mismo decenio.

En cuanto al logro de las metas, Brasil constituye el único de los países estudiados que habría conseguido reducir en un tercio el nivel de la mortalidad infantil entre los años 1990 y 2000. Situación diferente es la de Argentina y Uruguay, donde las estimaciones del CELADE indican que dicha meta no es alcanzada, sino hasta después del plazo estipulado para su concreción. En lo que los tres países sí coinciden es que, a pesar de haber continuado el descenso en los años posteriores a 2000, el ritmo al que lo estarían produciendo no sería suficiente para alcanzar a tiempo las metas planteadas para el año 2010 ni para el año 2015. Por este motivo, deberían redoblar los esfuerzos para dar cumplimiento a dichos compromisos.

En cuanto a las metas relacionadas a la disminución de las brechas entre sectores sociales, la situación es más preocupante. No sólo porque las diferencias se mantienen en valores inaceptables, sino porque la disponibilidad de información que permitiría comprobar dichas diferencias es limitada, principalmente para Argentina y Uruguay. La simple carencia de información que revele la problemática de la desigualdad ante la muerte constituye un indicador de la escasa importancia que estos países otorgan al tema.

Por todo esto, tanto Argentina como Brasil y Uruguay deben procurar reducir otra brecha: la que existe entre las “intenciones” – que se reflejan en la legislación de cada uno de los países y en la adhesión a los compromisos internacionales – y las “acciones” que los mismos realizan y sus logros efectivos. Esto constituye un desafío que demanda la implementación de estrategias que prioricen a los más pobres y vulnerables mediante una adecuada selección de políticas económicas y sociales.

Con referencia a las intenciones, los tres países han suscripto a la mayoría de los tratados internacionales de Derechos Humanos y han desarrollado marcos legales que incorporan el enfoque de derechos incluyendo su garantía y exigibilidad. Sin embargo, todavía son insuficientes los esfuerzos en desarrollar acciones que, más allá de buscar alcanzar los valores planteados a partir de las obligaciones contraídas ante los organismos internacionales, procuren

mejorar la calidad de vida de todos los niños de hoy y de las generaciones futuras. Es importante resaltar que estas acciones requieren el empoderamiento de las personas, particularmente de los grupos más desaventajados, de modo que puedan ejercer mayor control sobre los factores que determinan su salud.

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

5. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

CEPAL (2006). *Panorama social de América Latina 2005* (LC/G.2288-P/E), Publicación de las Naciones Unidas: Santiago de Chile.

CEPAL (1996). *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*. Publicación de las Naciones Unidas: Santiago de Chile.

Dirección de Estadística e Información del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Anuarios 1990 a 2005*.

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

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

Instituto Nacional de Estadística de Uruguay: *Tasas de mortalidad infantil a partir de 1990*. Disponibles en Internet en: <http://www.ine.gub.uy>.

Naciones Unidas (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.

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

Oyarce, A.M., Pedrero, M. y Ribotta, B. (2009). *Salud Materno-Infantil de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos*. CEPAL: Santiago de Chile.

Unicef (2007). *La infancia y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Nueva York.

Unicef (2002a). *Derechos del Niño. Seguimiento de la Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Buenos Aires, Argentina.

Unicef (2002b). *Un mundo apropiado para los niños y las niñas*.

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

Unicef (1990). Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño. Plan de acción para la aplicación de la declaración mundial en el decenio de 1990. Nueva York.

CUADROS

Cuadro 1. Metas establecidas en las conferencias internacionales con relación a la reducción del nivel de la mortalidad infantil

