Eleonora Soledad Rojas Cabrera

MORTALIDAD INFANTIL Y DERECHOS DEL NIÑO

Análisis crítico de las tendencias en Argentina (1990 - 2009)

ESE Estudios Sociológicos Editora

Mortalidad Infantil y Derechos del Niño.
Análisis crítico de las tendencias en Argentina (1990-2009)

Eleonora Soledad Rojas Cabrera

Rojas Cabrera, Eleonora Soledad

Mortalidad infantil y derechos del niño, análisis crítico de las tendencias en Argentina 1990-2009 / Eleonora Soledad Rojas Cabrera. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Estudios Sociológicos Editora, 2015.

Libro digital, PDF
Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-3713-09-5
1. Argentina. 2. Sociología. 3. infancia. I. Título.

CDD 306

Foto y diseño de tapa: Romina Baldo
Diseño editorial y maquetación: Marcelo Garbarino

© 2015 Estudios Sociológicos Editora
editorial@estudiosociologicos.org
Web: www.estudiosociologicos.org

Primera edición: octubre 2015.
Hecho el depósito que establece la ley 11.723.
Libro de edición argentina.

El presente libro puede ser descargado desde el sitio web de nuestra editorial

Mortalidad Infantil y Derechos del Niño.
Análisis crítico de las tendencias en Argentina (1990-2009)

Eleonora Soledad Rojas Cabrera

ESE Estudios Sociológicos Editora

Estudios Sociologicos Editora

Estudios Sociológicos Editora es un emprendimiento de Centro de Investigaciones y Estudios Sociológicos (Asociación Civil – Leg. 1842624) pensado para la edición, publicación y difusión de trabajos de Ciencias Sociales en soporte digital. Como una apuesta por democratizar el acceso al conocimiento a través de las nuevas tecnologías, nuestra editorial apunta a la difusión de obras por canales y soportes no convencionales. Ello con la finalidad de hacer de Internet y de la edición digital de textos, medios para acercar a lectores de todo el mundo a escritos de producción local con calidad académica.

Coleccion "Estudios Demográficos"

A partir de esta colección se propone divulgar las investigaciones que se producen en relación de los problemas demográficos que afectan a Latinoamérica, pensando esta instancia como una invitación a concebir nuevas técnicas, metodológicas y teorías, que a la luz de una perspectiva crítica, permita seguir avanzando en la comprensión de los problemas de la región. En este sentido, se propone no solamente abordar las temáticas clásicas referidas a la mortalidad, fecundidad o a los movimientos migratorios; sino además esta serie incluirá el abordaje de problemáticas que surgen de las nuevas formas de organización de la sociedad.

Comité Editorial / Referato

- Dora Celton (Coordinadora de la Colección "Estudios Demográficos". Doctora en FFyH–UNC. Investigadora Principal CONICET. Directora del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, CIECS -CONICET-UNC. Directora del Doctorado en Demografía, FCE-UNC)
- Gladys del Valle Rosales (Magister en Estadística, Doctora en Demografía. Profesora Titular Exclusiva de la UNCa)
- Sonia Edith Colantonio (Doctora en Ciencias Naturales, Universidad Nacional de La Plata. Profesora Titular de Antropología de la Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, UNC. Investigadora Principal del CONICET)
- Norma C. Meichtry (Doctor of Philosophy, Mención en Sociología-Demografía, Universidad de Texas Austin, EEUU. Investigadora del Conicet. Directora del Doctorado en Geografía, UNNE)
- Adriana Álvarez (Doctora en Historia por la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Investigadora Independiente CONICET, miembro del CEHIS y codirectora del Grupo de Investigación HISA - Historia Social Argentina).
- María Franci Álvarez (Doctora en Demografía, UNC. Profesora Titular cátedra Demografía Universidad Nacional de Villa María)
- Gladys del Valle Rosales (Magister y Doctora en Demografía - UNC. Profesora Titular Exclusiva de la UNCa)

¡Muchas gracias a todos los que me acompañaron a transitar
este maravilloso camino hacia el aprendizaje!

A María Marta
A mi familia
A mis amigos y compañeros

…y especialmente, para vos, Hijita, ¡por tu infinita paciencia!

El futuro de los niños es siempre hoy. Mañana será tarde.

Gabriela Mistral

Índice

Introducción 17
Capítulo 1 23
1.1 Fundamentos del trabajo 23
1.2 La MI en la CDN y las conferencias internacionales. El EBDH .. 24

Capítulo 2 33
2.1 El concepto de muertes evitables: origen, antecedentes e implicancias 33
2.2 La lista de muertes evitables utilizada en Argentina. Comparación con las listas de Chile y Brasil 40

Capítulo 3 45
3.1 La MI en América Latina: situación actual y tendencias a nivel regional 45
3.2 La MI en Argentina: antecedentes en investigación 54
3.2.1 Panorama general 54
3.2.2 La década de 1970: el primer antecedente 55
3.2.3 La década de 1980 55
3.2.4 La década de 1990 57
3.2.5 El siglo XXI 59

Capítulo 4 65
4.1 Fuentes de información 65
4.2 Metodología 66
4.2.1 Los compromisos relacionados con la reducción de la MI 66
4.2.2 Los compromisos relacionados con la reducción de las diferencias entre sectores geográficos, sociales y culturales 67
4.2.3 Tratamiento de las muertes evitables 72
4.2.4 Otras consideraciones 78

Capítulo 5 79
5.1 La situación de Argentina frente a los compromisos relacionados con la reducción de la MI 79
5.2 Los compromisos relacionados con la reducción de las brechas .. 83

Capítulo 6 91
6.1 La MIE en Argentina según criterios establecidos por la DEIS, el INE y el SUS 91
6.2 La MIE en las regiones y las provincias 120

Capítulo 7 146

Conclusiones 154

Bibliografía de referencia 160

Anexo 174

Lista de siglas utilizadas 187

Índice de tablas, gráficos y mapas

Tablas

Tabla 1. Metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la MI y asociadas a los principios de avance y no retrocesión e igualdad y no discriminación 32
Tabla 2. Clasificación de las DI en Argentina, Chile y Brasil según criterios de evitabilidad 73
Tabla 3. Resumen adaptado a Argentina de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la MI y asociadas al principio de avance y no retrocesión 81
Tabla 4. Argentina. Evolución de la TMI (por mil NV) y cumplimiento de las metas asociadas 82

Tabla 5. Diferencias de la MI a nivel de regiones/provincias. Años 1990, 2000 y 2009 87
Tabla 6. Argentina. TMIE según criterios utilizados por la DEIS (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009. Variación 1997-2009 (en porcentajes)..... 99
Tabla 7. Argentina. TMIE según criterios utilizados por el INE (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009. Variación 1997-2009 (en porcentajes) 100
Tabla 8. Argentina. TMIE según criterios utilizados por el SUS (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009. Variación 1997-2009 (en porcentajes) 102
Tabla 9. Comparación de las listas de mortalidad evitable y no evitable de la DEIS y el SUS 107
Tabla 10. Comparación de las listas de mortalidad evitable según criterios de evitabilidad de la DEIS y el SUS 113
Tabla 11. Argentina. Participación de las DIE en el total de DI según provincias (en porcentajes). Años 1997 y 2009 125
Tabla 12. Diferencias de la MI y MIE a nivel de regiones. Años 1997, 2000 y 2009 127
Tabla 13. Diferencias de la MI y MIE a nivel de provincias. Años 1997, 2000 y 2009 129
Tabla 14. Variación de la TMIE por criterios de evitabilidad según provincias (en porcentajes). Periodo 1997-2009 139
Tabla 15. Diferencias de la MI y MIE a nivel de provincias según criterios de evitabilidad seleccionados. Años 1997 y 2009 145
Tabla 16. Argentina. TMIE por causas seleccionadas (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009. Variación 1997-2009 (en porcentajes) 151
Tabla 17. Diferencias de la MIE por causas seleccionadas a nivel de provincias. Años 1997 y 2009 153

Gráficos

Gráfico 1. América Latina. Países seleccionados. Evolución quinquenal de la TMI (por mil NV) Periodo 1950-2005 48

Gráfico 2. Argentina. Evolución quinquenal de la TMI (por mil NV). Periodo 1990-2015 80
Gráfico 3. Argentina. Evolución de la TMI a nivel de regiones (por mil NV). Periodo 1990-2009 84
Gráfico 4. Argentina. Evolución de la TMI a nivel de provincias (por mil NV). Periodo 1990-2009 85
Gráfico 5. Argentina. Evolución de la TMIE según tres clasificaciones seleccionadas (por mil NV). Periodo 1997-2009 93
Gráfico 6. Argentina. Participación de las DIE en el total de defunciones infantiles según tres clasificaciones seleccionadas (en porcentajes). Periodo 1997-2009 94
Gráfico 7. Argentina. Distribución de las DIE por criterios de evitabilidad según tres clasificaciones seleccionadas (en porcentajes). Años 1997 y 2009 96
Gráfico 8. Argentina. Evolución de la TMIE a nivel de regiones (por mil NV). Periodo 1997-2009 121
Gráfico 9. Argentina. Evolución de la TMIE a nivel de provincias (por mil NV). Periodo 1997-2009 122
Gráfico 10. Argentina. Participación de las DIE en el total de DI según regiones (en porcentajes). Periodo 1997-2009 124
Gráfico 11. Argentina. Participación de las DIE en el total de DIE por criterios de evitabilidad según regiones (en porcentajes). Años 1997 y 2009 131
Gráfico 12. TMIE por criterios de evitabilidad según regiones (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009 133
Gráfico 13. Argentina. Participación de las DIE en el total de DI por criterios de evitabilidad según provincias (en porcentajes). Años 1997 y 2009 136
Gráfico 14. Argentina. Distribución de las DIE por causas (en porcentajes). Años 1997 y 2009 147

Mapas

Mapa 1. Argentina. TMI a nivel de provincias (por mil NV). Años 1990, 2000 y 2009 86

Mapa 2. Argentina. TMIE a nivel de provincias (por mil NV). Años 1997, 2000 y 2009 123
Mapa 3. Argentina. TMIE por criterios de evitabilidad a nivel de provincias (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009 142
Mapa 4. Argentina. TMI por causas seleccionadas (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009 152

Tablas del Anexo

Tabla 1. Argentina. Grupos de causas de muertes evitables y no evitables 174
Tabla 2. Chile. Grupos de causas de muertes evitables y no evitables 175
Tabla 3. Brasil. Grupos de causas de muertes evitables y no evitables 176
Tabla 4. América Latina. Países seleccionados. TMI (por mil NV). Periodo 1950-2005 177
Tabla 5. Argentina. NV, DI y TMI (por mil NV) por regiones y provincias. Años seleccionados 178
Tabla 6. Argentina. NV, DI, DIE, participación de las DIE en el total de DI (en porcentajes) y TMIE asociada (por mil NV) según tres clasificaciones seleccionadas. Periodo 1997-2009 179
Tabla 7. Argentina. DIE por criterios de evitabilidad según tres clasificaciones seleccionadas (en valores absolutos y porcentajes). Años 1997 y 2009 180
Tabla 8. Argentina. DIE, TMIE (por mil NV) y participación de las DIE en el total de DI (en porcentajes) por regiones y provincias. Años seleccionados 181
Tabla 9. Argentina. DIE (en valores absolutos y porcentajes) y TMIE (por 10.000 NV) por criterios de evitabilidad según regiones. Años 1997 y 2009 182
Tabla 10. Argentina. DIE por criterios de evitabilidad según provincias. Año 1997 183
Tabla 11. Argentina. DIE por criterios de evitabilidad según provincias. Año 2009 184

Tabla 12. Argentina. Ranking de grupos de causas de DIE según criterios de evitabilidad. Años 1997 y 2009 185
Tabla 13. Argentina. DIE y TMIE (por 10.000 NV) asociada por grupos de causas seleccionados. Años 1997 y 2009 186

Introducción

Los niños, por el sólo hecho de ser niños, son vulnerables. Su falta de madurez física y mental los hace indefensos para enfrentar por sí mismos todos los problemas de la vida cotidiana y satisfacer plenamente sus necesidades, por lo que requieren de protección y cuidados especiales (Artículo 25, Inciso 2 de la Declaración de los Derechos Humanos de 1948 y Principio Nº 2 de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959).

En reconocimiento a la especial condición de los niños, la comunidad internacional ha dirigido un conjunto de acciones destinadas a su atención, que incluyen la formulación de instrumentos internacionales de derechos humanos (DDHH) en los cuales se posiciona al niño como sujeto de derechos. Entre ellos, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, a la que adhieren casi la totalidad de los países del mundo.[1]

La vulnerabilidad de los niños dada por las limitaciones de la edad se potencia cuando estos viven y crecen en contextos de pobreza, marginalidad y exclusión, lo que se traduce en falta de oportunidades y privaciones de todo tipo y atenta contra el pleno ejercicio de sus derechos. Es este sentido, es posible referirse a ellos como minorías vulnerables de grupos vulnerables. Tal como lo señala el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) en el informe *Estado Mundial de la Infancia 2006* (UNICEF, 2006: 6):

> La exclusión de servicios y bienes esenciales (…) afecta claramente la capacidad de los niños y niñas para participar en sus comuni-

[1] Si bien la CDN constituye el tratado de DDHH de más amplia (y rápida) ratificación de toda la historia (al mes de noviembre de 2005, 192 países la habían incorporado), existen dos países que no han adherido a ella hasta el momento. Uno de ellos es Estados Unidos el cual, aunque ha manifestado la intención de ratificarla, aún no lo ha hecho. El otro es Somalia, país que no puede avanzar en este procedimiento debido a que carece de gobierno reconocido (UNICEF, s.f.).

> dades y sociedades tanto ahora como en el futuro. (…) en los extremos, algunos niños y niñas excluidos se transforman en invisibles, cuando se les deniegan sus derechos, cuando pasan completamente desapercibidos en sus comunidades (…) cuando no pueden acudir a las autoridades debido a su ausencia en las estadísticas, en las políticas y en los programas.

Esta situación se agudiza particularmente en América Latina la cual, a pesar de los progresos alcanzados en lo que respecta a la reducción de la pobreza y al crecimiento económico, continúa siendo *la región más desigual del mundo* (Naciones Unidas, 2005; Kliksberg, 2005; CEPAL, 2006 y 2011) en función de las disparidades observadas entre países y al interior de los mismos.

Entre las problemáticas que refuerzan la vulnerabilidad de los niños, y que comprometen el pleno goce de los DDHH, la mortalidad infantil (MI), entendida como aquella que tiene lugar durante el primer año de vida, se presenta como una de las principales, por lo que integra los temas prioritarios en las agendas de los organismos internacionales. Una prueba de ello lo constituye el Artículo 24 de la CDN el cual, con motivo de considerarla un impedimento para el ejercicio del derecho a la salud, insta a los Estados Parte a adoptar las medidas apropiadas para reducirla (CDN, Artículo 24, Inciso 2.a).

La preocupación por disminuir el nivel de la MI trasciende la CDN, cuando con posterioridad a 1989, una serie de conferencias internacionales, basadas en los derechos reconocidos en su texto, retoman y profundizan la temática, al establecer metas concretas de reducción de la misma, a ser alcanzadas en plazos de tiempo determinado. Entre ellas: la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI) de 1990, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, la Cumbre del Milenio (CM) del año 2000 y la Sesión Especial en favor de la Infancia (SEFI) de 2002.

Dichas conferencias plantean que las metas se logren en contextos de equidad, razón por la cual proponen, además, la reducción de las diferencias en los niveles de MI entre sectores sociales, geográficos y culturales.

Una cuestión a destacar de las mencionadas conferencias es que comparten como común denominador que están basadas en los DDHH. Por este motivo, en sus textos es posible identificar al menos tres de los principios fundamentales que se encuentran en todos los tratados que los contemplan y que son sintetizados en el denominado Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH), a saber: *los estados son los principales titulares de obligaciones*, *la igualdad y la no discriminación* y *el avance y no la retrocesión*.[2]

Argentina ratifica la CDN en 1990 y con este acto se compromete a emprender todas las acciones que sean necesarias para lograr el efectivo descenso de la MI (Naciones Unidas, s.f.). En concordancia con dicho compromiso, hace propias las metas que refieren a la reducción del nivel general asociado, de la misma manera en que fueran planteadas en el ámbito internacional.

Sin embargo, en lo que concierne a las metas de equidad (es decir, aquellas que apuntan a la supresión de las diferencias injustas que dan lugar a la discriminación), el país adopta una postura menos exigente, al incorporar, a nivel nacional, una meta que propone una reducción de las disparidades en menor proporción con relación a la establecida en el marco de las conferencias.[3]

La literatura existente coincide en señalar que Argentina consigue reducir considerablemente el nivel de MI en los últimos decenios (DEIS, 1992; 1993; 1994a; 1994b, 1995; 1996; 1997; 1998; 1999; 2000; 2001; 2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009; 2010 y 2011; Álvarez, 1998; OPS, 2000; Celton y Ribotta, 2004 y 2005; Buchbinder, 2008; CELADE/UNICEF, 2011). No obstante esta tendencia general, y en correspondencia con la realidad observada en toda América Latina, los resultados dejan de ser alentadores si se considera la situación vigente al interior del país, donde la presencia de diferenciales entre distintas jurisdicciones geográficas y grupos sociales se contradice, en reiteradas opor-

[2] Tanto el EBDH como los principios que considera son abordados en el Capítulo 1.

