

# La reducción de la mortalidad infantil desde un enfoque de derechos: una comparación entre Argentina y Brasil

María Marta Santillán Pizarro\*  
Eleonora Soledad Rojas Cabrera\*\*  
Dora Estela Celton\*\*\*  
Bruno Ribotta\*\*\*\*

*El presente artículo propone indagar sobre los avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil en Argentina y Brasil a partir de 1990 con una mirada desde los derechos humanos. Bajo esta óptica, se pone especial énfasis en algunos de los principios fundamentales en los que ellos se basan y que están presentes en todos sus instrumentos: “los estados son los principales titulares de obligaciones”, “el avance y no retrocesión” y “la igualdad y no discriminación” en el ejercicio de los derechos. Así, además de buscar la reducción del nivel general de la mortalidad infantil – como plantearía una política de desarrollo – el enfoque de derechos humanos propone un avance sistemático en el ejercicio del derecho que alcance a toda la población, por lo que prioriza la reducción de las brechas entre sectores sociales. Se utiliza información publicada por los institutos nacionales de estadística y por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE – División de Población de la CEPAL). Entre los principales resultados se observa que las tendencias de la mortalidad infantil en los países presentan importantes reducciones, por lo que se estaría cumpliendo con el principio de “avance y no retrocesión”. Sin embargo, los progresos logrados se tornarían insuficientes para alcanzar en todos los casos los valores comprometidos en las conferencias internacionales. Más preocupante es el incumplimiento del principio de “igualdad y no discriminación”. La limitada información disponible permite observar que en algunos casos la reducción de las brechas entre sectores sociales es escasa y en ocasiones nula.*

**Palabras-clave:** Mortalidad infantil. Desarrollo. Enfoque basado en derechos humanos.

## Introducción

La salud de los niños depende de la acción de múltiples factores. El estado de nutrición, los cuidados y estímulos que

reciben en sus primeros años de vida, las condiciones habitacionales, el contacto con agentes infecciosos y las posibilidades de acceso a los servicios de prevención y curación son algunos de ellos. A su vez,

---

\* Demógrafa, doctora en Demografía, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (Ciecs) de Conicet y la Universidad Nacional de Córdoba.

\*\* Demógrafa, magister en Demografía, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (Ciecs) de Conicet y la Universidad Nacional de Córdoba.

\*\*\* Demógrafa, doctora en Historia, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (Ciecs) de Conicet y la Universidad Nacional de Córdoba.

\*\*\*\* Demógrafo, doctor en Demografía, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (Ciecs) de Conicet y la Universidad Nacional de Córdoba.

estos factores están limitados en gran medida por la situación socioeconómica, el nivel educativo de la familia y la cultura del entorno, de manera que las posibilidades de supervivencia disminuyen en la medida en que el contexto en que desarrollan sus vidas se torna más desfavorable.

Esta realidad ocurre aún cuando la salud constituye un derecho humano universal contemplado en numerosos tratados internacionales. Entre ellos, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, que en su artículo 24 reconoce “el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud” (CDN, Artículo 24, Inciso 1).<sup>1</sup> Por estos motivos, el hecho de que en contextos de pobreza, los niveles de mortalidad infantil – máxima expresión de ausencia de salud – son superiores a los del resto de la población, pone en evidencia el acceso desigual al derecho a la salud, y más aún, al derecho elemental a la vida.

El reconocimiento de la gravedad de la mortalidad infantil es tal que su reducción está incluida dentro de los objetivos prioritarios de las políticas de desarrollo humano. Desde esta perspectiva, se propone su descenso en general, sin prestar particular atención a los sectores más postergados, los que sí son especialmente considerados en el marco de los derechos humanos. Por problemáticas como ésta, los organismos de Naciones Unidas han consensuado la necesidad de que las políticas de desarrollo incorporen una mirada desde los derechos humanos, de manera que se establezca un vínculo entre ellos. Así, plantean lo que se conoce como el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH), el cual resume los principios fundamentales de los derechos humanos y se presenta como una herramienta indispensable en las políticas que

fomentan el desarrollo humano (NACIONES UNIDAS, 2006; PNUD, 2006).

El artículo se sustenta en tres de los principios del EBDH: *los estados son los principales titulares de obligaciones; la igualdad y no discriminación; el avance y no retrocesión*.<sup>2</sup> Éstos últimos, además de estar presentes en los tratados de derechos humanos, se evidencian en los planes de acción de las conferencias internacionales que promueven el desarrollo humano desde un enfoque de derechos y que, entre otras cuestiones, otorgan fundamental importancia a la mortalidad infantil. Entre ellas: 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. Ellas instan a los estados a asumir el rol de principales garantes de derechos y, con el objeto de avanzar en el cumplimiento de sus obligaciones, plantean metas cuantificables de reducción de la mortalidad infantil y en la niñez, como así también de disminución de las diferencias entre sectores sociales.

Dicho lo anterior, el presente artículo propone indagar respecto a los avances logrados en Argentina y Brasil en la reducción de la mortalidad infantil desde una mirada de derechos humanos, poniendo especial atención en los principios señalados. Para estos fines, se analiza la tendencia de la mortalidad infantil a partir de 1990 en base a información contenida en las publicaciones anuales de la Dirección de Estadística e Información del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (DEIS), del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) y del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL.

En primer lugar, se realiza una breve reseña del EBDH y de los principios que considera, así como de las mencionadas conferencias. Luego se presentan las metas

<sup>1</sup> Otros instrumentos internacionales que reconocen el derecho a la salud: la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 y la Declaración de Alma-Ata de 1978, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979, la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares de 1990, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2006.