Conferencia	Plan de Acción	Metas
Cumbre Mundial en Favor de la infancia	Declaración mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño. (Apartado 5, Inciso a)	Reducir entre los años 1990 y 2000 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años en una tercera parte o a un nivel de 70 por mil nacidos vivos, si ello representase una mayor reducción.
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo	Programa de Acción de la CIPD (Párrafo 8.16)	Para el año 2000... reducir sus tasas de mortalidad de lactantes .. en un tercio, o bien a 50 .. por mil nacidos vivos si estas cifras son menores. Para el año 2005, los países con niveles intermedios de mortalidad deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 50 por mil nacidos vivos ... Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 35 por mil nacidos vivos. Los países que consigan alcanzar antes esos niveles deberían seguir esforzándose por reducirlos.
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo	Plan de Acción Regional. Párrafo 67.1),	Para el año 2000... reducir sus tasas de mortalidad de lactantes .. en un tercio, o bien a 50 .. por mil nacidos vivos si estas cifras son menores.
Cumbre del Milenio	Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	Reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil.
Sesión Especial en favor de la Infancia	Un mundo apropiado para los niños (Apartado 36.a)	Reducir en el transcurso del decenio 2000-2010 al menos en un tercio la tasa de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, como un primer paso hacia la meta de reducirla en dos tercios para 2015.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2. Metas establecidas en las conferencias internacionales con relación a la reducción de las diferencias en los niveles de mortalidad infantil entre sectores sociales

Conferencia	Plan de Acción	Objetivos/Metas
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo	Programa de Acción de la CIPD (Párrafo 8.16)	Reducir durante los próximos 20 años sustancialmente la diferencia entre las tasas medias de mortalidad de lactantes y niños pequeños en las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo, y eliminar las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos". "Los países con poblaciones indígenas deberían lograr que los niveles de mortalidad de lactantes (...) de dichas poblaciones fueran iguales que en la población en general (*).
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo	Plan de Acción Regional (Párrafo 67.5)	Reducir (para el año 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la mortalidad infantil entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales
Cumbre del Milenio	Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	No se plantea a nivel internacional.
Sesión Especial en favor de la Infancia	Un mundo apropiado para los niños (Apartado 37.4)	Fomentar la salud y la supervivencia de los niños y reducir cuanto antes las disparidades entre los países desarrollados y los países en desarrollo, y dentro de los distintos países, prestando especial atención a la eliminación del exceso prevenible de mortalidad entre las lactantes y niñas pequeñas (*).

(*) No es meta, es objetivo, ya que no especifica la magnitud de la reducción ni el plazo de tiempo previsto para su consecución.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3. Resumen adaptado a los países del Mercosur de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad de infantil

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

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 4. Argentina, Brasil y Uruguay. Evolución de la tasa de mortalidad infantil y cumplimiento de las metas de reducción del nivel de la mortalidad infantil

Año	Argentina	Brasil	Uruguay
1990	25,8	47,5	21,4
1995	23,1	38,3	17,9
2000	18,4	30,7	15
2005	14,2	25,5	13,8
2010	12,7	22	12,3
2015	11,4	18,7	10,9
META 2000	17,2	31,6	14,2
META 2010	12,3	20,5	10
META 2015	8,6	15,8	7,1
META 2000	NO	SÍ	NO
META 2010	NO	NO	NO
META 2015	NO	NO	NO

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

Cuadro 5. Argentina, Brasil y Uruguay. Grado de avance hacia el cumplimiento de las metas 2000, 2010 y 2015

Meta 2000 (reducción teórica = 33,3%)				
País	Reducción teórica (A)	Reducción estimada (B)	Porcentaje de avance en relación a la meta $C = (B)/(A) \times 100$	Reducción real = (C) x (D)*
Argentina	8,6	7,4	86,0	28,4
Brasil	15,9	16,8	105,7	34,9
Uruguay	7,2	6,4	88,9	29,3
Meta 2010 (reducción teórica = 33,3%)				
Argentina	6,1	5,7	93,4	30,8
Brasil	10,2	8,7	85,3	28,1
Uruguay	5	2,7	54	17,8
Meta 2015 (reducción teórica = 66,6%)				
Argentina	17,2	14,4	83,7	55,3
Brasil	31,7	28,8	90,9	60
Uruguay	14,3	10,5	73,4	48,5

(*) D equivale a 0,33 para las metas 2000 y 2010, y 0,66 para la Meta 2015.

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

Cuadro 6. Argentina, Brasil y Uruguay. Brechas en la mortalidad infantil según regiones/departamentos

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

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

Ver Anexos. Tablas 1 y 2.