[3] Tanto las metas planteadas en las conferencias internacionales, como la meta establecida a nivel nacional en Argentina, son convenientemente explicitadas en el Capítulo 1.

tunidades, con la intención manifiesta de mitigarlos. En este contexto, surgen distintos interrogantes: *¿Está logrando Argentina reducir el nivel de la MI de manera suficiente para cumplir con los compromisos asumidos? A pesar de las desigualdades observadas, ¿está avanzando en la disminución de las inequidades existentes*[4] *para alcanzar, al menos, la meta fijada a nivel nacional? ¿Estaría en condiciones de concretar aquellas establecidas para los años venideros?*

La concreta reducción de la MI exige que el Estado centre su atención en las causas que originan las defunciones, de manera tal que las políticas, los programas y las acciones que se diseñen, produzcan un efecto positivo en la población destinataria. Sin embargo, se debe reconocer que no todas las muertes son evitables. En efecto, existen muertes que difícilmente se podrían haber eludido ya que responden a problemas congénitos o de improbable solución, de acuerdo a la disponibilidad de recursos científicos y tecnológicos en un determinado momento. Asimismo, existen otras, que podrían haber sido evitadas con medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos, así como también con mejoras introducidas en las condiciones de vida de los niños y de sus hogares de pertenencia.

En este sentido, son las muertes evitables las que atentan efectivamente contra el andamiaje de los DDHH, al constituir un impedimento para su concreta realización. Tal como lo explicitan Santillán Pizarro y Rojas Cabrera (2011: 2):

> (…) 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 de injusticia social.

[4] Entendidas en términos de las diferencias injustas susceptibles de ser evitadas.

Desde esta perspectiva, identificar aquellas muertes evitables y distinguirlas de las que no lo son, indagar si existen diferencias entre sectores sociales y analizar su evolución en el tiempo se transforma una cuestión fundamental para el éxito de las acciones encaminadas a su reducción.

Dada la existencia de defunciones susceptibles de ser evitadas y de otras que no cumplen con esta condición, y en función de las implicancias de una muerte evitable en el marco de los DDHH, el esquema conformado por las tres preguntas plasmadas en párrafos anteriores se completa con la incorporación de una cuarta: *¿Qué ocurre con los compromisos referidos a la reducción de las diferencias si sólo se tienen en cuenta las muertes consideradas evitables en función de los recursos disponibles?*

Con miras a encontrar una respuesta a los interrogantes formulados, este trabajo propone como objetivo principal *analizar la evolución de la MI en el país, entre 1990 y 2009, con una mirada de DDHH*, lo que implica interpretar dicha evolución a la luz de los principios que los rigen.

En correspondencia con el objetivo principal, se plantean los siguientes objetivos secundarios:

- Analizar la evolución de la MI en el país y a nivel de regiones y provincias entre 1990 y 2009 así como también los diferenciales que se presentan entre dichas áreas geográficas.
- Indagar el grado de cumplimiento frente a los compromisos internacionales y nacionales asumidos en torno a la reducción de la MI.
- Identificar las defunciones infantiles evitables (DIE) a nivel nacional, regional y provincial y analizar su evolución en el tiempo a fin de indagar los avances/retrocesos del Estado en torno a la reducción de aquellas muertes que efectivamente atentan contra el pleno ejercicio de los DDHH.
- Identificar las causas más frecuentes de DIE y analizar su evolución en el tiempo a los efectos de indagar aquellas a las cuales el Estado debiera prestar mayor atención para continuar con el descenso de la MI.

A tales fines, el Capítulo 1 comienza con la exposición de los fundamentos que motivan la realización de este trabajo. Seguidamente, se presenta una reseña de la importancia asignada en la MI en la CDN, las conferencias internacionales y las metas allí establecidas con relación a la

reducción de la MI (incluidas las adaptaciones o incorporaciones que se hacen por parte de Argentina). Se hace especial énfasis en el EBDH y en los principios que considera, atendiendo particularmente a los vinculados a los artículos que abordan la MI tanto en la CDN como en las citadas conferencias.

El Capítulo 2 trata el concepto de muerte evitable y plantea la importancia que tiene su abordaje para el análisis de la MI desde la perspectiva de los derechos humanos. Adicionalmente, presenta la lista de muertes evitables utilizada actualmente en Argentina y la compara con otras listas empleadas en América Latina; concretamente la de Chile y la de Brasil.

El Capítulo 3, por su parte, sintetiza las tendencias de la MI, en los últimos decenios tanto en América Latina como en Argentina, al tiempo que resume las conclusiones de algunos estudios que acusan la presencia de diferenciales tanto al interior del continente como del país.

El Capítulo 4 precisa las fuentes de información y los criterios metodológicos empleados para la presentación de los resultados, dentro de los cuales se consideran aquellos relacionados con la medición de la MI y la cuantificación de las diferencias entre sectores geográficos. Se hace especial énfasis en las distintas formas de medición de las muertes evitables para lo cual se destacan las bondades y limitaciones que cada una de ellas presentan.

El Capítulo 5 inicia con la presentación y el análisis de los resultados. En él se evalúa el grado de cumplimiento por parte de Argentina de los compromisos contraídos a nivel internacional y nacional concernientes a la reducción de la MI.

El Capítulo 6 comprende el análisis de la MI por causas evitables (MIE) para todas las jurisdicciones consideradas. A tales fines, pone particular consideración en la detección de aquella clasificación que permite describir con mayor detalle el perfil de la mortalidad evitable en Argentina, a partir de la aplicación simultánea las tres listas de MI según criterios de evitabilidad detalladas en el Capítulo 2.

El Capítulo 7, a su vez, describe las causas más frecuentes de muertes evitables, a fin de profundizar sobre el abordaje de la temática y avanzar hacia la comprensión de la misma.

Finalmente, se presentan las conclusiones.

Capítulo 1

1.1 Fundamentos del trabajo

Si bien en los últimos decenios el nivel de la MI en Argentina experimenta un notable descenso, no puede ignorarse que las diferencias en su interior tienden a persistir en el tiempo, hasta llegar a profundizarse en algunos casos (Behm y Maguid, 1978; INDEC, 1984 ; Mazzeo, 2006; Müller, 1984; Álvarez, 1998; Bossio y Arias, 2001; Fantín, 2004; Celton y Ribotta, 2004 y 2005; Mazzeo, 2006; Vega y colaboradores, 2006; Buchbinder, 2008; Abriata y Fandiño, 2010; CCPS, 2010). Esto resulta importante por varios motivos. El primero de ellos se relaciona con la necesidad de que el Estado reconozca que los diferenciales en la MI entre sectores geográficos y sociales no siempre se producen como parte de una diversidad natural. Por el contrario, algunos se deben a la existencia de situaciones injustas asociadas a diferencias en las condiciones de vida y en el acceso a los servicios sanitarios las cuales, por lo tanto, son susceptibles de ser evitadas.

El segundo, en estrecha vinculación con el primer motivo, se relaciona con el hecho de que las desigualdades dan como resultado la histórica "acumulación de desventajas" materiales y ciudadanas en detrimento de los sectores geográficos y sociales con menores recursos, lo que contribuye a la reproducción intergeneracional de la pobreza. Al mismo tiempo, implica mayores dificultades para dichos sectores en el ejercicio de los derechos más elementales, entre ellos, el derecho a la vida (CEPAL, 2005).

Por último, el tercero se asocia a las obligaciones contraídas a nivel internacional (adhesión a la CDN y a las posteriores conferencias) en virtud de las cuales el Estado se compromete a atenuar las brechas –e incluso, anularlas– mediante acciones diseñadas a tales efectos, aún en escenarios de profundas diferencias económicas.

La existencia de diferenciales que pueden ser evitados atenta contra el espíritu de los DDHH desde cuyo marco se propone la igualdad de oportunidades en su ejercicio. De allí que todo Estado que los adhiere deba diseñar acciones encaminadas a su reducción, para lo cual, primero es preciso identificarlos.

En Argentina, si bien existe abundante producción científica y académica que permite analizar la MI como problemática que impide el ejercicio de los DDHH, ésta no hace específica mención de la situación del país frente a los principios que los rigen. Ello plantea dificultades al momento de determinar si existen actuaciones contrarias a los mismos. [5]

Con la intención de aportar algún contenido al *vacío* detectado en los estudios sobre MI y dada la creciente importancia asignada a los DDHH en los últimos años, este trabajo se centra en analizar la evolución de la MI en Argentina con una mirada de DDHH. A tal fin, hace especial énfasis en algunos de los principios que consideran y que se encuentran incluidos tanto en la CDN como en las posteriores conferencias internacionales basadas en los derechos que en ella se consagran.[6]

Habida cuenta de que el Estado es el principal garante de los DDHH de todas las personas y en particular, dada su necesidad de protección especial, de los niños, incorporar los principios sintetizados en el denominado EBDH al abordaje de la MI resulta de suma utilidad. En efecto, ello proporciona elementos para identificar los grupos más desventajados en el ejercicio de los DDHH a la vez que aporta al diseño (o rediseño) de políticas y programas eficaces que tiendan a garantizarlos a todos por igual.

1.2 La MI en la CDN y las conferencias internacionales. El EBDH

Si bien existen diversos instrumentos internacionales de DDHH, la CDN de 1989 constituye el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas, que incorpora toda la gama de tales derechos: civiles, culturales, económicos, políticos y sociales.

Resultado del consenso logrado luego de un periodo de 10 años de negociaciones entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, pro-

[5] La producción científica y académica a la cual se hace referencia es debidamente comentada en el Capítulo 2.

[6] Dichos principios son explicados en el siguiente apartado.

motores de DDHH y expertos de distintas disciplinas que competen a los niños, la CDN reconoce que la vulnerabilidad intrínseca de estos atenta contra su desarrollo saludable y pone en juego su crecimiento integral (físico, motor e intelectual) y su desempeño como adultos en el futuro. En virtud de ello, y al igual que otros instrumentos internacionales de DDHH que la preceden y en los cuales se apoya[7], declara que "por su falta de madurez física y mental, los niños necesitan protección y cuidados especiales" (CDN, Preámbulo).[8]

Al asumir los compromisos emanados de la CDN, los Estados quedan obligados a tomar medidas y realizar acciones para asegurar su vigencia y así proteger el interés superior del niño, entendido como la búsqueda de "la *plena satisfacción* y el *ejercicio de los derechos* consagrados en la misma" (Pavez Soto, 2011: 42). Al tratarse de un instrumento jurídicamente vinculante, el incumplimiento de los deberes asumidos por parte de éstos, trae aparejada la posibilidad de su exigibilidad por vía judicial, al tiempo que los hace responsables ante la comunidad internacional (UNICEF, s.f.). [9]

Con relación a los derechos reconocidos en su texto, la CDN declara que el goce de los mismos debe alcanzar a todos los niños por igual, tal como lo expresa en el Artículo 2:

> 1. Los Estados Partes respetarán todos los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedi-

[7] Entre ellos, la Declaración Universal de los DDHH de 1948 y la Declaración de los Derechos del Niño de 1959.

[8] Cabe aclarar que en la CDN se entiende por niño a toda persona menor de 18 años de edad (CDN, Artículo 1).

[9] Del mismo modo, el carácter de jurídicamente vinculante de la CDN obliga a los Estados Parte a confeccionar y enviar informes periódicos al Comité sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas sobre las medidas que hayan adoptado para dar efecto a los derechos reconocidos en el mencionado documento y sobre el progreso en cuanto al goce de esos derechos, tal como se expresa en el Artículo 44.

mentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares..

Garantizar la igualdad en el ejercicio de los derechos implica que los Estados reconozcan la existencia de niños que viven en condiciones particularmente difíciles que ponen en juego el pleno ejercicio de sus derechos, motivo por el cual, necesitan especial consideración. Identificar estas minorías vulnerables dentro de un colectivo vulnerable por naturaleza como lo es el de los niños, posibilita que se establezcan prioridades en la planificación de políticas y programas para asegurar la realización de los derechos a favor de los grupos más excluidos en razón de la discriminación (Harrington, 2009: 5).

Uno de los derechos reconocidos en el texto de la CDN es el derecho a la salud para el cual el Artículo 6 hace una primera alusión, al vincularlo con el derecho a la vida:

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible el desarrollo y la supervivencia del niño.

No obstante esta mención, el derecho a la salud como tal se explicita más adelante, en el Artículo 24 en el cual, parte del Inciso 2 establece: "Los Estados Parte asegurarán la plena aplicación de este derecho [derecho a la salud] y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para reducir la MI y en la niñez" (Artículo 24, Inciso 2, parte).

Los artículos 6 y 24 dejan en evidencia que, en el marco de la CDN, la muerte de un niño es considerada un impedimento para el ejercicio de los derechos a la salud y a la vida al tiempo que es consecuencia de la no realización de otros derechos. De allí que dicha Convención establezca que los Estados que la adhieren desarrollen todas las acciones que resulten necesarias para reducirla.

A pesar de las intenciones plasmadas en el texto de la CDN, la preocupación concreta por mitigar las defunciones que tienen lugar durante los primeros años de la vida continúa vigente en la comunidad mundial. Una prueba de ello es la serie de conferencias internacionales que tienen lugar a partir de 1990, que retoman y profundizan la temática. Si bien éstas no son legalmente vinculantes, avanzan en los postulados de la CDN, al incorporar en sus planes de acción (PA) metas específicas para la reducción de la mortalidad en esta etapa de la vida –y en particular, durante el primer año– a ser alcanzadas en plazos determinados. Entre ellas:

- La CMFI de 1990. Este 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 del noventa respecto a las políticas hacia la infancia en todo el mundo. Presenta un PA para el decenio, en el que se incluye un conjunto de metas orientadas a reducir la mortalidad en los primeros años de vida.
- La CIPD celebrada en 1994 en El Cairo. Al reconocer 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 PA resultante del encuentro.

  La necesidad de adaptar el plan de la CIPD al contexto de América Latina y el Caribe, lleva a que en 1996 se presente el PA Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (PAR). El mismo, confeccionado por la CEPAL a pedido de los países de la región, plantea una serie de metas intermedias a las trazadas en el programa de la CIPD, como forma de avanzar hacia el cumplimiento de los compromisos asumidos en dicha conferencia.
- La CM del año 2000, en la que, se toman como referencia los lineamientos de las conferencias precedentes y se definen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estos, 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 MI y en los primeros años de vida.

La SEFI del año 2002, durante la cual, en correspondencia con los objetivos establecidos en la Cumbre del Milenio, se define el PA *Un mundo apropiado para los niños y las niñas* (UMAN). En dicho plan, los gobiernos se comprometen a "poner en práctica, según proceda, leyes, políticas y PA nacionales eficaces y asignar recursos para realizar y proteger los derechos de los niños y asegurar su bienestar" (UNICEF, 2007: 7).

Como ya se anticipara en la introducción, las citadas conferencias se basan en los DDHH, motivo por el cual se rigen por una serie de principios comunes a todos los instrumentos de tales derechos (pactos, tratados, convenciones, entre otros). Dichos principios se resumen en lo que se conoce como EBDH.

El EBDH debe su origen a las agencias de Naciones Unidas, las cuales acuerdan que la búsqueda de desarrollo debe darse simultáneamente con la búsqueda de la plena realización de los DDHH. Desde esta perspectiva, las personas dejan de ser consideradas *objeto de política* –merced de la intervención discrecional de los Estados conforme a medidas asistenciales y caritativas– y pasan a ser reconocidas como *titulares de derechos*, con lo cual, estos se hacen responsables de garantizar a todas ellas el ejercicio de los DDHH.[10] Así planteado, el EBDH intenta conformar un marco normativo y una herramienta útil tanto para el diseño de políticas y programas de desarrollo como para la evaluación de los mismos (Nyamu Musembi y Cornwall, 2004; PNUD, 2006; Naciones Unidas, 2006).

Cabe destacar que, a pesar de la importancia asignada al EBDH en los últimos tiempos, en la práctica las políticas de desarrollo no siempre buscan la plena realización de los DDHH. 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).

[10] En sintonía con el EBDH, la CDN concibe a los niños no sólo como objetos de protección y asistencia, sino como titulares de derechos propios y como actores de su propia vida, que tienen por lo tanto, la capacidad y el deber de participar en las determinaciones que les conciernen (Pavez Soto, 2011: 41).

Sin embargo, podría descuidar a minorías con importantes desventajas sociales. Por el contrario, una política basada en los DDHH priorizaría a estas últimas.

En cuanto a los principios específicos contenidos en el EBDH, en el caso de las conferencias presentadas, es posible distinguir al menos tres de ellos: *los Estados son los principales titulares de obligaciones*, la *igualdad y* la *no discriminación* y el *avance y* la *no retrocesión*.[11] El primero de los principios refiere a que los Estados, al adherir a un tratado de DDHH, contraen el compromiso de respetar, proteger y garantizar los derechos allí reconocidos, asumiéndose en carácter de principales responsables de la realización de los mismos. El principio de *igualdad y no discriminación* –que se corresponde con el citado Artículo 2 de la CDN– supone que todos los individuos, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, el lugar de residencia, la posición económica o de otra índole deben tener las mismas posibilidades de ejercer sus derechos. Finalmente, el principio de *avance y no retrocesión* alude al incremento progresivo del ejercicio de los derechos sin remitirse nunca a estados anteriores, invalidando las medidas regresivas, salvo casos extremos y justificables.

En el caso particular de la MI, estos principios se traducen en que los Estados se constituyen en los principales responsables de su reducción. Esto tiene distintas implicancias, una de las cuales consiste en aplicar todas las medidas que resulten necesarias para mejorar las condiciones de salud de los niños, y en consecuencia, reducir el número de muertes durante el primer año de vida. Al mismo tiempo, deben procurar la reducción de las brechas entre sectores sociales.