<sup>2</sup> En el siguiente apartado se los expone detalladamente.

relacionadas con la mortalidad infantil clasificadas según su vinculación con los principios de dicho enfoque. Posteriormente, se analiza el grado de avance de Argentina y Brasil en el cumplimiento de los compromisos asumidos. Por último, las conclusiones.

### **El enfoque basado en derechos humanos, las conferencias internacionales y la mortalidad infantil**

Desarrollo humano y derechos humanos son dos conceptos que han crecido paralelamente y que comparten el objetivo de promover el bienestar humano. Sin embargo, el avance de uno no garantiza el avance del otro. A modo de ejemplo, una política de desarrollo puede proponer abarcar al mayor número de personas con el fin de ser eficiente y producir una rápida mejoría en la población en general (tal podría ser el caso de una campaña de vacunación nacional). Sin embargo, podría descuidar a minorías con importantes desventajas sociales. Por el contrario, una política basada en los derechos humanos priorizaría a estas últimas.

Es por ello que las agencias de Naciones Unidas han acordado que la búsqueda del desarrollo debe darse simultáneamente con la búsqueda de la plena realización de los derechos humanos, motivo por el que proponen lo que se conoce como Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH). Éste sintetiza los principios fundamentales sobre los que se rigen todos los instrumentos de tales derechos (pactos, tratados, convenciones) e intenta conformar un marco normativo y una herramienta útil, tanto para la programación de políticas y programas de desarrollo, como para la evaluación de los mismos (NYAMU-MUSEMBI; CORNWALL, 2004; PNUD, 2006; NACIONES UNIDAS, 2006).

Tal como se mencionara en la introducción, en el artículo se consideran tres de

los principios del EBDH: el primero de ellos refiere a que *los estados son los principales titulares de obligaciones*. Esto implica que si un estado adhiere a un tratado de derechos humanos, contrae el compromiso de realizar los esfuerzos necesarios para respetar, proteger y garantizar el efectivo ejercicio de los derechos allí contemplados. El segundo de los principios es el de *igualdad y no discriminación*. Esto significa que todos los individuos, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, lugar de residencia o posición económica, deben tener las mismas posibilidades de ejercer sus derechos, por lo que no son aceptables las diferencias observadas entre sectores sociales. El tercero de ellos es el de *avance y no retrocesión*, que refiere al incremento progresivo del ejercicio de los derechos sin remitirse nunca a estados anteriores.<sup>3</sup>

En el contexto de la mortalidad infantil, estos principios se traducen en que el estado se constituye en el principal responsable, de manera que debe emprender todas las acciones necesarias para mejorar las condiciones de salud de los niños y reducir el número de defunciones durante el primer año de vida. Al mismo tiempo, debe procurar la reducción de las brechas entre sectores sociales.

Una muestra de la preocupación de los organismos internacionales por vincular el desarrollo humano a los derechos humanos lo representan las numerosas conferencias celebradas durante las pasadas décadas. Las mismas se caracterizan por dar origen a planes de acción que fomentan el desarrollo desde un enfoque de derechos, en los cuales se establecen, entre otras cuestiones, objetivos y metas específicas relacionadas con la reducción de la mortalidad en el primer año de vida. Algunas de ellas son:

- La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en septiembre de 1994 en la ciudad de El Cairo.

<sup>3</sup> Otros principios fundamentales del EBDH son: los sujetos son titulares de derechos; la consideración prioritaria de los derechos humanos; el empoderamiento y la participación de los sujetos de derecho; la rendición de cuentas y transparencia. Para más información, consultar la bibliografía de referencia (NYAMU-MUSEMBI; CORNWALL, 2004; NACIONES UNIDAS, 2003; NACIONES UNIDAS, 2006).

Reconociendo que la población y el desarrollo están indisolublemente unidos, y que por lo tanto la salud desempeña un rol fundamental, los Estados Parte establecen un conjunto de metas orientadas a atenderla, 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 elabora la CEPAL y presenta en 1996. Este plan es solicitado por los países de la región, al advertir la necesidad de adecuar el Programa de Acción de la CIPD al contexto regional. En él se reconoce la desigualdad existente entre los países y en el interior de ellos, por lo que se enfatiza la reducción de las brechas entre diferentes sectores sociales.
- La Cumbre del Milenio del año 2000, en la que, tomándose como referencia las líneas de actuación trazadas 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 la reducción de la mortalidad infantil.
- 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 elabora el plan de acción "Un mundo apropiado para los niños y las niñas" en el que 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).

### **Las metas de las conferencias internacionales relacionadas con la mortalidad infantil**

Una cuestión que caracteriza las conferencias mencionadas es que plantean metas cuantificables, es decir, que indican la magnitud de la mejoría que debe lograrse en plazos concretos de tiempo. Dichas metas involucran diversas problemáticas clave que atentan contra el desarrollo, entre ellas, la mortalidad infantil. Al estar basadas en los derechos humanos, en las mismas es posible identificar los principios comentados. En el Diagrama 1 se visualizan las metas relacionadas específicamente con la mortalidad infantil, organizadas en virtud de los principios a los cuales hacen referencia.<sup>4</sup>

Con relación a las metas asociadas al principio de *avance y no retrocesión*, cabe destacar que si bien pareciera que las conferencias de la década de los noventa solicitan un mayor esfuerzo a los países con altos niveles de mortalidad, en realidad se trata de una exigencia aparente. Cuando un país parte de un nivel alto de mortalidad, tiene mayores posibilidades de lograr la reducción de sus tasas que aquel que presenta niveles bajos. Esto se debe a que cuanto más alta es la tasa de mortalidad, mayor es la prevalencia de las defunciones por causas evitables, las que pueden ser reducidas a un costo inferior –en términos económicos y de políticas públicas–, con respecto a las defunciones difícilmente reducibles, que son las que prevalecen cuando el nivel de mortalidad es bajo.<sup>5</sup>

Con referencia a las metas ligadas al principio de *igualdad y no discriminación*, en el diagrama puede observarse que no todas las conferencias establecen metas cuantificables. En este sentido, algunas de ellas se limitan a manifestar la intención

<sup>4</sup> Cabe aclarar que en el diagrama no se explicita el principio que refiere a los estados como principales titulares de obligaciones, ya que el sólo hecho de que asuman metas implica que se reconocen responsables de ellas.