Cuadro 7. Brasil. Brechas en la mortalidad infantil según zona de residencia

Año	Zona de residencia		Diferencia	
	Urbana	Rural	Absoluta	Relativa
Brasil				
1991	81	106,9	25,9	1,32
1996	21	28	7	1,33

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

Cuadro 8. Brasil. Brechas en la mortalidad infantil según nivel de instrucción de la madre

Año	Nivel de instrucción			Diferencia	
	Sin instrucción	Primaria	Secundaria o más	Absoluta	Relativa
Brasil					
1991	124,7	86,9	34,5	90,2	3,61
1996	93,2	58,1	32	61,2	2,91

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

Cuadro 9. Brasil. Brechas en la mortalidad infantil según grupo étnico

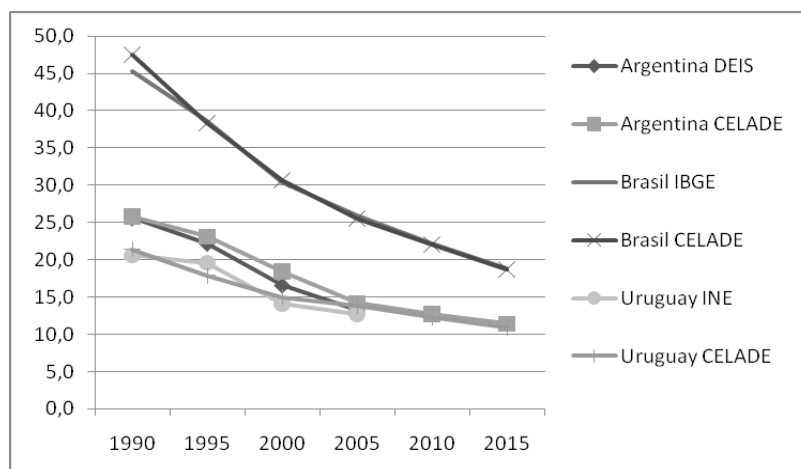
Brasil				
Año	Grupo étnico		Diferencia	
	Indígena	No indígena	Absoluta	Relativa
1991	61,1	39,4	21,7	1,55
1996	39,7	26,7	13	1,49

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

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

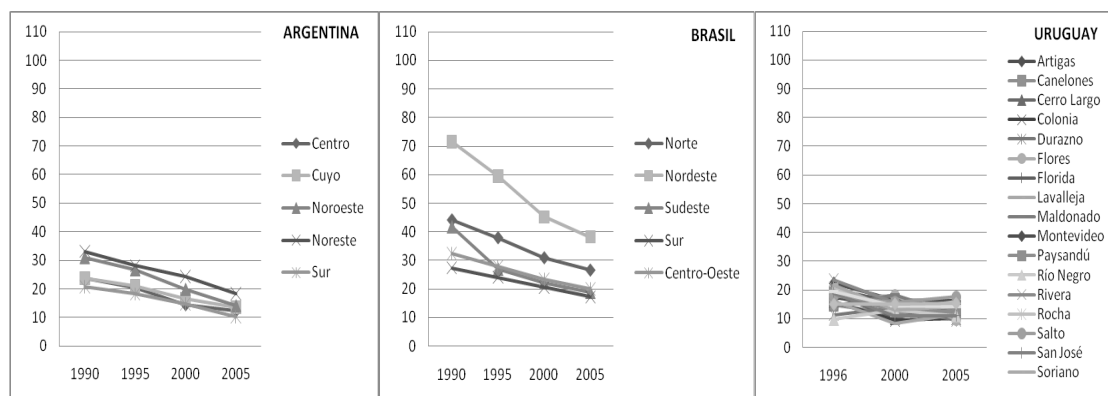
GRÁFICOS

Gráfico 1. Argentina, Brasil y Uruguay. Evolución de la tasa de mortalidad infantil. Por mil nacidos vivos. Periodo 1990-2015



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

Gráfico 2. Argentina, Brasil y Uruguay. Evolución de la mortalidad infantil por regiones/departamentos. Por mil nacidos vivos. Periodo 1990-2005



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

ANEXOS

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

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

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

**Tabla 2: Uruguay. Evolución de la tasa de mortalidad infantil por departamento.
Por mil nacidos vivos. Período 1996-2005**

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

Fuente: INE.