La Tabla 1 presenta las metas relacionadas con la reducción de la MI, organizadas según la conferencia que les da origen, y en virtud de los prin-

[11] Otros principios fundamentales del EBDH son: los sujetos son titulares de derechos; la consideración prioritaria de los derechos humanos; la universalidad e indivisibilidad de los DDHH; 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, C. y Cornwall, A., 2004; Naciones Unidas, 2003 y 2006).

cipios a los cuales hacen referencia.[12] 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 del noventa solicitan un mayor esfuerzo a los países con altos niveles de mortalidad, en realidad se trata de una exigencia aparente. Cuando un país presenta un nivel elevado de mortalidad, tiene mayores posibilidades de lograr la reducción de sus tasas que aquel que presenta niveles bajos de mortalidad. Esto se debe a que cuanto mayor es la TMI, mayor es la prevalencia de las DIE, 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. [13] De allí que los niveles de exigencia planteados por las conferencias en cuanto a la reducción de la mortalidad difieran, según se trate de países con elevada o baja MI (Tabla 1).

Asimismo, con referencia a las metas ligadas al principio de *igualdad y no discriminación*, de la lectura de la tabla se desprende que prácticamente todas las conferencias proponen la reducción de las brechas entre sectores geográficos, culturales y sociales. Esto se debe, por un lado, a la necesidad de evitar el acceso desigual a los derechos 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 (Tabla 1).

A pesar de lo anterior, la mayoría de los PA que surgen de las conferencias proponen la reducción de las diferencias a manera de objetivo sin

[12] Cabe aclarar que en la tabla no se explicita el principio que refiere a los Estados como principales titulares de obligaciones, ya que el sólo hecho de que asuman estas metas implica que se reconocen responsables de su consecución.

[13] 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 DI en países con altos niveles de mortalidad.

dar precisiones respecto al *cuánto reducir* y en *cuánto tiempo*. La excepción la constituyen sólo dos de ellos los cuales, además de manifestar la intención, incorporan metas cuantificables y acotadas en el tiempo. Uno de estos PA 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 PAR de 1996 que establece como meta intermedia "reducir (para el año 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la MI entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales" (Párrafo 67.5) (Tabla 1).

Al adherir a las conferencias y a los PA resultantes, Argentina asume las metas vinculadas a la reducción de la MI de igual manera en que se plantean en el ámbito internacional. No obstante, con respecto a las metas de equidad, si bien éstas son incorporadas, la intención de concretarlas se relativiza. En efecto, a pesar de que el país se compromete a reducir las diferencias en un 50% entre 1990 y 2000 (PAR de 1996) y a suprimirlas hacia 2010 (PA de la CIPD), con la adhesión a los ODM decide adicionar una meta a nivel nacional que establece la reducción del 10% de las diferencias entre provincias, en el periodo 1990-2015. De esta forma, adopta una postura más reservada con respecto a las metas internacionales, al disminuir el nivel de exigencia planteado (a 10% limitado a escala provincial) y extender el plazo límite para su alcance (entre los años 1990 y 2015) (Tabla 1).

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

Conferencia y PA	Metas vinculadas al principio de *avance y no retrocesión*	Metas vinculadas al principio de *igualdad y no discriminación*
CMFI de 1990 PA: Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño	"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 (NV), si ello representase una mayor reducción." (Apartado 5, Inciso a)	No se plantea.
CIPD de 1994 PA: Programa de Acción de la CIPD	"Para el año 2000 (...) reducir sus tasas de mortalidad de lactantes (...) en un tercio, o bien a 50 (...) por mil NV, 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 NV ... 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 NV. Los países que consigan alcanzar antes esos niveles deberían seguir esforzándose por reducirlos." (Párrafo 8.16)	"Durante los próximos 20 años (…) reducirse sustancialmente la diferencia entre las tasas medias de mortalidad de lactantes y niños pequeños en las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo, y 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)
CIPD de 1994 PA: PAR de 1996	"Para el año 2000 (...) reducir sus tasas de mortalidad de lactantes (...) en un tercio, o bien a 50 (...) por mil NV si estas cifras son menores." (Párrafo 67.1)	"Reducir (para el año 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la MI entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales." (Párrafo 67.5)
CM de 2000 PA: ODM de 2000	"Reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la MI." (ODM 4)	No se plantea a nivel internacional. A nivel nacional, Argentina incorpora la meta: "Reducir (entre 1990 y 2015) en 10% la desigualdad entre provincias." (Objetivo 5, Meta 2)
SEFI de 2002 PA: UMAN	"Reducir en el transcurso del decenio 2000-2010 al menos en un tercio la tasa de de MI (TMI) 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." (*) (Apartado 67.5)

(*) No es meta sino objetivo, ya que no especifica la magnitud de la reducción ni el plazo de tiempo previsto para su consecución. Fuente: Elaboración propia con base en los textos de las conferencias y PA referidos.

Capítulo 2

2.1 El concepto de muertes evitables: origen, antecedentes e implicancias

Tal como se comentara en la introducción, la reducción de la MI implica que los Estados deben ocuparse por identificar las causas de las defunciones que tienen lugar durante el primer año de vida. Esto resulta una cuestión de fundamental importancia, ya que el éxito de las acciones dirigidas a cumplir con este objetivo, depende de la medida en que éstas se ajustan al problema que intentan solucionar, motivo por el cual, es preciso conocerlo por anticipado.

Sin embargo, aún cuando se distingan las causas que originan las defunciones, se debe reconocer que no todas ellas pueden ser evitadas. En efecto, algunas muertes se asocian a cuestiones genéticas, y no cuentan con la posibilidad de ser impedidas, en función de la tecnología y los recursos a los cuales se tiene acceso en un determinado momento. Sin embargo, existen otras, que sí pueden ser evitadas con los recursos disponibles. La reducción de la MI exige que los Estados centren su atención en estas últimas, de modo que, a partir del uso adecuado de los recursos, las medidas implementadas produzcan efectos positivos sobre la población destinataria.

Entonces, *¿qué significa que una muerte sea evitable? ¿Cuáles son las causas comprendidas dentro de esta categoría?*

Admitir que el control o la supresión de algún factor que actúa como causa de una muerte puede derivar en la desaparición de las defunciones atribuidas a ella da origen al concepto de mortalidad evitable. El mismo comienza a gestarse en 1952 a partir de los trabajos de Lembcke quien, con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica a partir del análisis de las estadísticas vitales (entre ellas, las de mortalidad), concluye que ciertas causas de muerte reflejan la calidad de la atención de algunos servicios de salud (Lembcke, 1952 en Gómez Arias, 2008).

Durante la década de 1960 las conclusiones de Lembcke adquieren mayor relevancia, cuando varias investigaciones destacan el hecho de que algunas defunciones pueden prevenirse dada la posibilidad de controlar

sus causas con la medicina. En este sentido, el carácter de evitable de algunas muertes se asocia a la cuestión de que ciertos tratamientos médicos considerados efectivos hasta el momento se realizan de modo inadecuado (Nolte y Mckee, 2004).

Por su parte, en la década de 1970 Rutstein y colaboradores (miembros del *Working Group of Preventable Manageable Diseases*) establecen que una muerte evitable tiene lugar cuando *"si todo lo que se tenía que hacer se hubiera hecho, tal defunción se hubiera prevenido o retrasado"* (Rutstein et al, 1976 en Gómez Arias et al, 2009: 386). A partir de esta definición los autores hacen explícita la necesidad de que exista por lo menos alguna intervención susceptible de incidir sobre los factores que determinan la muerte.

De este modo, a partir de la definición propuesta, confeccionan una lista de 90 causas de mortalidad susceptibles de ser evitadas mediante la intervención efectiva de los servicios de salud (Rutstein et al, 1976 en Carvalho Malta et al, 2007). Dichas contribuciones, si bien reconocen el papel que desempeñan las mejoras en las condiciones de vida de las poblaciones, destacan el impacto positivo del sector de la salud en la morbilidad y mortalidad de las poblaciones.

Los conceptos desarrollados por Rutstein y su equipo de trabajo son retomados en la década de 1980 por otros investigadores, entre ellos, Charlton y colaboradores quienes, sobre la base de estudios realizados en Inglaterra y Gales, plantean que las muertes evitables reflejan el resultado de las intervenciones sanitarias. De este modo, dichas defunciones constituyen un indicador de la calidad de la atención médica a la vez que resultan útiles para fijar criterios de asignación de recursos (Charlton et al, 1983 en Gómez Arias, 2008).

Siguiendo la línea de investigación de Charlton, Holland plantea una lista de causas de mortalidad evitable en Europa, en función de los avances tecnológicos vigentes para la intervención médica y la realidad local (Holland, 1988). En dicha lista, Holland centra su interés en diferenciar las intervenciones médicas susceptibles de impedir las muertes y las relaciones que pueden surgir entre ambas. De este modo, las muertes se consideran evitables cuando son objeto de intervenciones efectivas y de proveedores

de atención médica con posibilidad de ser identificados (Gómez Arias, 2008).

Los aportes de Rutstein, Charlton y Holland hacen foco en el rol que desempeñan los servicios médicos en la ocurrencia de una muerte definida como evitable. De esta manera, influenciados por el pensamiento unicausal, reflejan la confianza en la existencia de una asociación específica entre las causas de muerte y acciones que se llevan a cabo desde el sistema de salud, sin interesarse por dar cuenta de otras cuestiones que pueden llegar a influir en el incremento o la reducción de las muertes evitables (Gómez Arias, 2008).

Con miras a superar la limitación de los estudios centrados en la atención médica, surgen otras investigaciones que concluyen que las muertes evitables son el producto de una multicausalidad estructurada y cuestionan la utilidad de los modelos unicausales para explicar el origen de dichas defunciones. Estas investigaciones proponen que las muertes evitables aparecen como consecuencia de múltiples causas que contribuyen de manera diferencial a la muerte como resultado final (McMahon et al, 1960 en Gómez Arias, 2008).

Los trabajos desarrollados por Mckeown desde la década de 1960 configuran ejemplos de estudios donde la mortalidad se asocia más a las mejoras en las condiciones socioeconómicas de la población que al desempeño de los servicios de salud. En ellos se sostiene que el cuidado de la salud explica apenas una parte de la caída de la mortalidad en las poblaciones, y no justifica completamente el decrecimiento significativo de la mortalidad asociada a algunas causas, tal como el caso de la tuberculosis en el periodo 1848-1954. Este último estaría más relacionado con mejoras introducidas en las condiciones de vida que con la administración de antibióticos y vacunas, eventos que ocurren con posterioridad a la reducción observada en la enfermedad (Mckeown, 1971; 1982).

Apoyada en el enfoque multicausal de la mortalidad, desde 1978 Taucher propone una lista de causas de defunciones evitables y no evitables para América Latina en función del conocimiento vigente (Taucher, 1978). De este modo, a partir de conceptualizar a la muerte como el resultado de múltiples condiciones, la autora propone reagrupar las defun-

ciones de acuerdo a grupos de intervenciones que pudieran contribuir más a su control, a saber:

- Grupo A. Causas evitables por vacunación o tratamiento preventivo: incluye aquellas defunciones atribuidas a la falta de (o al acceso inadecuado a) medidas preventivas tales como inmunizaciones, vigilancia epidemiológica, educación para la salud y protección específica de sujetos a riesgo.
- Grupo B. Causas evitables por diagnóstico o tratamiento médico precoz: contempla las defunciones atribuidas a enfermedades ligadas a la inadecuada prestación (o falta) de servicios médicos.
- Grupo C. Causas evitables por saneamiento ambiental, vulnerables a control, prevención y erradicación de factores ambientales de riesgo.
- Grupo D. Causas evitables por medidas mixtas: incluye las muertes que pueden atribuirse a la combinación de servicios médicos (inadecuados o insuficientes) y acciones de tipo socioeconómico (inadecuadas o insuficientes) vinculadas con las condiciones de desarrollo social.
- Grupo E. Causas difícilmente evitables: considera las patologías invulnerables a las tecnologías y a los conocimientos disponibles.
- Grupo I. Causas mal definidas.
- Grupo J. Otras causas.

La clasificación de Taucher supone que las causas agrupadas en una categoría de intervenciones lo son en sentido parcial, de manera que pueden estar relacionadas con otras acciones médicas y socioeconómicas, cuyo rol no resulta suficientemente claro. Esta situación tiene lugar particularmente para las causas comprendidas dentro del grupo D, donde el modelo no se compromete a identificar ningún tipo particular de medida responsable de impedir la muerte.

A partir de reconocer que una muerte es el resultado de la interacción de múltiples factores, durante la década de 1990 diversos autores confeccionan listas de mortalidad evitable con base en las innovaciones tecnológicas en el campo de la atención médica individual. Entre ellos, McKembach y colaboradores, los cuales analizan aquellas causas de muerte frente a las cuales la intervención de los recursos tecnológicos es considerada efectiva (McKembach, 1988, 1990 en Gómez Arias, 2008).

Sin embargo, otros tales como Suárez Varela y colaboradores continúan destacando la importancia que reviste el sector de la salud para la concreta reducción de las muertes evitables, al considerarlas como *aquellas cuya ocurrencia está estrechamente ligada a la intervención médica*. De esta forma, plantean que determinadas defunciones no debieran tener lugar, dada la posibilidad de su prevención o el tratamiento oportuno de la causa que les da origen (Suárez Varela et al, 1996).

El hecho de vincular necesariamente la ocurrencia de una muerte evitable con las mejoras técnicas introducidas al campo de la medicina es puesto en duda por ciertos estudiosos del tema, quienes sostienen que la evitabilidad no es sinónimo de avance tecnológico, ya que existe una proporción considerable de muertes que tiene lugar durante el periodo perinatal que pueden suprimirse mediante atención primaria (Theron, 2000 en Gómez Arias, 2008). Esta hipótesis es confirmada por algunos investigadores, entre los que se encuentran Grall y colaboradores. Con el objetivo de indagar los mecanismos que desencadenan las muertes neonatales tempranas, dicho trabajo concluye que el descenso de dichas defunciones no se explica tanto a partir de los nuevos procedimientos tecnológicos incorporados, sino más bien por la presencia de controles durante la gestación y el puerperio y la aplicación de los conocimientos y las técnicas ya existentes (Grall et al, 1978 en Gómez Arias, 2008).

En 2001, Tobías y Jackson proponen una lista de muertes evitables por atención médica ajustadas por efectividad. En función de su diseño, los autores reconocen que las muertes por una determinada causa pueden ser evitadas, complementariamente, por atención primaria, secundaria o terciaria y que la efectividad de dichas intervenciones varía en función de la causa (Tobías y Jackson, 2001 en Gómez Arias, 2008).

A la luz de los conocimientos alcanzados, en la actualidad coexisten distintas propuestas de listas de muertes evitables con base en el enfoque multicausal de la mortalidad. La clasificación diseñada por Gispert y colaboradores en España constituye un ejemplo concreto de aporte reciente. A partir de una profunda revisión de los antecedentes bibliográficos, este grupo define a las muertes evitables como “los casos de muerte por enfermedades o causas externas que disponen de tratamiento o medidas de

prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos" (Gispert et al, 2006: 186). Asimismo, establece grandes categorías de muertes evitables en relación a las causas que les dan origen, a saber:

- Defunciones evitables por intervención de políticas sanitarias intersectoriales: comprende las defunciones atribuidas a enfermedades o causas externas para las que existe sólo (o fundamentalmente) intervención primaria en el ámbito social, educativo, normativo, etcétera. No considera las muertes en las que las medidas de prevención están basadas principalmente en medidas medicoquirúrgicas o asistenciales.
- Defunciones evitables por intervención de servicios de asistencia sanitarias: incluye las enfermedades o causas externas susceptibles de intervención efectiva desde la prevención primaria asistencial (vacunas o tratamientos preventivos), y/o prevención secundaria (detección temprana) y/o del tratamiento.

Por su parte, Carvalho Malta y colaboradores precisan a las muertes evitables como "aquellas prevenibles, total o parcialmente, por acciones efectivas de los servicios de salud accesibles en un determinado lugar y momento histórico" (Carvalho Malta et al, 2007). En correlato con esta definición, elaboran un listado para Brasil fundado en el potencial de intervención del Sistema Único de Salud (SUS) del país, en el cual aquellas defunciones vinculadas a mejoras en las condiciones habitacionales (tales como el saneamiento), hechos accidentales o actos de violencia son consideradas evitables a partir de medidas vinculadas a la promoción de la salud.

El concepto de mortalidad evitable no es estable en el tiempo, sino que depende de la tecnología y de los recursos de los que se dispone en un momento y un lugar dados. En este sentido, los riesgos de mortalidad pueden reducirse al mejorar la disponibilidad de recursos –entre ellos la incorporación de los avances tecnológicos– y por consiguiente, producir que ciertas defunciones consideradas no evitables pasen a integrar el grupo de las evitables (Tang, Petrie y Prasada Rao, 2007).