<sup>5</sup> La promoción de la lactancia materna y de la vacunación masiva configuran ejemplos de políticas de bajo costo que pueden contribuir ampliamente a la reducción de las defunciones de los niños menores de un año en países con elevados niveles de mortalidad infantil.

de reducir la desigualdad en los niveles de mortalidad en los primeros años de vida entre las distintas áreas geográficas y entre los diferentes sectores socioeconómicos, culturales o étnicos, aunque sin asignar valores específicos de reducción.

### **La mortalidad infantil y el principio de avance y no retrocesión**

Antes de comenzar con el análisis, resulta importante señalar que los valores de las tasas de mortalidad infantil, aún cuando refieran a años pasados y se cuente con suficiente información para poder calcularlos o estimarlos, pueden diferir según el procedimiento de cálculo que se emplee, ya que generalmente suelen practicarse correcciones como consecuencia de los problemas de sub-registro 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 estimación. Por esta razón, en el presente trabajo se recurre a información provista por dos fuentes diferentes para cada país: la primera de ellas refiere a estadísticas confeccionadas por dependencias de gobierno de los países (la DEIS en Argentina, el IBGE en Brasil)<sup>6</sup> y la segunda corresponde a las realizadas por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL (Revisión 2008).

El Gráfico 1 presenta la evolución de las tasas de mortalidad infantil para ambos países entre 1990 y 2015, en base a la información publicada en cada una de las

fuentes mencionadas. Se observa que las tendencias no difieren significativamente entre sí. Los niveles de mortalidad infantil experimentan un considerable descenso cercano al 50% entre 1990 y 2005, por lo que tanto Argentina, como Brasil, están respetando el principio de *avance y no retrocesión*. Sin embargo, resta analizar si la reducción efectivamente lograda resulta suficiente para alcanzar las metas propuestas en las conferencias, cuestión que se analiza a continuación.

Para Argentina y Brasil, que en el contexto regional son países con niveles intermedios de mortalidad infantil, las metas enunciadas en el Diagrama 1 pueden sintetizarse en las que se presentan en el Diagrama 2.<sup>7</sup> Allí aparecen ordenadas según el año límite en el que está previsto el alcance de la meta y no respecto al año de celebración de la conferencia. Como se evidencia en el diagrama, 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 señala que, como se comentará, los valores entre las fuentes utilizadas no presentan prácticamente diferencias entre sí; la segunda, a que dicho organismo emplea criterios similares 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 la DEIS que sólo publica datos para fechas pasadas, el CELADE realiza proyecciones a futuro, y de esta forma permite aproximar el cumplimiento de las metas para los años 2010<sup>8</sup> y 2015.

<sup>6</sup> Cabe mencionar que en Brasil existen otras fuentes de información, tales como el Banco de Datos del Sistema Único de Salud (DATASUS) y la Red Interagencial de Informaciones para la Salud (RIPSA), esta última integrada tanto por el DATASUS, como por el IBGE, entre otras. Ambas tienen la ventaja de brindar la posibilidad de cotejar los niveles de mortalidad infantil definidos según diferentes criterios y obtener interesantes conclusiones. Sin embargo, en este trabajo se decide no utilizarlas por diversos motivos. Uno de ellos es que las tasas publicadas constituyen el resultado de la aplicación de distintos métodos de estimación que dependen del año y la variable de desagregación elegida, lo que dificulta las comparaciones en el tiempo y el espacio, cuestiones claves en el artículo. Otro motivo radica en que la información está disponible para fechas posteriores al 1990, punto de partida para la mayoría de las metas consideradas.

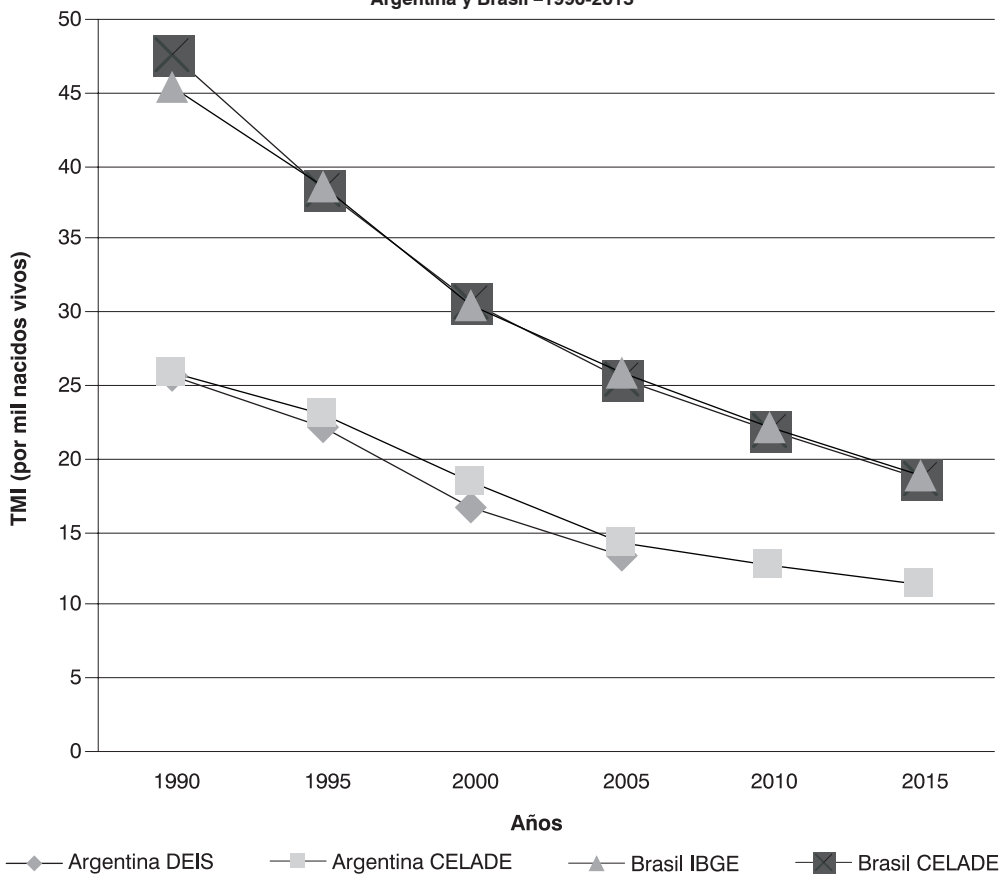
<sup>7</sup> Esto se debe a que, como ya en 1990 ambos países presentan valores menores a 50 muertes por cada mil nacimientos, carece de sentido plantear alcanzar ese nivel, tal como lo proponen las metas de la CIPD y del Plan de Acción Regional.

<sup>8</sup> Si bien en la actualidad se ha superado el plazo límite establecido para la consecución de la Meta 2010, hasta el momento no se dispone de registros completos de mortalidad infantil para dicho año, por lo que se consideran tasas obtenidas a partir de proyecciones.

La Tabla 1 presenta la evolución estimada de la mortalidad infantil para Argentina y Brasil desde 1990 y la situación de dichos países 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 la cual en la actualidad se ha superado el plazo límite de cum-

plimiento, al tiempo que existe información completa de mortalidad para los años que involucra.<sup>9</sup> En este sentido, puede inferirse que sólo Brasil la alcanza dentro el plazo establecido para su concreción. Argentina, en cambio, si bien la consigue, lo hace de manera tardía; en efecto, para el año 2000 se necesita que la tasa del país llegue a 17,2 por mil nacidos vivos y la misma llega a 18,4, lo que se traduce en una reducción del 28,4%, inferior a la del 33,3% que se propone en la meta.

**GRÁFICO 1**  
Evolución de las tasas de mortalidad infantil  
Argentina y Brasil -1990-2015



Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados por DEIS, IBGE y CELADE.

Nota: Ver Anexo, Tabla 1.

<sup>9</sup> Ver nota 8.

**DIAGRAMA 1****Metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad infantil y asociadas a los principios de *avance y no retrocesión e igualdad y no discriminación***

Conferencia y Plan de Acción (PA)	Metas vinculadas al principio de <i>avance y no retrocesión</i>	Metas vinculadas al principio de <i>igualdad y no discriminación</i>
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 PA: Programa de Acción de la Conferencia	“Para el año 2000... reducir sus tasas de mortalidad de lactantes .. en un tercio, o bien a 50 .. por mil nacidos vivos si estas cifras son menores. Para el año 2005, los países con niveles intermedios de mortalidad deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 50 por mil nacidos vivos ... Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 35 por mil nacidos vivos. Los países que consigan alcanzar antes esos niveles deberían seguir esforzándose por reducirlos” (párrafo 8.16).	“Reducir durante los próximos 20 años sustancialmente la diferencia entre las tasas medias de mortalidad de lactantes y niños pequeños en las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo, y eliminar las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos”. “Los países con poblaciones indígenas deberían lograr que los niveles de mortalidad de lactantes (...) de dichas poblaciones fueran iguales que en la población en general” (Párrafo 8.16).
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 PA: Plan de Acción Regional	“Para el año 2000... reducir sus tasas de mortalidad de lactantes .. en un tercio, o bien a 50 .. por mil nacidos vivos si estas cifras son menores” (Párrafo 67.1).	“Reducir (para el año 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la mortalidad infantil entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales” (Párrafo 67.5)
Cumbre del Milenio de 2000 PA: objetivos de desarrollo del milenio	“Reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil (Meta5).	No se plantea a nivel internacional. A nivel nacional, Argentina plantea reducir la brecha entre las provincias en un 10%.
Sesión especial a favor de la infancia de 2002 PA: un mundo apropiado para los niños	“Reducir en el transcurso del decenio 2000-2010 al menos en un tercio la tasa de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, como un primer paso hacia la meta de reducirla en dos tercios para 2015”. (Apartado 36.a)	“Fomentar la salud y la supervivencia de los niños y reducir cuanto antes las disparidades entre los países desarrollados y los países en desarrollo, y dentro de los distintos países, prestando especial atención a la eliminación del exceso prevenible de mortalidad entre las lactantes y niñas pequeñas“ (1) (Apartado 67.5)

Fuente: Elaboración propia.

(1) No es meta, es objetivo, ya que no explicita la magnitud de la reducción ni el plazo de tiempo previsto para su concreción.

**DIAGRAMA 2****Resumen adaptado a Argentina y Brasil de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad de infantil y asociadas al principio de *avance y no retrocesión***

Plan de Acción	Meta resumida
Plan de Acción de la CIPD 1994 Programa de Acción Regional 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.