La incidencia de la mortalidad evitable en una población constituye un reflejo de la calidad de los servicios sanitarios para la prevención de

las muertes prematuras, a la vez que conforma una herramienta útil para monitorear el impacto de las acciones emprendidas desde los servicios de salud sobre el riesgo de muerte en las poblaciones (Carvalho Malta y Duarte, 2007; Vergara Duarte et al, 2009). Simultáneamente, pone en evidencia las fallas en el funcionamiento de otros sectores que contribuyen a disminuir los riesgos de enfermar o morir o a mejorar el acceso a los servicios (Gómez Arias et al, 2009). Por todo ello, una muerte evitable puede ser entendida como un *evento centinela*, concepto desarrollado por Rutstein en la década de 1970 y retomado y profundizado por Samico y colaboradores más adelante, cuando expresan que:

> Los eventos centinela reflejan situaciones evitables e indican que la calidad de la atención debe ser mejorada, así como también, determinan que la investigación de lo ocurrido debe ser seguida de intervenciones sobre posibles sectores socioeconómicos, ambientales, culturales o genéticos que puedan actuar como determinantes de la situación encontrada (Samico et al, 2002: 242).[14]

En función de las implicancias de las muertes evitables, los estudios sobre esta temática se constituyen en aportes significativos para los actores del sistema de salud que tienen en cuenta sus resultados y conclusiones, puesto que permiten el monitoreo de las tendencias de la mortalidad por causas evitables por atención de la salud en combinación con el desempeño de otros sectores, la identificación de eventos centinelas sensibles a la calidad de la misma y, eventualmente, el diseño de medidas correctivas. [15] A

[14] Cabe aclarar que si bien Samico y colaboradores retoman el concepto de *evento centinela* desarrollado por Rutstein, a diferencia de este último que hace foco en la calidad de la atención médica, consideran que, ante la ocurrencia de una muerte evitable, se deben revisar otras cuestiones susceptibles de ser intervenidas mediante políticas intersectoriales.

[15] En el caso de la MI, diversos estudios muestran que "muchas muertes podrían evitarse con medidas sencillas, tales como vacunación, control de salud, consulta precoz, diagnóstico oportuno, disponibilidad de agua potable, entre otras" (Royer y Arbitman, 1997 y Kaempffer y Medina, 2000 en Rubio et al, 2007: 146).

partir de estos procesos, es posible establecer hipótesis sobre la distancia entre el desempeño esperado y el observado en el sector de la salud en un determinado espacio geográfico, y de esta forma, detectar las áreas más comprometidas, así como también reconocer situaciones exitosas, dignas de ser internalizadas y reproducidas (Carvalho Malta et al, 2007).

2.2 La lista de muertes evitables utilizada en Argentina. Comparación con las listas de Chile y Brasil

Como ya se comentara, determinar la proporción de muertes evitables constituye una cuestión clave para el éxito de las políticas dirigidas a la reducción del nivel de la mortalidad. A ello debe agregarse, la importancia que presenta el conocimiento de las características que dichas defunciones presentan, entre ellas, la causa que las genera.

En América Latina se han realizado numerosos esfuerzos por identificar el origen de las defunciones, los cuales han dado como resultado listas de causas que las desagregan en evitables y no evitables, y al mismo tiempo, clasifican a las primeras en función de las acciones adecuadas para contrarrestarlas. Dadas las características intrínsecas del concepto de mortalidad evitable, se recomienda que dichas listas sean permanentemente revisadas a la luz de la evolución del conocimiento y de los avances tecnológicos que operan en el sector de la salud (Carvalho Malta et al, 2007).

En la actualidad, las listas que desagregan a las defunciones infantiles (DI) en evitables y no evitables, asumen diferentes expresiones en los distintos países de la región, aunque todas ellas destacan la relevancia que presentan los servicios de salud en lo concerniente a su reducción concreta.[16]

En el caso de Argentina, y en concordancia con las listas de mortalidad de diversos países de la región, la clasificación utilizada por la Dirección de Estadística e Información de Salud de la Nación (DEIS) contempla

[16] El detalle de las causas comprendidas en cada una de las categorías que conforman las listas que se exponen en esta sección del Capítulo 2, se encuentra convenientemente presentado en las tablas 1, 2 y 3 del Anexo.

inicialmente dos grandes grupos de causas de mortalidad: las reducibles (defunciones cuya frecuencia podría reducirse en función del conocimiento científico actual y por diferentes medidas llevadas a cabo, fundamentalmente a través de los servicios de salud) y las difícilmente reducibles (defunciones que en la actualidad no son evitables) (DEIS, 2010).[17]

A su vez, dicha clasificación considera por separado las defunciones que tienen lugar en el periodo neonatal (0 a 27 días de vida) y las que ocurren en el periodo postneonatal (28 a 365 días). De este modo, queda conformada por las categorías establecidas a continuación (DEIS, 2010). [18]

Para las defunciones acaecidas en el periodo neonatal:
1. Reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno:
1.1 En el embarazo
1.2 En el parto
1.3 En el recién nacido
2. Otras reducibles
3. Difícilmente reducibles
4. Otras causas
5. Mal definidas

Para las defunciones acaecidas en el periodo postneonatal:
1. Reducibles por prevención
2. Reducibles por tratamiento

[17] Dicha clasificación constituye el resultado del *Taller Grupo de Expertos para la revisión de la clasificación usada en la Argentina sobre MI según Criterios de Evitabilidad*. Serie 3, Nro.30. Buenos Aires, Argentina, julio 1996. La misma experimenta algunos ajustes en el año 2000 (DEIS, 2010). Adicionalmente, en el año 2011 se introducen nuevos cambios a la clasificación (incluso en la denominación de las categorías), aunque, cabe destacar, que estos últimos no constituyen un objeto de estudio del presente trabajo, puesto que éste abarca hasta el año 2009 (DEIS, 2011).

[18] Si bien, desde 1995, esta clasificación responde a los denominados *Criterios de Reducibilidad* y reemplaza a los anteriormente empleados *Criterios de Evitabilidad*, en este capítulo, los términos *reducible* y *evitable* son utilizados como sinónimos (DEIS, 1995; 1996).

3. Reducibles por prevención y tratamiento
4. Otras reducibles
5. Difícilmente reducibles
6. Otras causas
7. Mal definidas

Cabe mencionar que las causas incluidas en cada una de las categorías de esta codificación responden a la Décima Revisión de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), incorporada en el país a partir de 1997 (DEIS, 1992; 1993; 1994a; 1994b, 1995; 1996; 1997; 1998; 1999; 2000; 2001; 2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009 y 2010).[19] De la lectura de la misma surge que el énfasis está puesto en las DIE por acciones vinculadas a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportunos, cualquiera sea el periodo durante el cual tiene lugar la defunción (neonatal o postneonatal). No obstante ello, dicha clasificación no permite, por sí misma, distinguir las causas contempladas dentro de la categoría *Otras reducibles*. Tampoco incluye una categoría específica para las defunciones que podrían haber sido impedidas debido a mejoras en las condiciones de vida.

La lista de causas de mortalidad evitable utilizada en Argentina difiere considerablemente de otras clasificaciones empleadas en la actualidad en América Latina, entre ellas de la aplicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Chile en los Anuarios de Estadísticas Vitales. Dicha clasificación se basa en los aportes de Taucher (1978), a partir de los cuales se establecen las siguientes categorías, con independencia del momento en que se produce la defunción (INE, 2010):

1. Defunciones evitables por vacunas o tratamiento preventivo
2. Defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz
3. Defunciones evitables por mejoría de las condiciones de saneamiento ambiental
4. Defunciones evitables por acciones mixtas

[19] Hasta 1996 inclusive, las defunciones se codifican de acuerdo a la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9).

5. Defunciones difícilmente evitables en el estado actual del conocimiento y del desarrollo tecnológico
6. Defunciones por causas mal definidas
7. Resto de las defunciones que no se incluyen en los grupos anteriores

A diferencia del caso argentino, las categorías de la lista de Chile discriminan otros tipos de medidas, además de las vinculadas al diagnóstico, la prevención y el tratamiento médico oportunos, a saber: las relacionadas con las mejoras en las condiciones de saneamiento ambiental y aquellas que guardan correlato con la ausencia o ineficacia de la combinación de cualquiera de las acciones consideradas en las categorías restantes. Dicha codificación, sin embargo, no tiene en cuenta si la defunción se produce por situaciones ligadas a la (falta o inadecuada) atención a la mujer durante la gestación o en el momento del nacimiento, o bien a los cuidados específicos que deben brindarse al recién nacido.

Un ejemplo de clasificación que contempla tanto las acciones relacionadas con la atención de la salud en el embarazo, en el parto y en el recién nacido como las medidas intersectoriales vinculadas a la promoción de la salud, es la de Brasil. Con referencia a la propuesta de Carvalho Malta y colaboradores (2007), la lista de muertes por causas evitables en este país varía conforme a la edad del fallecido. En el caso de los menores de 5 años, el ordenamiento planteado en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil considera las categorías definidas a continuación (Carvalho Malta, 2007: 238-239):

1. Causas evitables
1.1 Reducibles por acciones de inmuno-prevención
1.2 Reducibles por adecuada atención de la mujer en el embarazo, en el parto o en el recién nacido. [20]
1.2.1 Reducibles por adecuada atención de la mujer en el embarazo.
1.2.2 Reducibles por adecuada atención de la mujer en el parto.
1.2.3 Reducibles por adecuada atención del recién nacido.

[20] En Brasil, los términos *reducible* y *evitable* son utilizados, indistintamente, para referirse a las muertes que podrían haber sido eludidas (Carvalho Malta et al, 2007: 233).

1.3 Reducibles por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento
1.4 Reducibles por acciones adecuadas de promoción a la salud, vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud
2. Causas mal definidas
3. Demás causas (no claramente evitables)

Independientemente del criterio utilizado para identificar si una defunción es, o no, evitable, y en ese caso, la categoría que se le asigna en función de la causa, cada vez que la muerte de un niño podría haberse impedido, se está en presencia de una violación al derecho elemental a la vida, sin el cual, ninguno de los restantes derechos puede ser ejercido. Tal como lo corroboran Tang, Petrie y Prasada Rao: "Las personas que fallecen por causas no evitables, por definición, han vivido el tiempo potencial que la naturaleza permite... Por el contrario, aquellos que mueren por causas evitables sólo viven una fracción de ese ciclo de vida…" (Tang et al, 2007: 682). Al mismo tiempo, toda muerte evitable refleja la imposibilidad de ejercer plenamente otros derechos (a la salud, a una alimentación adecuada, a una vivienda digna, etcétera) tanto del niño como de su hogar de pertenencia.

En correlato con lo anterior, las muertes evitables atentan contra el desarrollo universal de los DDHH, y en especial, contra aquellos reconocidos en el texto de la CDN, la cual proclama desde el Preámbulo, que los Estados que la adhieren, asumen la responsabilidad de brindar a las familias la protección y asistencias necesarias para velar por el cuidado y el desarrollo del niño. Desde este marco, su ocurrencia deja en evidencia contextos de inequidad, que, contrarios a lo que plantean los principios del EBDH, se traducen en situaciones injustas e inaceptables, con posibilidad de ser impedidas. De allí la necesidad de que las muertes evitables ocupen un lugar prioritario en las agendas de los Estados que se reconocen principales garantes de DDHH ante la comunidad internacional.

Capítulo 3

3.1 La MI en América Latina: situación actual y tendencias a nivel regional

Desde mediados del siglo XX, América Latina y el Caribe experimentan numerosos avances en cuanto a mejoras en las condiciones de vida en general y en materia de salud. Éstos constituyen el resultado de la combinación de múltiples procesos, tales como la implementación de los servicios de atención primaria de alto impacto y de bajo costo (programas de vacunación masiva, la terapia de rehidratación oral, la lactancia materna y los controles de salud de los niños sanos) y los cambios socioeconómicos demográficos y sostenidos (dentro de los cuales se incluyen el incremento de la cobertura de los servicios básicos –específicamente de agua potable y de saneamiento–, el aumento de los niveles de educación de la población en general y el descenso de la fecundidad) (CELADE/UNICEF, 2007: 5).

Los progresos evidenciados en la región han impactado positivamente en el nivel de mortalidad de toda la población y en especial, de los niños, registrándose descensos de magnitud considerable, aún en contextos de bajo o inestable crecimiento económico y de escasa reducción de la incidencia de la pobreza (CELADE/UNICEF, 2007: 2). En efecto, la TMI pasa de 128 a 28 por mil NV entre 1950 y 2005 (CELADE, 2005: 25).

En la actualidad, la MI en América Latina y el Caribe continúa manifestando una tendencia decreciente, alcanzando un valor cercano a 22 por mil NV. Dicho nivel se encuentra por debajo de los observados en Asia (la cual presenta una MI de 42 por mil NV) y África (donde se estiman 83 DI por cada mil nacimientos que se producen) (CELADE/UNICEF, 2011).

A pesar de estos logros, la MI en la región continúa siendo un motivo de preocupación en los países que la integran, ya que su nivel sigue siendo elevado, si se lo compara con el de Europa (donde la TMI asciende a 7 por mil NV), o con el de los países de América del Norte, cuyas tasas es-

pecíficas de mortalidad resultan considerablemente inferiores al promedio latinoamericano (Estados Unidos y Canadá, con 6 y 5 DI por mil NV, respectivamente) (CELADE/UNICEF, 2011).

Al mismo tiempo, América Latina es caracterizada en diversos estudios como *la región más desigual del mundo*, en función de los elevados niveles de desigualdad social entre países y al interior de los mismos, los que en múltiples dimensiones superan a los observados en los restantes continentes (Naciones Unidas, 2005; Kliksberg, 2005; CEPAL, 2006 y 2011). La MI no resulta ajena a esta condición, puesto que históricamente los grupos más desventajados han registrado los mayores niveles de mortalidad (Naciones Unidas, 2005: 146). En este sentido, si bien en las últimas décadas los países latinoamericanos reducen significativamente las TMI dicho progreso dista de ser igualitario entre las distintas áreas geográficas y grupos sociales.

En correlato con lo anterior, si bien en América Latina la MI experimenta un notable descenso en los últimos decenios, esta trayectoria, aunque auspiciosa, no se produce de manera uniforme en toda la región. En efecto, algunos países alcanzan en la actualidad una situación muy similar a la de los países desarrollados, mientras que una parte de la población del continente aún reside en territorios cuyas condiciones de salud se presentan como muy desfavorables, lo cual da como resultado una elevada mortalidad en la infancia (CELADE/CEPAL, 2007: 10).

Más alarmante aún es el hecho que señalan distintas investigaciones llevadas a cabo en el seno de las Naciones Unidas, entre ellas, el informe regional para el monitoreo del cumplimiento de los ODM, y que refiere a que el descenso generalizado de la MI en América Latina no es acompañado por una reducción de las brechas entre países, donde las mayores bajas en la MI desde 1990 tienen lugar en los países con menores niveles de defunciones al interior del tramo etario en cuestión (Naciones Unidas, 2005).

Una prueba de los diferenciales de MI hallados entre países latinoamericanos y de su persistencia en el tiempo la configuran los resultados que se muestran en un trabajo confeccionado en el ámbito del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de

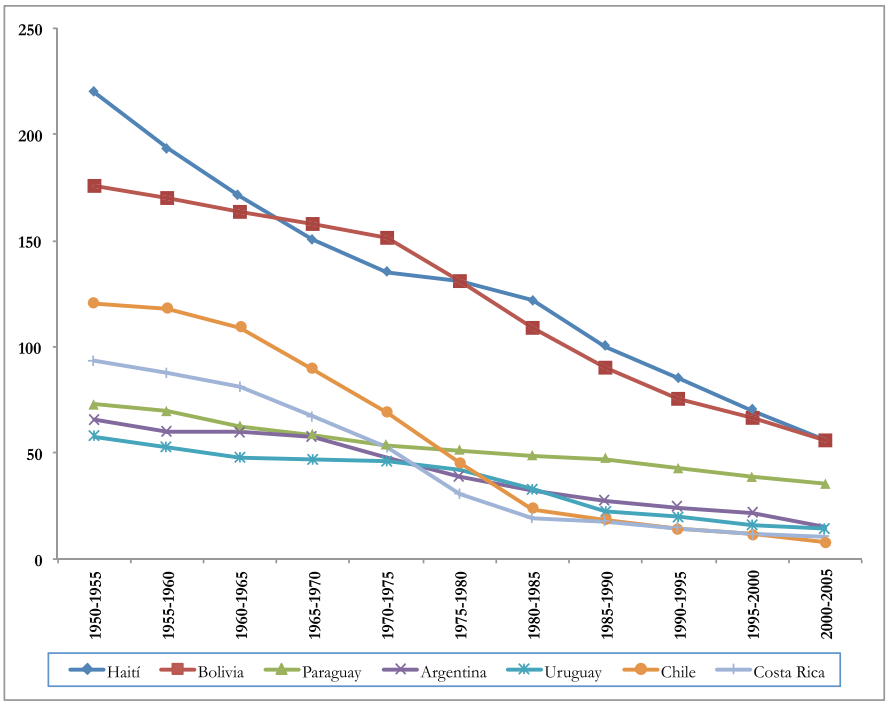
Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a partir del cual es posible constatar que si bien las reducciones de la MI son importantes en todos los países estudiados entre 1950 y 2005, los mayores logros corresponden a aquellos que alcanzan esperanzas de vida al nacer más elevadas –tales como Chile y Costa Rica–, cuya tasa de mortalidad logra reducirse aproximadamente un 90% en el periodo analizado al registrar alrededor de 10 DI por cada mil nacimientos.[21] En el otro extremo, en Haití y Bolivia, catalogados como países de alta mortalidad, la reducción de la tasa es de un 65% a un 75%, lo que ocasiona que la misma quintuplique a la de los países con las tasas menores. Asimismo, Uruguay y Argentina, categorizados como países de media baja y baja MI, respectivamente, registran también reducciones relativamente moderadas (que oscilan entre un 70% y un 75%). Finalmente, se destaca el caso de Paraguay, país que presenta una mortalidad media, por constituir la jurisdicción con menor porcentaje de disminución de la MI (51%), pasando del cuarto lugar de menor MI en el quinquenio 1950-1955 a ocupar el decimoquinto lugar en el año 2005 (CELADE/CEPAL, 2007: 13).[22]

El Gráfico 1 ilustra la evolución de la TMI para los mencionados países, conforme a los valores estimados en el trabajo del CELADE (División de Población de la CEPAL) (2007).