**TABLA 1**  
**Evolución de la tasa de mortalidad infantil y cumplimiento de las metas de reducción del nivel de la mortalidad infantil**  
**Argentina y Brasil – 1990-2015**

Años	Por mil nacidos vivos	
	Argentina	Brasil
1990	25,8	47,5
1995	23,1	38,3
2000	18,4	30,7
2005	14,2	25,5
2010	12,7	22
2015	11,4	18,7
Meta 2000	17,2	31,6
Meta 2010	12,3	20,5
Meta 2015	8,6	15,8
Meta 2000 (33,3%)	NO (28,4%)	SÍ (34,9%)
Meta 2010 (33,3%)	NO (30,8%)	NO (28,1%)
Meta 2015 (66,6%)	NO (55,3%)	NO (60%)

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

De manera análoga, se estima si los países alcanzan la Meta 2010 – que propone reducir el nivel de la mortalidad infantil de 2000 en una tercera parte – y la Meta 2015 – que propone reducir el nivel de la mortalidad infantil de 1990 en dos tercios. Si se comparan los valores calculados por el CELADE con los niveles requeridos para alcanzarlas, se puede decir que ambos países necesitan acelerar la caída de sus tasas para dar cumplimiento a los compromisos asumidos (Tabla 1).

### **La mortalidad infantil y el principio de igualdad y no discriminación**

Además de la disminución del nivel de la mortalidad infantil, los citados planes de acción proponen reducir las brechas entre sectores geográficos, culturales y sociales. Esto se plantea, por un lado, debido a la necesidad de evitar el acceso desigual al derecho a la salud y a la vida, sobre todo si se tiene en cuenta que los altos niveles de mortalidad de sectores postergados refieren en su mayoría a muertes evitables; sin embargo, 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.

De las conferencias mencionadas, sólo dos planes de acción proponen metas cuantificables y acotadas en el tiempo para la reducción de las brechas entre sectores sociales. Uno de ellos es el de la CIPD, que plantea “eliminar (entre 1990 y 2010) las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos” (Párrafo 8.16). El otro es el Plan de Acción Regional para Latinoamérica y el Caribe de 1996 que establece como meta intermedia “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). Los demás planes de acción, si bien plantean la reducción en las diferencias como objetivo, no dan precisiones respecto al “cuánto reducir” y en “cuánto tiempo”.

A pesar de que los planes de acción citados establecen metas para reducir las disparidades entre sectores sociales, ninguna de ellos especifica la manera de cuantificarlos. Es por ello que, 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 un sector que en otro.



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 2,2, indica que un sector tiene una mortalidad equivalente a 2,2 veces la del otro sector, o lo que es lo mismo, que por cada 10 niños que mueren en el segundo, mueren 22 en el primero.

Para analizar la disminución de las diferencias entre sectores geográficos, culturales y sociales se utilizan en el texto distintas alternativas, que dependen, por un lado, de la relación que se reconoce que existe entre la mortalidad infantil, la pobreza y las variables de desagregación elegidas (región del país, área de residencia, 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.

Otra cuestión a tener en cuenta es que si bien las metas de reducción de las diferencias involucran 1990, 2000 y 2010, no siempre se dispone de información para dichos años. De hecho, en algunas ocasiones sólo se cuenta con datos para años intermedios. Para estos casos, y a fin de estimar el grado de avance en cuanto a la consecución de las metas, se asume el supuesto de que la reducción de la brecha debe ser a razón del 5% anual. De este modo, si se cuenta con información para los años 1991 y 2000, la brecha entre los mismos debería descender el 45%, en tanto que si los datos disponibles se refieren a 1990 y 2009, la brecha debería reducirse el 95%. Finalmente, para los casos en que la información corresponda a los años 1991 y 1996, las diferencias deberían disminuir el 25%.

Consideradas las anteriores aclaraciones, el primer caso de análisis hace referencia a las regiones geográficas de cada país: Argentina y Brasil presentan diferencias en el desarrollo no sólo entre ellos, sino también en el interior de los mismos, por lo que es posible concebir que esas inequidades se

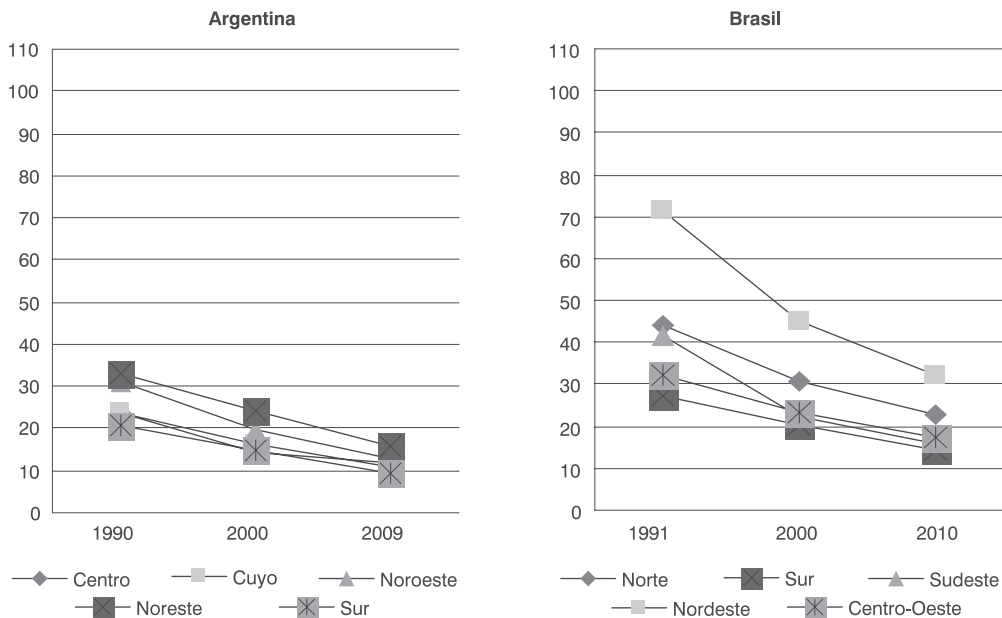
reflejen en las posibilidades de supervivencia de los niños que habitan en cada unidad territorial. Una primera lectura del Gráfico 2 permite inferir que, si bien los niveles de mortalidad infantil descendieron considerablemente en el periodo 1990-2010 en cada una de las zonas geográficas, puede observarse que las diferencias entre ellas no se redujeron en forma significativa.

Por su parte, la Tabla 2 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 dos países se observa una tendencia al descenso, de manera que se estaría dando cuenta de un progreso en el cumplimiento del principio de *igualdad y no discriminación*. Sin embargo, sería insuficiente en ambos casos para alcanzar la reducción del 50% que establece el Plan de Acción Regional. En efecto, en la década de los noventa, en Argentina la brecha se reduce 2,5 puntos (es decir, cerca del 20.3%, al pasar de 12,3 a 9,8 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).

Ahora bien, si la reducción de las brechas se analiza en términos relativos – a partir de la razón entre los niveles de mortalidad de las regiones de mayor y menor mortalidad –, los resultados son más alarmantes, e indican que sólo Brasil está reduciendo las disparidades a su interior, aunque sin concretar las metas señaladas. En este sentido, en Brasil la mortalidad infantil del Nordeste equivale a 2,61 veces la del Sur en 1991. 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 2,20, el cual permanece constante en 2010 (Tabla 2).

En Argentina, por el contrario, lo que parece ser un descenso paulatino de las disparidades 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 mueren casi 16 niños en el Noreste por cada 10 niños que mueren en el Centro. En el 2000, si bien el nivel de la mortalidad es inferior, la brecha entre las regiones de mayor y menor mortalidad –

**GRÁFICO 2**  
**Evolución de la mortalidad infantil según regiones/departamentos**  
**Argentina y Brasil – 1990-2010**



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

**TABLA 2**  
**Brechas en la mortalidad infantil según regiones**  
**Argentina y Brasil – 1990-2010**

Años	Región de mayor mortalidad infantil (1)	Región de menor mortalidad infantil (1)	Diferencia	
			Absoluta	Relativa (%)
<b>Argentina</b>				
1990	Noreste 33,1	Sur 20,8	12,3	1,59
2000	Noreste 24,3	Centro 14,5	9,8	1,68
2009	Noreste 16	Sur 9,2	6,8	1,74
<b>Brasil</b>				
1991	Nordeste 71,5	Sur 27,4	44,1	2,61
2000	Nordeste 45,2	Sur 20,5	24,7	2,20
2010	Nordeste 32,1	Sur 14,6	17,5	2,20

Fuente: Elaboración propia con base en datos publicados por DEIS e IBGE.  
 (1) Por mil nacidos vivos.  
 Nota: Ver Anexo, Tablas 2 y 3.

Noreste y Centro, respectivamente – aumenta, al alcanzar la razón un valor de 1,68. En 2009, los aumentos continúan, al observarse una razón de 1,74 puntos entre las regiones Noreste y Sur (Tabla 2).

La información disponible para Brasil posibilita realizar otras comparaciones entre sectores, tales como aquellas que resultan de las diferencias en la zona de residencia, el nivel educativo de la madre<sup>10</sup> y la pertenencia étnica. Cabe destacar que, para estos casos, sólo se cuenta con datos de encuestas de los años 1991 y 1996,<sup>11</sup> de manera que, conforme al criterio metodológico establecido en este trabajo, la reducción esperada de las diferencias debería ser equivalente al 25%.

Considerada la anterior aclaración, el análisis de las disparidades en la mortalidad infantil según la zona de residencia (urbana y rural) aporta interesantes conclusiones

(Tabla 3), 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% 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).

A partir de los valores presentados en la Tabla 4, se corrobora que las posibilidades de supervivencia del niño se incrementan cuanto mayor es el nivel educativo de la madre. No obstante esta realidad, la brecha absoluta entre la mortalidad infantil asociada a madres con mayor nivel educativo (secundaria completa y más) y la de madres de

**TABLA 3**  
Brechas en la mortalidad infantil según zona de residencia  
Brasil – 1991-1996

Años	Zona de residencia (1)		Diferencia	
	Urbana	Rural	Absoluta	Relativa (%)
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>.

(1) Por mil nacidos vivos.

**TABLA 4**  
Brechas en la mortalidad infantil según nivel de instrucción de la madre  
Brasil – 1991-1996

Años	Nivel de instrucción (1)			Diferencia	
	Sin instrucción	Primaria	Secundaria o más	Absoluta	Relativa (%)
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>.

(1) Por mil nacidos vivos.

<sup>10</sup> Como indicador de grupos sociales, según la mención específica del Plan de Acción Regional.

<sup>11</sup> Los datos de 1991 y 1996 provienen de la *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde* (PNDS), llevada a cabo por el programa internacional de Encuestas de Demografía y Salud (DHS, por sus siglas en inglés). Como provienen de estimaciones indirectas, el año al que refiere la estimación puede corresponder a cualquiera de los 5 años que preceden a la encuesta.

nivel educativo más bajo (sin instrucción) experimenta una caída de 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 superaría 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. A pesar de lo alarmante de esta lectura, esta reducción del 27% de las diferencias también implica el alcance de la meta relacionada con el principio de *igualdad y no discriminación* (Tabla 4).

Finalmente, 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; PEDRERO; RIBOTTA, 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 el cumplimiento de la meta del Plan de Acción Regional. No ocurre lo mismo en términos relativos, ya que la reducción de la brecha en ese caso es tan solo del 11% (Tabla 5).

## Conclusiones

La mortalidad infantil constituye un tema central para el desarrollo de todos los países, especialmente los de la región. En este sentido, las tendencias en Argentina y Brasil sugieren importantes avances desde los años noventa, ya que han logrado reducir considerablemente los niveles de la misma. Sin embargo, si la lectura se realiza desde la perspectiva de los derechos humanos, los progresos alcanzados se tornan relativos.