[21] Hacia el año 2010, la reducción de la MI continúa en estos países, logrando ambos en dicho año una TMI inferior a 10 por mil NV, y conformando de este modo, conjuntamente con Cuba, los tres países con más bajas TMI en la región (CELADE/CEPAL, 2010: 14).

[22] Cabe aclarar que el estudio de CELADE/CEPAL (2007) contempla el análisis de las tendencias de la mortalidad de 20 países de la región.

Gráfico 1: América Latina. Países seleccionados. Evolución quinquenal de la TMI (por mil NV). Periodo 1950-2005



Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados en CELADE/CEPAL (2007). *Ver Anexo Tabla 4.*

Por su parte, un trabajo desarrollado por el CELADE, avanza en la medición de estas disparidades, al intentar cuantificarlas. De este modo, para una serie analizada de 20 países de la región, presenta un coeficiente de variación de la MI equivalente al 45% en el periodo 1990-1995, el cual muestra un incremento en años posteriores, cuando alcanza el 51% en el quinquenio 2000-2005 (CEPAL, 2005: 31).

Los logros diferenciales en torno a la reducción de la mortalidad en el primer año de vida, se deben en cierta medida, a la etapa en los procesos de transición demográfica y epidemiológica en el que se encuentra cada uno de los países de la región (CELADE/CEPAL, 2007 y 2010).[23] Dichos

procesos resultan, sin embargo, insuficientes para justificar la heterogeneidad vigente entre países, a la cual deben adicionarse otros factores, tales como, la proporción de la población con bajos ingresos, la presencia del fenómeno de la maternidad adolescente y la falta de servicios básicos y de atención sanitaria oportuna, todos ellos explicativos de las elevadas TMI que registran algunos países y de la persistencia de las mismas en el tiempo.

Simultáneamente, se evidencia la presencia de disparidades al interior de cada país, lo cual denota la coexistencia de distintas realidades, tales como la de la población residente en zonas rurales y la de los colectivos pertenecientes a los pueblos originarios, así como también a la comunidad afrodescendiente, todos sectores con notorios rezagos en este sentido, al registrar mayores TMI que el resto de la población. Analizada de esta manera, la TMI puede considerarse un indicador para indagar la existencia de brechas en el desarrollo social y en el acceso a la atención de la salud, aún dentro de un mismo territorio (CELADE/UNICEF, 2007).

[23] La transición epidemiológica constituye un proceso en el cual se produce un cambio en el perfil de la mortalidad por causas y grupos de edad, caracterizado por la pérdida del peso relativo de las muertes debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias (más fáciles de evitar con acciones de inmuno-prevención, tales como la vacunación masiva y el uso de los servicios de rehidratación oral), propias de las edades tempranas, y el incremento del peso relativo de las muertes por enfermedades crónicas y degenerativas, más frecuentes en los adultos (más difíciles de evitar, ya que requieren de tratamientos más largos y costosos). Este proceso se explica, en parte, por la tendencia a la disminución de la mortalidad a partir de los avances de la medicina, el desarrollo de los sistemas de atención a la salud, las mejoras de las condiciones de vida de la población y el cambio en los estilos de vida (aunque no todos estos factores conducen al efectivo decrecimiento de la mortalidad) (CELADE/CEPAL, 2007; 2010).
Por su parte, la transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración (iniciado en el siglo XVIII), que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas (BID/CEPAL/CELADE, 2000 y Diccionario Demográfico Multilingüe).

La problemática de las inequidades al interior de los países es tratada en diversos documentos elaborados en el ámbito de los organismos internacionales. En este marco, Naciones Unidas señala que, en lo referente a la reducción de las brechas de mortalidad, la niñez presenta un panorama ambivalente en la región. Ello ocurre porque, al igual que entre países, si bien en las últimas décadas se produce un descenso del nivel de la MI en términos generales, se manifiestan situaciones disímiles entre los distintos sectores sociales que conforman la población de cada país. En efecto, en algunas ocasiones, los sectores de menor mortalidad son los que experimentan una reducción más intensa, lo que se traduce en un incremento del exceso de mortalidad en aquellos más desfavorecidos con la consecuente agudización de las diferencias (Naciones Unidas, 2005).

Un estudio llevado a cabo por Naciones Unidas (2005) ofrece claros ejemplos de la presencia (y de la reducción o la persistencia) de diferenciales en el nivel de la MI según el grupo social de pertenencia en los distintos países que conforman la región. El mismo destaca particularmente el caso de Bolivia, donde las brechas por zona de residencia (urbana/rural) no sólo se mantienen vigentes sino que tienden a acentuarse con el transcurso del tiempo. En efecto, mientras que en el decenio de 1980 en dicho país la MI en las zonas rurales es 1,5 veces mayor que la MI en las zonas urbanas, en el decenio de 1990 (en rigor, de 1993 a 2003), esta diferencia asciende a 1,6 veces.

Asimismo, dicho trabajo analiza los diferenciales según el nivel educativo de las madres y detecta que, a pesar de que las diferencias existentes en la instrucción de las madres resultan en un notable grado de desigualdad en los niveles de MI, las brechas tienden a estrecharse en algunos casos. En efecto, revela que las diferencias en el nivel de mortalidad entre niños de madre sin instrucción y de madres con estudios secundarios o superiores logran reducirse en algunos países; concretamente en Brasil, Colombia y Perú (Naciones Unidas, 2005).

Por su parte, el informe *Panorama Social de América Latina 2005* confeccionado por el CELADE - División de Población de la CEPAL analiza las disparidades territoriales que se presentan al interior de los países. El mismo concluye que para los casos de Costa Rica y Chile, el descenso de

la mortalidad durante el primer año de vida se produce acompañado de una creciente homogeneidad entre regiones. Contrarias son las situaciones que se manifiestan en países como Brasil y Honduras, donde la baja significativa de la MI a nivel nacional se produce conjuntamente con un incremento de la disparidad entre regiones.[24]

En el mismo informe se aborda además la evolución de las diferencias de la MI en términos de estratos socioeconómicos, y se establece que, a pesar de los esfuerzos, las mismas continúan siendo significativas, como por ejemplo en el caso de Brasil, país que presenta las mayores disparidades entre grupos socioeconómicos (la razón entre la MI del estrato urbano más pobre y el más rico es superior a 4). Esta lectura se complementa con el cálculo del índice de concentración (IC), el cual sintetiza la tendencia de la totalidad de grupos considerados, y que refleja que las brechas tienden a reducirse, conjuntamente con la caída de la MI (CEPAL, 2005). [25]

[24] Puede notarse, a partir de un caso concreto como el de Brasil, que si las brechas se analizan teniendo en cuenta el nivel educativo de las madres se observa un descenso de las mismas, en tanto que si la lectura de las diferencias se realiza a nivel regional las mismas tienden a incrementarse. De ello se desprende que las conclusiones dependen de la variable seleccionada para dar cuenta del grupo social o geográfico de pertenencia y por lo tanto, pueden variar. Asimismo, como se verá más adelante, los resultados que arrojan la lectura de las brechas están sujetos a otras cuestiones, entre ellas, el método escogido para la cuantificación de las brechas y la unidad de desagregación territorial que se utilice.

[25] La curva de concentración es una generalización de la curva de Lorenz que, por ejemplo, en el caso de la MI permite mostrar la proporción acumulada de muertes (en el eje y) en función de la proporción acumulada de niños en riesgo (en el eje x), clasificados por nivel socioeconómico del hogar y ordenados por calidad de la situación, desde la peor hasta la mejor. Cuanto más alejada esté la curva de la diagonal, mayor será el grado de desigualdad entre los quintiles socioeconómicos (CEPAL, 2006: 183).

Por su parte, el IC es una medida numérica de la desigualdad que se define como el doble del área entre la curva de concentración y la diagonal. El IC toma valor cero cuando la curva de concentración coincide con la diagonal, es negativo cuando dicha curva está por encima de la diagonal, y positivo cuando se ubica por debajo. Una limitación del IC es que su valor absoluto no transmite mucha información acerca de la magnitud de la disparidad. No obstante, cuando se utiliza para hacer comparaciones en el tiempo o entre poblaciones diferentes, el IC puede mostrar la magnitud relativa de las desigualdades (CEPAL, 2006: 183).

En algunos países, la atenuación de las diferencias entre sectores socioeconómicos depende de la zona de residencia: en las áreas urbanas las mismas consiguen reducirse como consecuencia de la combinación del rendimiento decreciente de las intervenciones sanitarias en respuesta a los niveles bajos de MI en el quintil socioeconómico superior y al notable efecto en razón de la alta MI registrada en los quintiles inferiores. Distinta es la situación de las zonas rurales, donde se registra un incremento de las disparidades en países como Honduras y Paraguay, en tanto que en otros el grado de desigualdad social se mantiene prácticamente sin modificaciones (ejemplo: Panamá), lo que implica que el avance en materia de sobrevivencia de los niños menores de un año en las zonas rurales se produce principalmente en los sectores de mayor nivel socioeconómico (CEPAL, 2005).

Una mención especial merecen las diferencias que se presentan en el nivel de la MI de los colectivos indígenas y afrodescendientes, puesto que configuran grupos sociales históricamente postergados. En lo que refiere a las disparidades étnicas, existen pocos países donde es posible establecer comparaciones a partir de los resultados de los censos poblacionales de las rondas de 1990 y 2000. Sin embargo, los valores disponibles permiten inferir que, con excepción de Chile, los pueblos indígenas exhiben mayores niveles de MI con respecto a las medias nacionales (CEPAL, 2005). En efecto, si bien la sobremortalidad durante las primeras etapas de la vida guarda relación con la pobreza y con el hecho de residir en áreas rurales, aún controlando estos factores, las diferencias entre indígenas y no indígenas se mantienen (CEPAL, 2007). Así, en promedio para América Latina, la MI de los niños pertenecientes a los pueblos indígenas supera en un 60% a la de los niños no indígenas: 48 comparado con 30 por mil NV, respectivamente (Del Popolo y Oyarce, 2005).

Si al análisis de la pertenencia étnica se le adiciona la componente rural, la situación adquiere mayor gravedad, ya que se conforman territorios con MI muy elevada (propios de las fases previas a la transición demográfica, como en los casos de Bolivia y Paraguay) o que acusan una marcada falta de equidad (Ecuador, México y Panamá) (CEPAL, 2005).

Con respecto a la población afrodescendiente, aunque con datos fragmentarios, es posible inferir la presencia de inequidades manifiestas tanto

en Brasil, como en los casos de Colombia y Nicaragua. No ocurre lo mismo en Costa Rica y Honduras, cuyos niveles de MI resultan similares a los del resto de la población (CEPAL, 2007).

El análisis de las disparidades en el nivel de la MI por grupos sociales o geográficos deja en evidencia que tanto las condiciones de vida del hogar de pertenencia como el nivel de instrucción de la madre o la localización territorial imprimen un efecto clave en las posibilidades de sobrevivencia de las niños. De hecho, cuanto más carencias presente un hogar y menos educada sea la madre, existen mayores riesgos de que los niños mueran antes de cumplir el año de edad. Así lo confirman numerosos estudios, entre ellos, uno realizado a partir de los resultados de las Encuestas de Demografía y Salud llevadas a cabo en diversos países de América Latina y el Caribe, donde se afirma que los niños que forman parte de los hogares más pobres (primero y segundo quintil de ingresos) y cuyas madres tienen bajos niveles de instrucción (educación primaria o menos) mueren durante el primer año de vida con más frecuencia que aquellos que integran hogares con mejores niveles de ingresos y de madres con estudios secundarios o superiores (CEPAL/UNICEF, 2007).

La simple existencia de disparidades entre los países de América Latina o al interior de cada uno de ellos constituye una situación contraria a lo que plantean los DDHH, los cuales promueven la universalidad en su ejercicio, independiente de la raza, el color, la descendencia, el origen nacional o étnico de las personas. En este marco, la MI diferencial se traduce como una violación del derecho a la salud, y más aún, al derecho elemental de la vida en detrimento de los sectores más desprotegidos, a la vez que conforma una situación inaceptable a la luz de los acuerdos internacionales, que basados en los mencionados derechos, han suscrito los diversos países de la región (CEPAL/UNFPA/OPS, 2010).

3.2 La MI en Argentina: antecedentes en investigación

3.2.1 Panorama general

En Argentina, la TMI experimenta un notable descenso en los últimos decenios. En efecto, la misma se reduce aproximadamente al 64% entre 1980 y 2009, al pasar de 33,2 a 12,1 por mil NV (DEIS, 2010).[26] Esta disminución es atribuida a los esfuerzos centrados en el componente postneonatal, lo cual estaría asociado a las medidas implementadas a nivel nacional tendientes a contrarrestar la incidencia de los factores exógenos, vinculados con enfermedades de origen infecto-contagioso y respiratorio, y lo que probaría, de alguna manera, la efectividad de las campañas sanitarias de alcance masivo, de los nuevos medicamentos y del control de los factores ambientales nocivos, entre otros (Celton y Ribotta, 2004; 2005).

No obstante los progresos evidenciados en torno a la reducción de la MI a nivel país, y en sintonía con la situación observada en los distintos países de América Latina, diversos estudios llevados a cabo a nivel nacional desde la década de 1970 documentan la coexistencia de distintas realidades al interior de Argentina, las cuales evidencian la presencia de marcadas inequidades.

A continuación se sintetizan algunas investigaciones que dan cuenta de la problemática de las disparidades de la MI encontradas en el país en los últimos decenios.

---

[26] A pesar de la caída de la MI registrada en el país en las últimas décadas, algunos estudiosos del tema relativizan este avance puesto que, si bien ésta desciende en términos absolutos, lo hace en menor medida que en otros países de América Latina y el Caribe los cuales, partiendo de una mayor tasa de mortalidad a comienzos de la segunda mitad del siglo XX, logran un menor nivel que el registrado en el país en el quinquenio 2000-2005. Para más información, consultar: Escudero, J. y Massa, C. (2006), "Cifras del Retroceso: El deterioro relativo de la TMI de Argentina en la segunda mitad del siglo XX", en *Salud Colectiva*, septiembre-diciembre, Año/Volumen 2, N° 003, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina, pp. 249-257; y Trifiró, M. (2007), "La MI en Argentina y Chile: comparación de su evolución desde 1950 y estado actual", trabajo presentado en las IX Jornadas de Estudios de Población, Huerta Grande, Córdoba, octubre 2007.

3.2.2 La década de 1970: el primer antecedente

Un primer antecedente que documenta la existencia de diferenciales en el nivel de la MI al interior de Argentina es el trabajo realizado por Behm y Maguid en 1978, quienes a partir de los datos censales de 1970 y mediante la aplicación de métodos indirectos, logran estimar la probabilidad de morir durante los dos primeros años de vida, en el bienio 1965-1966. A través de una aproximación al concepto de clase social (que surge de clasificar los hogares según la ocupación y la categoría ocupacional del jefe), los autores demuestran que el grupo socioeconómico de pertenencia se vincula estrechamente con la posibilidad de morir a edades tempranas. De este modo, la probabilidad de morir asume valores diferenciales según la clase que se integre: alta (28 por mil), media (34 por mil), baja urbana (66 por mil) y baja agrícola (74 por mil) (Behm y Maguid, 1978 en Mazzeo, 2006: 14).

3.2.3 La década de 1980

Trabajos efectuados en la década de 1980 confirman que las disparidades encontradas hacia fines de la década de 1970 por Behm y Maguid (1978) continúan a lo largo de ese periodo. Entre ellos, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en 1984 en el cual, también mediante la aplicación de métodos indirectos, se estima la MI a partir de los resultados del censo de población de 1980, y se la combina con una variable de aproximación a la condición de pobreza definida, en este caso, a partir de la presencia o ausencia de necesidades básicas insatisfechas (NBI) en el hogar. [27] Los resultados señalan que el nivel de DI de los hogares pobres supera aproximadamente en un 50% al

[27] Las NBI fueron definidas según la metodología utilizada en *La pobreza en la Argentina* (Serie Estudios INDEC. N° 1, Buenos Aires, 1984). Los hogares con NBI son los hogares que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación:
1- Hacinamiento: hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto.
2- Vivienda: hogares en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).
3- Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.

de los hogares no pobres. Asimismo, se encuentra que la disparidad de incrementa entre los hogares situados en áreas urbanas y rurales, del mismo modo que entre las diferentes jurisdicciones político-administrativas en que se divide el territorio nacional (provincias y departamentos) (INDEC, 1984 en Mazzeo, 2006: 15).[28]

Otros textos de la década permiten confirmar que los diferenciales se hacen evidentes incluso cuando el interés se centra en analizar menores unidades de desagregación territorial. Así, por ejemplo, el trabajo de Müller, en el cual, a partir de los registros de estadísticas vitales de la provincia de Misiones, se demuestra que dicha jurisdicción ofrece marcadas diferencias en los niveles de MI de los ámbitos urbano y rural, y que éstas se agudizan si se comparan los centros urbanos mayores con las localidades rurales más pequeñas. En dicho estudio se observa además la presencia de brechas importantes entre los distintos estratos socio-ocupacionales y de acuerdo al nivel de instrucción de la madre. Adicionalmente, la combinación de estas tres características (la zona de residencia, el estrato socio-ocupacional de pertenencia y la educación de la madre) arroja resultados más alarmantes, siempre en detrimento de los sectores más postergados (Müller, 1984).

Por su parte, aunque no refiere explícitamente a la MI, una investigación realizada por Torrado en la ciudad de Rosario en 1986 acusa, a nivel local, la presencia de marcadas inequidades en el proceso de salud-enfermedad durante el primer año de vida según la clase social de pertenencia. Al respecto, la autora concluye que las condiciones familiares de vida relacionadas a cada clase social impactan de manera diferencial en la salud de los distintos estratos, con mayor deficiencia en aquellos

---

4- Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela.

5- Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe no haya completado tercer grado de escolaridad primaria. Texto extraído de INDEC, s.f.a.

[28] Argentina está constituida por 24 provincias las cuales, a su vez, se subdividen en departamentos.

inferiores, en especial, en los que se encuentran afectados por problemas de estabilidad en su inserción económica (Torrado, 1986 en Mazzeo, 2006: 16).

3.2.4 La década de 1990

Durante la década de 1990 distintos autores sostienen que, a pesar de continuar registrándose avances en torno al descenso de la MI, las diferencias al interior del país continúan manifestándose. Así lo expresan, entre otros, Álvarez (1998), quien realiza un estudio de la mortalidad de los niños menores de un año para el total del país entre los años 1980 y 1995, y a partir del cual concluye que, si bien observa una disminución de las diferencias a nivel de las provincias a lo largo del periodo analizado (a partir de la concentración de la distribución de las tasas de mortalidad a nivel de las jurisdicciones), ello no significa que la brecha entre los distintos grupos sociales que las conforman sea menor (Álvarez, 1998: 91). Adicionalmente, la autora aborda el perfil epidemiológico de la MI a nivel regional y provincial, al comparar la proporción de muertes evitables y no evitables, y señala que las regiones Noreste y Noroeste presentan los mayores excesos de mortalidad por causas evitables, siendo las provincias de Formosa y Chaco (ambas integrantes de la primera región a la cual se hace referencia) las más desfavorecidas en este sentido, al presentar un cociente aproximado de 4 muertes evitables por cada muerte no evitable (valor que se repite a nivel regional); en tanto que la región Noroeste muestra un cociente aproximado de 2,5 defunciones evitables por cada defunción no evitable, destacándose el caso de la provincia de Salta, donde la relación es de 6 muertes evitables por cada muerte no evitable (Álvarez, 1998: 92-93).

Otros aportes que contribuyen a la comprensión de la problemática de las diferencias en la distribución de las DI durante esta década surgen de las investigaciones realizadas por Bossio y Arias (2001) y por Celton y Ribotta (2004 y 2005). En ellas se reafirma que la TMI para el total del país se constituye como un indicador que, si bien expresa, en promedio, los avances en términos de las mejoras en las condiciones de vida, oculta las diferencias internas entre las distintas regiones geográficas y los diversos

grupos sociales. A dicha limitación debe agregarse el subregistro que suele hacerse de los eventos vitales.[29]

Adicionalmente, y del mismo modo que en el trabajo de Álvarez, los mencionados autores coinciden en señalar el norte del país se presenta como la zona más postergada, al exhibir las tasas más elevadas en relación a las restantes áreas geográficas, en tanto que las provincias ubicadas en el área central y sur presentan los menores niveles de DI. Este patrón se reitera cuando se consideran únicamente las muertes evitables (Celton y Ribotta, 2005 sobre la base del trabajo desarrollado por Álvarez, 1998).

Por su parte, Bossio y Arias (2001) observan un incremento de las diferencias interprovinciales en el decenio de 1990, al registrar una reducción baja de la tasa en aquellas jurisdicciones con mayores niveles de mortalidad al inicio del mismo. Ello implica una agudización de la problemática de las disparidades geográficas en dicho periodo.

Estudios posteriores que abordan el tema en contextos locales hacia finales del siglo XX permiten corroborar que las inequidades se reproducen en unidades territoriales de menor escala. Tal es el caso del trabajo de Mazzeo (2006), en el cual se abordan los diferenciales en el proceso de salud-enfermedad en la primera infancia para el caso concreto de la Ciudad de Buenos Aires. Con base en los indicadores de mortalidad para la década de 1990, la autora señala, que si bien la ciudad registra el menor nivel de mortalidad de la primera infancia en el país, ésta presenta marcadas diferencias a su interior. De esta manera, observa que el barrio de La Boca presenta los valores máximos de MI, registrando ocho veces la mortalidad fetal y seis veces la mortalidad postneonatal de los barrios de Villa Devoto, Villa Real y Villa del Parque; y ocho veces la MIE y cinco veces la neonatal con relación al barrio de Retiro (Mazzeo, 2006: 156).

La investigación desarrollada por Fantín (2004) configura otro antecedente para el estudio de la problemática. La autora indaga la MI en relación a las condiciones socioeconómicas en la frontera argentino- paraguaya en

[29] Para más información, consultar: Langer A, Bobadilla J., Schlaepfer-Pedrazzini L. (1990), "Limitaciones de la MI como indicador de salud" en *Salud Publica Mex.* 1990; 32: 467-473.

el periodo 1997-1999, y calcula el nivel de muertes de niños menores de un año a escala departamental y de zonas sanitarias, comprendiendo, en el caso argentino, las provincias de la región Noreste (Misiones, Chaco, Corrientes y Formosa). Del mismo modo que numerosos trabajos precedentes, Fantín destaca la asociación existente entre las condiciones socioeconómicas y el nivel de la MI, y concluye que en las provincias de Chaco y Formosa, los menores índices se observan al este y sudeste, en tanto que la situación se percibe como más desfavorable hacia el oeste y noroeste, donde se evidencian los mayores niveles de muertes infantiles. Misiones, por su parte, exhibe situaciones más críticas en los departamentos lindantes al río Uruguay, mientras que la mayoría de las jurisdicciones situadas a lo largo del río Paraná presentan índices inferiores a la media provincial. Finalmente, Corrientes, manifiesta una distribución bastante heterogénea, en la cual no es posible reconocer un patrón espacial definido.

3.2.5 El siglo XXI

Líneas de investigación más recientes continúan acusando la presencia de disparidades al adentro de Argentina, tanto en términos de jurisdicciones provinciales como en menores unidades de desagregación geográfica, así como también dentro de una misma unidad territorial, entre los distintos grupos sociales que residen en ella.

Si bien durante la primera década del siglo XXI, en términos generales, la TMI sigue manifestando un comportamiento decreciente, en algunos casos, ésta experimenta un incremento durante los primeros años de la misma, probablemente atribuido a la grave crisis socioeconómica acaecida en todo el país en este periodo, lo que trae aparejados una reducción de la magnitud del gasto en salud y un deterioro de las condiciones de vida de la población, ambos elementos que impactan negativamente sobre la salud de los niños que transitan la primera infancia.[30]

[30] Dentro de las principales causas de muerte de los niños menores de un año se encuentran aquellas ligadas al periodo perinatal, definido por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10) como aquel comprendido entre la 22ª semana de gestación (cuando el peso

Un claro ejemplo de lo acontecido en este periodo es lo que ocurre en la provincia de Formosa, la cual, si bien registra una TMI equivalente a 24,1 por mil NV en el año 2000, exhibe un incremento de la misma a 28,5 por mil en 2001. Ello se interpreta como un grave retroceso en el proceso de disminución de MI registrado en dicha provincia desde 1990 (Prieto, 2006).

De igual manera, un estudio realizado por Buchbinder (2008) permite comprobar para el total del país que, aún en el marco del descenso de la TMI, persiste la desigualdad entre grupos sociales observada en décadas anteriores. En este trabajo, el autor organiza los departamentos del país en cinco grupos de acuerdo a su nivel socioeconómico, calculado a partir del porcentaje de hogares con NBI relevado en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Posteriormente, combina los valores resultantes con los datos provenientes de los registros de nacimientos y defunciones para los trienios 1995-1997 y 2003-2005, concluyendo que la desigualdad en las TMI está vigente en ambos periodos, asociada a una mayor incidencia de las NBI.[31]

Por su parte, Vega y colaboradores (2006) también realizan un análisis de la MI a nivel de departamentos, al intentar modelar la evolución de la tasa entre 1994 y 2003, y representarla cartográficamente. Los resultados obtenidos se sintetizan en un mapa de riesgo, a partir del cual, es posible visualizar pautas similares en algunos sectores del Noroeste Argentino, así como también en la región chaqueña y en la meseta patagónica. En las restantes áreas geográficas, sin embargo, se presentan situaciones más fragmentadas, lo que lleva a que la cartografía asuma un formato semejante a un mosaico.

---

del feto es normalmente de 500 gramos) y los siete días posteriores al nacimiento (DEIS, 2010: 121). Asimismo, entre las causas perinatales, se destacan la prematurez y el retardo de crecimiento intrauterino por constituir las de más frecuente ocurrencia (Lomuto, 2008).

[31] Ver Nota 27.

De forma similar al estudio realizado por Burchbinder, Abriata y Fandiño (2010) analizan el comportamiento de la MI en las distintas provincias y departamentos del país durante el cuatrienio 2005-2008 en relación con la situación socioeconómica predominante en los mismos.[32] No obstante esta similitud en la metodología de trabajo utilizada, a diferencia del primero, las autoras recurren al Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH) para clasificar a las unidades territoriales en términos del nivel socioeconómico.[33]

En correspondencia con trabajos anteriores, entre los principales resultados se observa que los departamentos más pobres (es decir, aquellos con mayor prevalencia de hogares con privación material) se concentran en las regiones Noreste y Noroeste, aunque aparecen jurisdicciones con condiciones de pobreza similares en las regiones restantes. Esta realidad guarda asociación con el mapa obtenido al calcular las TMI, ya que a nivel de provincias, mientras que los niveles de mortalidad más elevados se registran en las jurisdicciones del Noreste (la provincia de Formosa figura como la más postergada, en este sentido), los más bajos se presentan en las provincias del Sur (donde Tierra del Fuego registra la tasa más baja de MI encontrada), con una diferencia que ronda el registro de 3 defunciones en Formosa por cada defunción que se produce en Tierra del Fuego.[34]

Asimismo, en la medida en que se avanza en el análisis territorial, aparecen distintas realidades, incluso dentro de aquellas provincias que re-

[32] Coincidiendo con las fuentes de datos utilizadas en el trabajo de Burchbinder, los datos de nacimientos y DI corresponden a los relevados a partir de los registros vitales del periodo 2005-2008, mientras que los que dan cuenta del nivel socioeconómico predominante en cada una de las subdivisiones departamentales son calculados a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

[33] El IPMH constituye una de las medidas diseñadas por el INDEC para obtener una aproximación al mapa de la pobreza a partir de resultados censales. Se calcula por primera vez en el país a partir de los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Para más información, se sugiere consultar INDEC (s.f.b).

[34] Dicha razón es obtenida a partir del cociente entre las TMI estimadas para cada provincia en el año 2008; en este caso: 19,2 y 6,8 por mil nacidos vivos, para Formosa y Tierra del Fuego, respectivamente.

gistran una TMI inferior al promedio nacional. Así, las tasas más altas de mortalidad de niños menores de un año se concentran en Rinconada (provincia de Jujuy en el Noroeste) y Tomás Guido (provincia de Buenos Aires, ubicada en la región Centro). Por otra parte, no se registran defunciones en este tramo de edad en el 50% de los departamentos de la región Sur.

Las autoras también concluyen que el 20% de los departamentos con mayor porcentaje de hogares con privación contabilizan el 25% de las DI a lo largo del periodo considerado. En el otro extremo, el 20% de los departamentos con menos hogares con privación registran poco menos del 20% de las muertes infantiles del país.[35]

Las conclusiones anteriores pueden complementarse con la lectura de los valores del Coeficiente de Gini (CG) publicados por el Consejo de Coordinación de Políticas Sociales de la Nación (CCPS), adaptado en este caso para medir la distribución de las DI a nivel de provincias. [36] La tendencia que describen permite confirmar una vez más que las disparidades entre las distintas jurisdicciones parecen persistir en el tiempo. En este sentido, dicho Coeficiente parte de un valor igual a 0,100 en 1990, y se incrementa hasta llegar a 0,130 en 2002, para luego iniciar una etapa de descenso gradual hasta el año 2007, donde alcanza un valor equivalente a 0,090. Al año siguiente, experimenta un nuevo incremento de 0,02 puntos, al asumir un valor de 0,092 (CCPS, Informe ODM 2010: 67).

Por su parte, otras investigaciones desarrolladas en la misma época señalan que las disparidades persisten, aún en contextos locales. Entre ellas, un trabajo llevado a cabo por Augsburger y colaboradoras (2006), quienes caracterizan el perfil de la MI en el municipio de Rosario en el año 2003 a partir del análisis de las desigualdades sociales en el riesgo de morir durante el primer año de vida y del vínculo establecido con las condiciones de vida de la población. Entre los principales resultados, las autoras evi-

[35] Estos valores son obtenidos a partir de la generación de la denominada Curva de Concentración y el Coeficiente de Gini, este último, uno de los indicadores propuestos en el desarrollo de la presente tesis, motivo por el cual, su forma de cálculo se explicita al principio del Capítulo 4 destinado a la exposición de la metodología de trabajo.
[36] Ver Nota 35.

dencian al interior del municipio una distribución heterogénea de las defunciones, las cuales abordadas en función de la causa básica que las origina y de la posibilidad de ser evitadas. Al mismo tiempo, detectan que las áreas que se identifican con las condiciones de vida y de salud más desfavorables albergan a los sectores sociales más afectados en este sentido.

En la misma línea de investigación, un estudio efectuado por Bolsi y colaboradores (2009), aborda el vínculo entre la pobreza y la MI a partir de la aparición de las denominadas *enfermedades de la pobreza* en el Norte Grande Argentino, integrado por las regiones Noreste y Noroeste. Los autores logran identificar tres núcleos de miseria bien definidos (los campesinos y aborígenes de la Puna y valles andinos, el Chaco aborigen y el campesinado santiagueño), en donde las defunciones asociadas a las patologías respiratorias, infecciosas y aquellas ligadas a trastornos en la nutrición, es decir, aquellas conocidas como *enfermedades de la pobreza* presentan una elevada prevalencia en comparación con las restantes áreas geográficas de la región analizada.

Por último, siguiendo el trabajo de Mazzeo (2006), en la década de 2000 en la Ciudad de Buenos Aires la MIE se incrementa un 14% en términos generales. A su vez, la autora agrega que, del mismo modo que la década de 1990, la desigualdad a nivel territorial se mantiene, al inferir que los valores máximos de MI se sitúan en Villa Soldati, Nueva Pompeya, Parque Chacabuco y Bajo Flores, en tanto que Belgrano y Nuñez configuran los barrios con menor riesgo de mortalidad para el tramo etario considerado (Mazzeo, 2006: 159).

Las conclusiones que surgen de la revisión de los antecedentes en investigación sobre la temática en Argentina permiten reafirmar los comentarios efectuados al principio del apartado, al revelar que el país no resulta ajeno a la realidad documentada en numerosos estudios sobre MI en América Latina. En efecto, el mismo se caracteriza por la fuerte presencia de disparidades tanto entre sectores geográficos como sociales. Esta situación se agrava más aún, si se tiene en cuenta el hecho de que las mismas tienden a persistir en el tiempo.

En este contexto, y habida cuenta de la creciente importancia asignada a los DDHH en los últimos decenios, se refuerza una vez más la necesidad

de analizar la evolución de la MI desde la perspectiva de tales derechos a fin de aportar elementos que contribuyan a que estos sean garantizados a todos los niños con igualdad de oportunidades.

Capítulo 4

4.1 Fuentes de información

En el presente trabajo se utilizan fundamentalmente datos provenientes de la DEIS desde 1990 y hasta el año 2009, inclusive.[37] Los mismos surgen de los anuarios de estadísticas vitales que publica dicha repartición y de algunos procesamientos específicos que se realizan sobre las bases de DI que ella genera. Estas últimas son confeccionadas a partir de la información remitida periódicamente por las dependencias provinciales que tienen a su cargo la sistematización de los registros de DI en sus respectivas jurisdicciones.

Cabe mencionar que todos los indicadores referidos al total del país que se presentan incluyen los niños nacidos y fallecidos de madres residentes en el país cuya provincia de residencia se ignora, así como también de madres residentes en el exterior. Esta aclaración intenta justificar las posibles diferencias que puedan surgir de la sumatoria de casos cuando se consideran áreas geográficas menores, las que son explicitadas en los próximos apartados contenidos en el presente capítulo.

Por otra parte, dado que la DEIS no realiza proyecciones a futuro, para analizar la situación de Argentina frente a los compromisos relacionados con la reducción de la MI para el periodo 1990-2015, se recurre a las tasas específicas de mortalidad estimadas por el CELADE - División de Población de la CEPAL conjuntamente con el INDEC (CELADE - División de Población de la CEPAL, Revisión 2008).[38] Estas últimas se calculan a partir de las siguientes fuentes de información:

---

[37] El recorte temporal *hasta 2009* obedece a la información disponible al momento de la confección del presente trabajo.

[38] Las tasas estimadas abarcan el periodo 1950-2050 y se encuentran disponibles en CELADE/CEPAL (s.f.a y 2009). Adicionalmente, la última de las publicaciones referidas expone los lineamientos metodológicos utilizados para realizar dichas estimaciones.

- Estadísticas vitales de 1950-2004.
- Censos poblacionales de 1947, 1960, 1970, 1980, 1991 y 2001.
- Proyecto de Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica (IMILA).[39]

4.2 Metodología

4.2.1 Los compromisos relacionados con la reducción de la MI

En primer lugar se destaca que, para indagar la situación de Argentina frente a los compromisos vinculados con la reducción de la mortalidad durante el primer año de vida se analiza la evolución de la TMI, definida como "la relación entre las defunciones de menores de 1 año acaecidas durante un año y el número de NV registrados en el transcurso del mismo año" (DEIS, 2010: 118).[40] La misma, cuya trayectoria se aborda, en este caso desde 1990, se expresa por cada mil nacimientos.