Se dijo que el EBDH sintetiza los principios fundamentales de dichos derechos, de los cuales, en el presente artículo se destacaron tres: *el estado como principal titular de obligaciones*, *el avance y no retrocesión* y *la igualdad y no discriminación*. Con respecto al primero, puede inferirse que con la adhesión a los tratados de derechos humanos y a las conferencias basadas en ellos, tanto Argentina como Brasil manifiestan su reconocimiento como responsables de tales obligaciones. Al mismo tiempo, puede deducirse que han realizado importantes acciones para lograr la reducción de la mortalidad en el primer año de vida, ya que la misma se ha dado aún en contextos de crisis socioeconómicas.

En cuanto al segundo de los principios, podría decirse que ambos países lo están cumpliendo. Sin embargo, esta afirmación se relativiza al considerar al menos dos razones: una de ellas es que la magnitud del descenso de la mortalidad infantil no sería suficiente para alcanzar en todos los casos los valores comprometidos ante la comunidad internacional. La otra se relaciona con el tercero de los principios: no sólo porque en ambos países se observan importantes

TABLA 5  
Brechas en la mortalidad infantil según grupo étnico  
Brasil - 1991-1996

Años	Grupo étnico (1)		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>.

(1) Por mil nacidos vivos.

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

brechas entre diferentes sectores sociales, sino porque además, en algunos casos, no existen indicios de que las mismas tiendan a estrecharse con el transcurso el tiempo.

La gravedad de esto último radica en que las disparidades observadas en la mortalidad infantil reflejan inequidades en la vida, y éstas, no se limitan únicamente al ámbito de la salud. En efecto, el estado de salud de un niño no depende sólo de enfermedades y de su tratamiento, sino que es consecuencia de las condiciones en las que vive. Así, se ponen en evidencia otras desigualdades que afectan al niño y a su entorno, como el acceso a una alimentación adecuada, a condiciones habitacionales dignas, a los beneficios de la seguridad social, entre otras.

Si a lo anterior se le suma la carencia de información que permita visualizar las

diferencias entre las mayorías y las minorías excluidas, es explícita la escasa importancia que se le otorga al tema. De hecho, la producción de datos estadísticos ha sido concebida para mostrar avances en el desarrollo sin tener en cuenta un enfoque de derechos. De allí la necesidad de que el personal de las oficinas de estadísticas nacionales sea capacitado en este enfoque para que los datos puedan mostrar lo que la realidad de hoy está demandando.

Actualmente, no es posible concebir el desarrollo en ausencia de garantías de derechos para todos los sectores, marginales o no. De modo que la incorporación del enfoque de derechos a las políticas de desarrollo permitiría reducir la distancia entre las intenciones reflejadas en los compromisos internacionales y los logros en pos del bienestar de la comunidad en su conjunto.

## Referencias

BOBADILLA, J.; LANGER, A. La mortalidad infantil en México: un fenómeno en transición.

**Revista Mexicana de Sociología**, v. 52, n. 1, p. 111-131, 1990.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – NACIONES UNIDAS. **Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo**.

Santiago de Chile. Disponible en: <<http://www.eclac.org/celade/publica/LCG1920e/LCG1920e-todo.html>>. Accedido en: 15 nov. 2008.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. **Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos y sociales**, 2008. Disponible en: <[http://www.cidh.oas.org/pdf\\_files/Lineamientos\\_final.pdf](http://www.cidh.oas.org/pdf_files/Lineamientos_final.pdf)>. Accedido en: 10 nov. 2008.

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

FERRER, M. La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional. **Serie Población**

y **Desarrollo**, Santiago de Chile, CEPAL, n. 60, 2005.

HARRINGTON, M. Implicancias del Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH) para el diseño, implementación y evaluación de Políticas Públicas. In: IX CONGRESO NACIONAL DE CIENCIA POLÍTICA – SAAP, Universidad Nacional del Litoral y Universidad Católica de Santa Fe, 2009.

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

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

NACIONES UNIDAS. **Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño**. Cumbre Mundial a favor de la infancia. Nueva York, 1990. Disponible en: <<http://www.unicef.org/wsc/declare.htm>>. Accedido en: 23 ene. 2009.

\_\_\_\_\_. **El desarrollo basado en un enfoque de los derechos humanos**: hacia una comprensión colectiva entre las agencias de las Naciones Unidas. Documento de trabajo,

2003. Disponible en: <[http://www.undp.org/governance/docs/HR\\_Guides\\_CommonUnderstanding\\_Sp.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/HR_Guides_CommonUnderstanding_Sp.pdf)>. Accedido en: 15 mayo 2008.

\_\_\_\_\_. **Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo.** OACDH. Ginebra, Suiza, 2006. Disponible en: <[http://www.unfpa.org/derechos/documents/hrba\\_faqs\\_sp.pdf](http://www.unfpa.org/derechos/documents/hrba_faqs_sp.pdf)>. Accedido en: 23 mayo 2008.

NACIONES UNIDAS – CENTRO DE INFORMACIÓN. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994.** Disponible en: <<http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm>>. Accedido en: 24 feb. 2009.

NYAMU-MUSEMBI, C.; CORNWALL, A. **What is the “rights-based approach” all about?** Perspectives from international development agencies. Brighton, Inglaterra: Institute of Development Studies, 2004 (Working paper, 234).

OYARCE, A. M.; PEDRERO, M.; RIBOTTA, B. **Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos.** Santiago de Chile: CEPAL, 2009.

PNUD. **Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo del Milenio.** Establecimiento de una relación. Oslo, Noruega, 2006. Disponible en: <[http://www.undp.org/oslocentre/docs08/mdg\\_spanish\\_web.pdf](http://www.undp.org/oslocentre/docs08/mdg_spanish_web.pdf)>. Accedido en: 14 oct. 2008.