En segundo lugar, tal como se comenta en el Apartado 4.1, dado que las metas referidas a la reducción del nivel de MI consideran años comprendidos entre 1990 y 2015, y en función de la que DEIS no realiza

[39] El proyecto IMILA surge en el CELADE a comienzos de la década del 70 y refiere al estudio de los fenómenos migratorios en América Latina y el Caribe. Dicho proyecto, que tiene como fuente básica de información a los censos nacionales de población de la región o fuera de ella, busca generar una base de datos acerca de las personas enumeradas en un país diferente al de su nacimiento, es decir, de migrantes internacionales (en CELADE, s.f.b).

[40] La expresión *nacido vivo* debe entenderse como la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Oficina de Estadística de las Naciones Unidas, 1974 en DEIS, 2010: 112).
Para el cálculo de la TMI en un determinado año, la DEIS considera *nacidos vivos registrados* a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior.

proyecciones a futuro, se utilizan las TMI estimadas por el CELADE en conjunto con el INDEC.[41] Al respecto, caben dos consideraciones:

- Respecto al origen de las mismas, a partir del cual es preciso destacar que las tasas específicas de mortalidad constituyen indicadores derivados de las proyecciones de población por sexo y edad para el total del país resultantes de la aplicación del método de las componentes[42] y conforme a las fuentes de información detalladas en el Apartado 4.1.
- Respecto de la forma en que dichas tasas se emplean, en función de que las mismas no se encuentran calculadas por año calendario sino según quinquenios. En este caso, ya que las metas se establecen para años terminados en 0 ó 5, se efectúa el promedio entre la TMI cuyo límite superior del quinquenio es igual al año para el cual se pretende estimar la tasa y la que refiere al quinquenio cuyo límite inferior contempla dicho año. A modo de ejemplo, si se pretende estimar la TMI para el año 2015, se promedian las tasas correspondientes a los quinquenios 2010-2015 y 2015-2020.

4.2.2 Los compromisos relacionados con la reducción de las diferencias entre sectores geográficos, sociales y culturales

El análisis de la reducción de las diferencias entre sectores sociales, geográficos y culturales, se limita a la desagregación geográfica por región y provincia de acuerdo al área de residencia del niño nacido vivo o fallecido, según el caso. Al respecto, a los fines del presente trabajo las regiones se conforman de la siguiente manera:

- Centro: integrada por la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe.
- Cuyo: constituida por las provincias de La Rioja, Mendoza, San Juan y San Luis.
- Noreste: compuesta por las provincias de Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa.

[41] Cabe destacar que en una primera instancia, se comparan las TMI según ambas fuentes de información.

[42] Para más información, consultar CELADE/CEPAL, 2009: 127-130.

- Noroeste: integrada por las provincias de Catamarca, Santiago del Estero, Tucumán, Salta y Jujuy.
- Sur: constituida por las provincias de La Pampa, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

La decisión de delimitar el análisis de las diferencias a escala geográfica guarda estrecha relación con la disponibilidad de información en Argentina y la calidad que ésta presenta. En este sentido, cabe mencionar que en el país se incorporan en los registros de defunción características que dan cuenta del grupo social de pertenencia (tal es el caso de la edad y la educación de la madre, su situación conyugal y la afiliación a obra social o servicio de salud, entre otras). Sin embargo, se decide no utilizarlas debido a que las mismas adolecen de (graves) problemas de calidad en lo referente a la omisión del dato. A modo de ejemplo, se plantea el caso del nivel de instrucción de la madre del niño fallecido, el cual, en 1997 se encuentra omitido en el 33,4% de las defunciones registradas en el total del país.[43]

A pesar de lo anterior, resulta necesario aclarar que en Argentina es posible recurrir a fuentes alternativas de información para dar cuenta de las diferencias del nivel de la mortalidad entre sectores sociales. En efecto, a partir de datos provenientes de los censos de población, es factible estimar la MI mediante la aplicación de métodos indirectos y obtener, por ejemplo, la tasa específica de mortalidad de acuerdo a la zona de residencia (urbana o rural). No obstante, dado que a la fecha se dispone sólo de datos relevados en dos censos nacionales de población desde la adhesión del país a la CDN (concretamente, los realizados en 1991 y 2001), y en vista a los objetivos planteados en el marco de la investigación que aquí se propone, no se recurre a ellos como fuente de información.[44]

---

[43] Ejemplo de elaboración propia con base en las DI contabilizadas en 1997 según la DEIS.

[44] A la fecha se dispone de resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, aunque en forma parcial (INDEC, s.f.c). Por esta razón, no se los considera una fuente potencial de información para el abordaje de la temática.

Asimismo, cabe destacar que, si bien en otros países se suelen emplear los resultados de las Encuestas de Demografía y Salud (conocidas como DHS, por sus siglas en inglés) para el estudio de los diferenciales de MI entre grupos sociales, no es posible utilizarlos en este caso. El motivo de esta limitación radica en el hecho de que estos relevamientos no se llevan a cabo en Argentina.

En cuanto a la cuantificación de las diferencias, debe recordarse que, si bien la CIPD de 1994 establece metas específicas para la reducción de las mismas, no explicita ningún método para monitorear su evolución en el tiempo.[45] Por el contrario, en Argentina, el CCPS, a partir de la adhesión del país a la Cumbre del Milenio (ODM), propone al CG como indicador para evaluar los avances en torno a la reducción requerida del 10% de la desigualdad en el nivel de la MI entre provincias en el periodo 1990-2015, conforme se estipula en la meta incorporada a nivel nacional (CCPS, 2007).[46]

A pesar de constituir un indicador que normalmente se utiliza para medir la disparidad entre los ingresos de una población de interés, el CG puede ser adaptado para medir cualquier forma de distribución (en este caso, la distribución de las DI en el territorio) (CCPS, 2007).

Para el cálculo del Coeficiente de Gini se suele utilizar, con frecuencia, la Fórmula de Brown:

$$G = \left| 1 - \sum_{k=0}^{k=n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right|$$

[45] En rigor, la CIPD de 1994 precisa eliminar las diferencias entre sectores culturales, geográficos y sociales entre 1990 y 2010, en tanto que el Plan de Acción Regional para Latinoamérica y el Caribe (que en realidad constituye una adaptación de los lineamientos de la CIPD al contexto regional) establece como meta intermedia su reducción al 50% entre 1990 y 2000.

[46] Cabe recordar que, en el plano internacional, la Cumbre del Milenio a través de su plan de acción ODM, no establece ninguna meta de reducción de las disparidades en el nivel de la MI al interior de los países adherentes.

Donde:
G = CG
X = Proporción acumulada de la variable NV
Y = Proporción acumulada de la variable DI
k = Número de unidades de observación para las cuales se quiere estimar la desigualdad en la distribución de DI (las regiones y las provincias, en este caso)

Al aplicar la fórmula descripta, se obtiene como resultado un número entre 0 y 1, en donde el 0 se corresponde con la perfecta igualdad (que en el caso de medir la distribución de las DI implica que *todas las regiones (provincias) tienen las mismas DI*) y el 1 representa la perfecta desigualdad (que en este caso se traduciría en que *una región (provincia) concentra todas las DI y las demás ninguna*) (CCPS, 2007).[47]

Con base en la propuesta realizada a nivel nacional, y dada la inexistencia de acuerdos metodológicos a nivel internacional, en el presente trabajo se utiliza el CG para la medición de las brechas entre regiones y provincias. Además, en función de los indicadores planteados para la medición de las desigualdades demográficas y sociales en el informe *Panorama Social de América Latina 2005* confeccionado por la CEPAL (2006), se incorporan otras dos estrategias:

- La primera consiste en calcular la "diferencia absoluta" entre los sectores de mayor y menor MI 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 el número de veces que la MI 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. Por ejemplo, si alcanza el valor de 2,6, indica que

[47] A su vez, el Índice de Gini es el Coeficiente de Gini expresado en porcentaje, y es igual al Coeficiente de Gini multiplicado por 100 (CCPS, 2007: 13 y 32).

un sector tiene una mortalidad equivalente a 2,6 veces la del otro sector, o lo que es lo mismo, que por cada 10 niños que mueren en el segundo, mueren 26 en el primero. [48]

El CG considera, de manera conjunta, las disparidades que se manifiestan en la totalidad de sectores de interés. Por su parte, el cálculo de las brechas absoluta y relativa sólo tiene en cuenta los valores extremos de la distribución; de manera que el resultado habilita conocer "la amplitud" de la desigualdad. Por este motivo, y a fin de avanzar en la comprensión de las diferencias, se aplican simultáneamente las tres estrategias presentadas, las cuales son comparadas en todos los casos.

Por último, debe tenerse en cuenta que a pesar de que las metas de reducción de las diferencias involucran a 1990, 2000, 2010 y 2015, 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 los fines de estimar el grado de avance en cuanto a la consecución de las mismas, se asume el supuesto de que la reducción de la brecha debe ser a razón del 5% anual (en el caso de las metas incluidas en el PA de la CIPD y de su adaptación al contexto latinoamericano) y del 0,4% anual (si se considera la meta fijada a nivel nacional en el marco de los ODM). Así por ejemplo, si se pretende indagar acerca del cumplimiento de las metas establecidas a nivel internacional y si se cuenta con información para los años 1997 y 2000, la brecha entre los mismos debería registrar una disminución del 15%; o bien, si se dispone de datos para los años 1990 y 2009, la brecha debería descender el 95%. Del mismo modo, si se procura analizar la situación del país frente al cumplimiento de la meta nacional y existe información para los años 1990 y 2009, la brecha debería reducirse en un 7,6%; en tanto que si se cuenta con datos para 1997 y 2009, la brecha debería descender el 4,8%.

[48] Para más información, se sugiere consultar CEPAL, 2006: 183.

4.2.3 Tratamiento de las muertes evitables[49]

La denominación de las muertes que, de acuerdo a los recursos disponibles en un determinado momento y lugar, pueden ser impedidas es una primera cuestión que merece ser abordada. Al respecto, debe destacarse que si bien en el Capítulo 2, los términos *reducible* y *evitable* son utilizados como sinónimos, en adelante se emplea únicamente el término *evitable*.

En cuanto a la desagregación de las DI en evitables y no evitables, ésta se realiza, en principio, siguiendo las tres listas de codificación de la mortalidad evitable comentadas en el Capítulo 2.[50] A saber: la utilizada por la DEIS en Argentina, la empleada por el INE de Chile y la del SUS de Brasil.[51] Al respecto, cabe aclarar que, mientras que las listas del INE y del SUS se aplican a la distribución de las DI según causas, los resultados que refieren a la clasificación de la DEIS se corresponden con los publicados en los Anuarios que confecciona periódicamente dicha repartición.[52]

---

[49] Para la lectura del apartado se recomienda tener en cuenta el contenido de las tablas *1, 2* y *3*, ubicadas en el Anexo al final de documento. Las mismas presentan las causas asociadas a los distintos criterios de evitabilidad para cada una de las clasificaciones que se utilizan en el presente trabajo.

[50] Los resultados de la presente investigación incluyen únicamente indicadores que dan cuenta de las muertes evitables. Sin embargo, conviene aquí abordar íntegramente las clasificaciones que aplican, a fin de comprender las diferencias, las similitudes, las ventajas y las desventajas de las mismas.

[51] Cabe recordar que el detalle de las mismas se encuentra convenientemente registrado en las tablas *1*, *2* y *3*, respectivamente, del Anexo.

[52] Dado que hasta el momento los Anuarios de la DEIS no publican la lista de causas de muertes infantiles según criterios de evitabilidad utilizada para obtener los resultados que difunden en cada uno de ellos, la *Tabla 1* del Anexo ubicado al final del documento contiene una lista que, con base en los criterios de la DEIS, fuera confeccionada por un grupo de expertos y proporcionada por la cátedra de Mortalidad de la Maestría en Demografía de la Universidad Nacional de Córdoba y por el Instituto de Investigaciones Geohistóricas de la Provincia de Chaco. Por este motivo, su estricta aplicación sobre la base de las DI registradas en cada año puede arrojar resultados diferentes respecto de los presentados en las publicaciones periódicas de la DEIS.

Considerada la anterior aclaración, a fin de rescatar algunos conceptos presentados en el mencionado capítulo, la Tabla 2 reproduce las categorías incluidas en las mismas.

Tabla 2. Clasificación de las DI en Argentina, Chile y Brasil según criterios de evitabilidad

Argentina (DEIS)	Chile (INE)	Brasil (SUS)
Defunciones en el periodo neonatal 1. Evitables por vacunas o tratamiento preventivo 1.1 En el embarazo 1.2 En el parto 1.3 En el recién nacido 4. Otras evitables 5. Difícilmente evitables 6. Otras causas 7. Mal definidas Defunciones en el periodo post-neonatal 1. Evitables por prevención 2. Evitables por tratamiento 3. Evitables por prevención y tratamiento 4. Otras evitables 5. Difícilmente evitables 6. Otras causas 7. Mal definidas	1. Evitables por vacunas o tratamiento preventivo 2. Evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz 3. Evitables por mejoría de las condiciones de saneamiento ambiental 4. Evitables por acciones mixtas 5. Difícilmente evitables en el estado actual del conocimiento y del desarrollo tecnológico 6. Mal definidas 7. Resto	1. Evitables por acciones de inmuno-prevención 2. Evitables por adecuada atención de la mujer: 2.1 En el embarazo 2.2 En el parto 3 Evitables por adecuada atención en el recién nacido 4. Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento 5. Evitables por acciones adecuadas de promoción a la salud vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud 6. Mal definidas 7. Resto

Fuente: Elaboración propia en base a las clasificaciones de defunciones infantiles según criterios de evitabilidad propuestas por la DEIS, el INE y el SUS.

A partir de la lectura de la Tabla 2 es posible inferir ciertas diferencias que se presentan en las tres clasificaciones expuestas, algunas de las cuales son anticipadas en el Capítulo 2. La primera de ellas surge del hecho de dividir las listas de acuerdo al momento en que se produce la defunción. En efecto, mientras que la lista confeccionada por la DEIS de Argentina clasifica a las defunciones de distinta manera según éstas hayan tenido lugar en el periodo neonatal o postneonatal, las listas provenientes del

INE de Chile y del SUS de Brasil no efectúan tal desagregación. Esta configuración trae aparejada ciertas dificultades para el caso argentino, al no brindar la posibilidad de atribuir, por ejemplo, una defunción ocurrida con posterioridad a los 27 días del nacimiento del niño a una causa evitable vinculada con la prevención, el diagnóstico o el tratamiento oportuno de la madre durante el embarazo.

Más allá de lo anterior, la clasificación de la DEIS desagrega claramente la proporción de defunciones que tienen lugar durante los primeros días de vida. Ello representa una ventaja para el diseño de acciones específicas destinadas a la reducción de la mortalidad durante esta etapa, sobre todo si se tiene en cuenta que la mayor parte de las defunciones ocurren en el periodo neonatal (Tabla 2).[53]

Otro rasgo que diferencia a las listas confeccionadas por los distintos países es que mientras que el INE y el SUS establecen una categoría que da cuenta de la evitabilidad de las defunciones ligadas a mejoras de saneamiento ambiental (tal el caso de la categoría *Evitables por mejoría de las condiciones de saneamiento ambiental* en la clasificación del INE y de la categoría *Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud* en la del SUS), la DEIS asigna las mismas a la categoría *Otras evitables*. Dicha limitación se presenta aún con independencia del periodo en el cual ocurre la defunción (Tabla 2).

La existencia de una categoría *Otras evitables* dentro de la lista confeccionada por la DEIS configura otra clara diferencia. En efecto, si bien ésta permite incluir todas las defunciones evitables que podrían responder a la combinación de diversos criterios, no permite, en sí misma, identificar las acciones que podrían haber impedido su ocurrencia. Una situación similar se manifiesta en el listado utilizado por el INE, con la categoría *Evitables por acciones mixtas*. Ello implica la existencia simultánea de ventajas y desventajas. En efecto, si bien estas categorías no posibilitan identificar el tipo de medida asociada a contrarrestar las defunciones, permiten inferir

[53] En Argentina, alrededor del 66% de las DI contabilizadas en el año 2009 tuvieron lugar en el periodo neonatal (DEIS, 2010).

que las muertes incluidas en las mismas no responden a un único tipo de medida, sino a la combinación de distintas clases de acciones (Tabla 2).[54]

Por su parte, mientras que la DEIS y el SUS destinan categorías específicas para las defunciones debidas al inadecuado tratamiento de la madre durante la gestación y el alumbramiento, así como del recién nacido, ello no sucede en el caso del INE.[55] Para este último, la mayoría de las muertes que guardan relación con estas medidas son incluidas dentro de la categoría *Evitables por acciones mixtas* (Tabla 2).

Adicionalmente, se detectan diferencias en cuanto al tratamiento de las defunciones no evitables: por un lado, la DEIS y el INE realizan la distinción entre éstas (a través de las categorías *Difícilmente evitables* y *Difícilmente evitables en el estado actual del conocimiento y del desarrollo tecnológico*, respectivamente) y el resto de las causas bien definidas no clasificadas en otra parte (a través de las categorías *Otras causas* y *Resto*, respectivamente). Por el otro, el SUS reúne ambas categorías en una única que denomina *Demás causas* para dar cuenta de defunciones no claramente evitables (Tabla 2).