SANTILLÁN PIZARRO, M. M. **Construyendo el país desde los niños.** Un sistema de

indicadores de seguimiento de los compromisos asumidos por Argentina en la Convención sobre los Derechos del Niño en relación a la Salud. Proyecto de Investigación, Universidad Nacional de Córdoba (CEA-UE) y Universidad Católica de Córdoba (Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales). Córdoba, Argentina, 2009.

\_\_\_\_\_. **Grado de avance de las metas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo relacionadas a la Salud en América Latina y el Caribe** (Versión sujeta a revisión). Santiago de Chile: CELADE/CEPAL – UNFPA, 2009. Disponible en: <<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/37385/DDR4.pdf>>. Accedido en: 15 dic. 2009.

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

\_\_\_\_\_. **Derechos del niño.** Seguimiento de la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño. Buenos Aires, Argentina, 2002.

\_\_\_\_\_. **Un mundo apropiado para los niños y las niñas.** 2002.

\_\_\_\_\_. **Convención sobre los Derechos del Niño:** aplicación. Disponible en: <[http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_30208.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30208.html)>. Accedido en: 20 jun. 2008.

\_\_\_\_\_. **Plan de acción para la aplicación de la declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño en el decenio de 1990.** Nueva York, 1990.

## Resumo

*A redução da mortalidade infantil a partir da ótica dos direitos: uma comparação entre Argentina e Brasil*

Este artigo procura investigar os avanços alcançados na redução da mortalidade infantil na Argentina e no Brasil, a partir de 1990, tendo como foco analítico os direitos humanos. Com base nessa ótica, enfatizam-se alguns princípios fundamentais em que eles se baseiam e que estão presentes em todos os seus instrumentos: “os Estados são os principais titulares de obrigações”, “o progresso e não o retrocesso” e “a igualdade e não a discriminação” no exercício dos direitos. Assim, além de buscar o decréscimo do nível geral da mortalidade infantil

– como almeja qualquer política de desenvolvimento –, a ótica dos direitos humanos propõe um avanço sistemático no exercício do direito que alcance toda a população, priorizando, desse modo, a redução do hiato existente entre as camadas sociais. O artigo se baseia nos dados publicados pelos institutos nacionais de estatística e pelo Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia (Celade – Divisão de População do Cepal). Entre os principais resultados, verifica-se que as tendências da mortalidade infantil, nos países estudados, apresentam importantes reduções, o que pode ser explicado pela aplicação do princípio de “avanço e não retrocesso”. Contudo, os progressos obtidos são insuficientes para alcançar os objetivos assumidos nas conferências internacionais. Mais preocupante é o não cumprimento do princípio de “igualdade e não discriminação”. A limitada informação disponível permite avaliar que, em alguns casos, a diminuição das discrepâncias entre camadas sociais é mínima, ou até mesmo nula.

**Palavras-chave:** Mortalidade infantil. Desenvolvimento. Ótica baseada nos direitos humanos.

### Abstract

*Reduction in infant mortality from the rights perspective: a comparison between Argentina and Brazil*

The present article aims to investigate the progress reached in reducing infant mortality in Argentina and in Brazil, beginning in the 1990s, using human rights as the analytical approach. Based on this perspective, the authors emphasize some fundamental principles on which they are based and that are present in all the instruments: “Governments are the main duty barriers”, “progress and non-retreat” and “equality and non-discrimination” to exercise rights. Therefore, in addition to seeking to reduce the general level of infant mortality– as is the aim of any development policy – the human rights perspective proposes a systematic advance in exercising rights that reach the entire population, in this way, making it a priority to reduce the existing gap among social strata. The article is based on data published by national statistics institutes and by the Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia – Latin American and Caribbean Demography Center (Celade – Cepal Population Division). Among the main results, the trends in infant mortality, in the countries studied, were observed to have had major reductions, which may be explained by applying the principle of “progress and non-retreat”. However, the progress attained is insufficient to reach the objectives made at international conferences. More concerning is not following the principle “equality and non-discrimination”. The limited information available allows the evaluation that, in some cases, the reduction in discrepancies among social strata is minimum, or even null.

**Keywords:** Infant Mortality. Development. Human rights-based perspective.

Recebido para publicação em 17/02/2011

Aceito para publicação em 04/07/2011

## Anexo

**TABLA 1**  
**Evolución de la tasa de mortalidad infantil**  
**Argentina y Brasil – 1990-2015**

Por mil nacidos vivos

Años	Argentina		Brasil	
	DEIS	CELADE	IBGE	CELADE
1990	25,6	25,8	45,3	47,5
1995	22,2	23,1	38,6	38,3
2000	16,6	18,4	30,4	30,7
2005	13,3	14,2	25,9	25,5
2010	-	12,7	22,2	22,0
2015	-	11,4	18,9	18,7

Fuente: Elaboración propia con base en datos publicados por DEIS, IBGE y CELADE.

**TABLA 2**  
**Evolución de la tasa de mortalidad infantil por región**  
**Argentina – 1991-2009**

Por mil nacidos vivos

Región	1990	2000	2009
Centro	23,6	14,5	11,7
Cuyo	23,7	16,5	11,0
Noroeste	31,0	19,8	13,1
Noreste	33,1	24,3	16,0
Sur	20,8	14,8	9,2

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

**TABLA 3**  
**Evolución de la tasa de mortalidad infantil por región**  
**Brasil – 1990-2010**

Por mil nacidos vivos

Región	1991	2000	2010
Norte	44,1	30,9	22,8
Nordeste	71,5	45,2	32,1
Sudeste	41,7	22,2	16,1
Sur	27,4	20,5	14,6
Centro-Oeste	32,4	23,3	17,3

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