Las diferencias detectadas en las clasificaciones propuestas por la DEIS, el INE y el SUS exceden la simple denominación de las categorías. En efecto, una misma causa de mortalidad puede responder a distintos criterios de evitabilidad, según la lista que se emplee. Tomando como ejemplo, la causa cuyo código es P71 (la cual, de a acuerdo a la CIE 10, hace

[54] Identificar, en este caso, las acciones concretas destinadas a evitar las muertes consideradas *Evitables por acciones mixtas*, exige por su parte, el esfuerzo adicional de llevar a cabo estudios más específicos al respecto.

[55] Esto no debe confundirse con la ventaja de la lista de la DEIS explicitada en párrafos anteriores, donde se hace referencia a que la misma permite calcular de manera sencilla la proporción de muertes ocurridas en el periodo neonatal, bondad de la que carece la lista del SUS. Ejemplo de ello es la causa codificada como P24 según la CIE 10, asociada al *Síndrome de aspiración neonatal* la cual, según DEIS, se relaciona con las DI *Evitables por diagnóstico o tratamiento oportuno en el parto* o a las *Evitables por prevención y tratamiento*, según se produzcan antes, o después, de los 27 días de vida, respectivamente. En cambio, el SUS la asocia con las muertes *Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto*, categoría que remite *instintivamente* a las primeras horas de vida, aún en los casos de muertes ocurridas en el periodo postneonatal.

referencia a *Trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio y del magnesio*), puede notarse que, de acuerdo a la lista de la DEIS, la misma se incluye dentro de las muertes *Evitables por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno en el recién nacido* si se trata de una defunción acaecida en el periodo neonatal o bien, que se asocia al criterio *Evitables por prevención y tratamiento* si se trata de una defunción producida en el periodo postneonatal. El SUS, en cambio, la sitúa directamente en la categoría *Evitables por adecuada atención en el recién nacido*, lo cual coincide, sólo parcialmente con el criterio de la DEIS, ya que no realiza distinciones en función del tiempo vivido por el niño fallecido. Por el contrario, el INE la considera parte de las muertes *Evitables por acciones mixtas*, categoría que excede las medidas de prevención y tratamiento.

La causa asignada al código A09 se perfila como otro ejemplo de las diferencias concretas que surgen de utilizar una u otra lista. La misma, asociada a defunciones por diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso según la CIE 10, se asocia al grupo *Otras evitables* de la DEIS cuando refiere a muertes ocurridas en el periodo neonatal, en tanto que si alude a muertes que tienen lugar con posterioridad a dicho periodo, se asignan a la categoría *Evitables por prevención y tratamiento*. Por otra parte, la clasificación del INE las relaciona con muertes *Evitables por acciones mixtas* mientras que para el SUS se trata de defunciones *Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud*.

Asimismo, en algunos casos, existen causas evitables para algunas listas que no son evitables para otras. Tal es el caso de la causa asociada al código Q90 (relacionada con las dolencias debidas a la presencia del *Síndrome de Down*). La misma resulta difícilmente evitable en función del estado actual del conocimiento y desarrollo tecnológico en los casos de la DEIS y el INE. No obstante, se trata de una de las causas *Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento* según el listado empleado por el SUS. O bien, la causa codificada como C50 (*Tumor maligno de la mama*), considerada dentro del grupo de las *Difícilmente evitables* de la DEIS (con independencia del periodo en el cual ocurre la defunción) y de las *Demás causas (no claramente evitables)* del SUS; en tanto que, de acuerdo al INE,

se trata de una causa susceptible de ser evitada con medidas de diagnóstico y tratamiento médico precoz.

A pesar de las diferencias que se manifiestan en numerosas ocasiones (a partir del la lectura de los detalles de las clasificaciones exhibidos en el Anexo), cabe destacar que las listas también presentan similitudes en cuanto al tratamiento de las causas de mortalidad. Así por ejemplo, las tres clasificaciones coinciden en el hecho de que las causas comprendidas en la categoría V (destinada a accidentes de transporte, ya sea terrestre, acuático o aéreo) son evitables, independientemente de las medidas que pueden contribuir a prevenir su ocurrencia.

Otra característica compartida que, aunque más general, merece ser comentada es el hecho de que las tres clasificaciones establecen una categoría para las causas mal definidas. La importancia de esta última obedece a que, mediante la misma, se reconoce la existencia de posibles errores en el registro de dichas causas, los que inciden directamente en la calidad de los indicadores que pueden generarse a partir del número de muertes asignadas en las restantes categorías.[56]

En función de las características señaladas para cada una de las clasificaciones presentadas y dado que las mismas presentan tanto ventajas como limitaciones, en este trabajo se aplican todas simultáneamente, a pesar de que se reconoce que su diseño depende del estado del conocimiento y de los recursos disponibles en cada uno de los países a los cuales hacen referencia. Esta decisión tiene por objetivo identificar la lista que discrimina con mayor detalle a las DIE, y en consecuencia, ofrecer mayores posibilidades de profundizar el análisis de las medidas asociadas a su reducción, así como también de las causas que las conforman.

Una última cuestión a destacar es que en todos los casos el análisis de la MIE comprende el periodo 1997-2009. Este *recorte* temporal se apoya en el hecho de que los diversos criterios propuestos para identificar las

[56] En Argentina, el 6,4% de las DI registradas en 2009 se asocia a una causa mal definida (de acuerdo a la codificación utilizada a nivel nacional). Cabe destacar que, dado el valor de dicho porcentaje (que no supera el 10% de los casos), se decide no practicar ninguna corrección al respecto en los resultados que se presentan en los próximos capítulos.

muertes evitables son construidos a partir de las causas de mortalidad definidas en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), la cual, como se comenta en el Capítulo 2, entra en vigencia en Argentina recién en 1997.

4.2.4 Otras consideraciones

Finalmente, a los fines de facilitar el análisis y la comprensión de los resultados que se muestran en los próximos capítulos, algunos indicadores son georreferenciados en mapas temáticos confeccionados mediante el software libre GeoDa (Versión 0.9.8.14).

Adicionalmente, todos los procesamientos estadísticos sobre las bases de DI provenientes de la DEIS, cuyos resultados se exhiben en el presente trabajo, son efectuados con la versión 17.0 del software estadístico SPSS.

Capítulo 5

5.1 La situación de Argentina frente a los compromisos relacionados con la reducción de la MI

Antes de comenzar con el análisis, es importante subrayar que los valores de las TMI, aún cuando se refieran a años pasados y se cuente con información para poder calcularlos o estimarlos, pueden diferir según el procedimiento 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, dependa del valor empleado para realizar la estimación.[57]

Considerada la anterior aclaración, en el Gráfico 2 se presenta el nivel y la tendencia de la MI para Argentina en el periodo 1990-2015. De su lectura 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 tasas oficiales confeccionadas en el país coinciden en gran medida con las proporcionadas por el CELADE.

Otra cuestión se vincula con el nivel de mortalidad registrado al comienzo del periodo analizado (alrededor de 26 por mil NV), que da cuenta del estadio avanzado de la transición demográfica por la que el país está atravesando, caracterizado por natalidad y mortalidad bajas, y en consecuencia, un crecimiento natural bajo (BID/CEPAL/CELADE, 2000) (Gráfico 2).

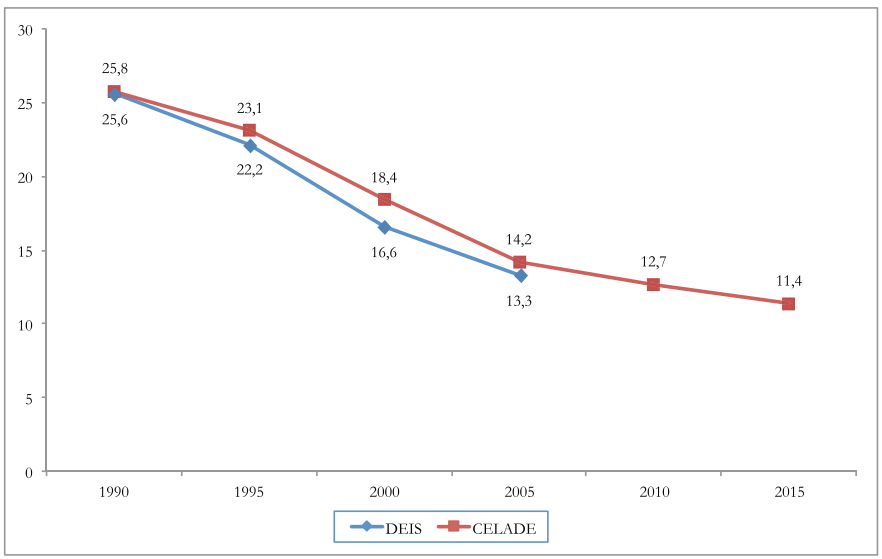
Por último, se observa que Argentina logra reducir la TMI desde 1990, año en que se ratifica la CDN.[58] De manera que puede afirmarse el cum-

[57] Esta aclaración intenta justificar las posibles diferencias en las conclusiones respecto a trabajos de otros autores, ya que es probable que ellas estén sujetas a la fuente de datos utilizada.

[58] Cabe recordar, tal como se comenta en el Capítulo 4, que todos los indicadores correspondientes al total del país presentados en este trabajo con fuente en la DEIS, consideran los niños nacidos y fallecidos de madres que residen en el país cuyo lugar de residencia se ignora y de madres residentes en el exterior.

plimiento del principio de *avance y no retrocesión* (Gráfico 2).[59] Más allá de la tendencia comentada, resta analizar si la reducción efectivamente lograda resulta suficiente para alcanzar las metas propuestas en las conferencias, tema que se aborda a continuación.

Gráfico 2. Argentina. Evolución quinquenal de la TMI (por mil NV). Periodo 1990-2015



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

Debido a que a comienzos de la década de 1990 Argentina presenta valores 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 PAR, y menos aún alcanzar valores menores a 70 muertes por cada mil nacimientos, como se establece en la CMFI de 1990 (ver Tabla 1). De esta manera, las metas enunciadas en el Capítulo 1 pueden sintetizarse en las

[59] Como se explicita en el Capítulo 1, el principio de *avance y no retrocesión* hace referencia a la reducción progresiva del nivel de la MI, sin retroceder nunca a estados anteriores.

que se presentan en la Tabla 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 se evidencia en la citada tabla, para identificarlas se acuerda en llamarlas META 2000, META 2010 y META 2015.

Tabla 3. Resumen adaptado a Argentina de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad infantil y asociadas al principio de *avance y no retrocesión*

PA	Meta resumida
Declaración de 1990 PA de la CIPD de 1994 PAR de 1996	META 2000: Reducir entre 1990 y 2000 en una tercera parte la MI
UNAM(2002)	META 2010: Reducir entre 2000 y 2010 al menos en un tercio la MI
ODM (2000)	META 2015: Reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la MI

Fuente: Elaboración propia con base en los textos de los PA referidos.

Para determinar el cumplimiento de las metas, el trabajo se basa en las estimaciones del CELADE. Tal como se comenta en el Capítulo 4, esto obedece a que la DEIS publica datos para fechas pasadas, mientras que el CELADE realiza proyecciones a futuro, y de esta forma permite aproximar el cumplimiento de las metas para los años 2010 y 2015.[60]

La Tabla 4 presenta la evolución estimada de la MI para Argentina desde 1990 y la situación del país 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 que existe infor-

[60] 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 MI para dicho año, por lo que se consideran tasas obtenidas a partir de proyecciones.

mación completa de mortalidad para los años que involucra.[61] En este sentido, puede inferirse que el país no logra alcanzarla dentro del plazo establecido para su concreción, sino que lo hace de manera tardía: en efecto, al año 2000, se necesita que la TMI llegue a 17,2 por mil NV y la misma llega a 18,4 por mil NV.

Tabla 4. Argentina. Evolución de la TMI (por mil NV) y cumplimiento de las metas asociadas

Año	TMI estimada	TMI esperada (metas)	¿Alcanza la meta?
1990	25,8	-	-
1995	23,1	-	-
2000	18,4	17,2 (META 2000: 33,3%)	NO (28,4%)
2005	14,2	-	-
2010	12,7	12,3 (META 2010: 33,3%)	NO (30,8%)
2015	11,4	8,6 (META 2015: 66,6%)	NO (55,3%)

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 MI del año 2000 en una tercera parte– y la META 2015 –que propone reducir el nivel de la MI de 1990 en dos tercios–. Si se comparan los valores calculados por el CELADE con los niveles requeridos para alcanzarlas, se puede decir que Argentina necesita acelerar la caída de sus tasas a los fines de cumplir con las metas propuestas (Tabla 4). [62]

[61] Ver Nota 60.

[62] En efecto, para la consecución de la META 2010 y la META 2015 se necesita que las TMI asuman valores iguales o menores a 12,3 y 8,6 por mil nacidos vivos, respectiva-

5.2 Los compromisos relacionados con la reducción de las brechas

Tal como se dijo en el Capítulo 1, si bien gran parte de los PA de las conferencias plantean la reducción de las disparidades en los niveles de MI a manera de objetivo, sólo dos de ellos establecen metas concretas a alcanzar en plazos de tiempo determinado: el PA de la CIPD de 1994 –que establece eliminar las brechas entre sectores geográficos y sociales entre 1990 y 2010– y el PAR de 1996, que propone como meta intermedia el descenso del 50% de las diferencias entre dichos sectores durante el periodo 1990-2000.

Se dijo además que, a partir de la adhesión a los ODM por parte de Argentina, se decide incorporar una meta a nivel nacional que establece la reducción del 10% de las disparidades entre provincias en el periodo 1990-2015.

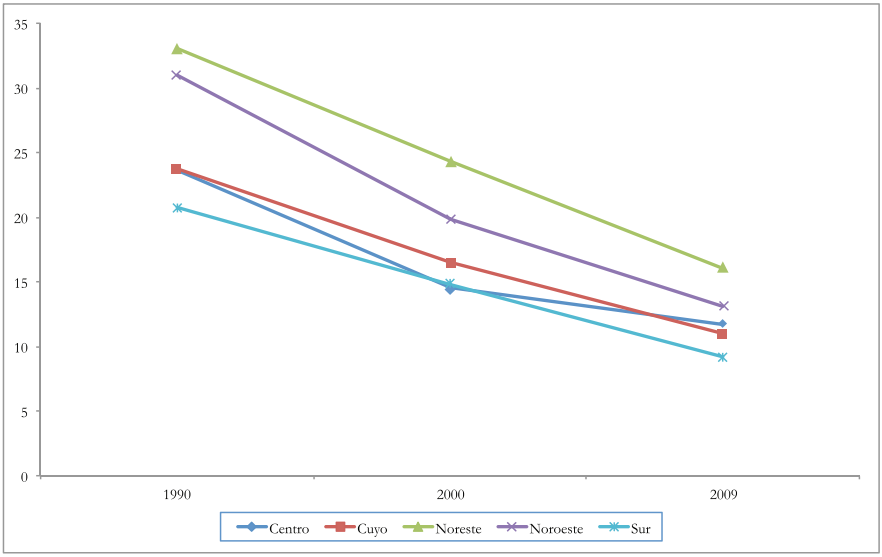
Asimismo, como se comentara en el Capítulo 4, en Argentina la información que da cuenta del grupo social de pertenencia adolece de (serios) problemas de calidad en el registro de los datos. En consecuencia, los resultados que se muestran en este trabajo se limitan a los sectores geográficos, los cuales, se desagregan en regiones y provincias.

En razón de las diferencias que se manifiestan al interior del país en cuanto al nivel de desarrollo, es posible concebir la presencia de inequidades en las posibilidades de supervivencia de los niños que habitan en cada unidad territorial. Una primera lectura del Gráfico 3 permite inferir que, si bien la TMI desciende de forma considerable en el periodo 1990-2009 en cada una de las regiones geográficas, no se observa una reducción notoria de las diferencias entre las mismas.[63]

mente. Sin embargo, de acuerdo a las estimaciones del CELADE, las mismas alcanzan valores equivalentes a 12,7 y 11,4 por mil nacidos vivos, respectivamente.

[63] Cabe recordar, de acuerdo a lo expresado en el Capítulo 4, que todos los indicadores del presente trabajo que hacen referencia a las distintas regiones/provincias, se encuentran desagregados en función del área de residencia de la madre del niño nacido o fallecido, según el caso.

Gráfico 3. Argentina. Evolución de la TMI a nivel de regiones (por mil NV). Periodo 1990-2009



Fuente: Elaboración propia con base en datos publicados por la DEIS. *Ver Anexo Tabla 5.*

Por su parte, el Gráfico 4 muestra la evolución del nivel de la MI a escala provincial, entre los mismos años. [64] Al respecto, antes de efectuar cualquier interpretación de la misma o de realizar comparaciones entre provincias, conviene tener en cuenta que, del mismo modo que ocurre con los nacimientos, las defunciones (especialmente las acaecidas en los primeros días de vida) adolecen de problemas de subregistro. Ello ocurre porque en el caso de los recién nacidos que viven pocos días es probable que no llegue a concretarse el registro del nacimiento y menos aún, de la defunción. A esta limitación deben agregarse que los problemas de subregistro poseen características especiales en cada jurisdicción, lo que deriva en una omisión diferencial de los hechos vitales (Álvarez y González, 2007).

[64] Ver Nota 63.

Considerada la anterior aclaración, se observa en este caso que, al tratarse de una unidad territorial inferior a la región, la desigualdad vigente entre las provincias se hace más evidente, ya que si bien las TMI descienden paulatinamente en todas ellas, lo hacen de distinta manera, lo que resulta en una persistencia de las disparidades visualizadas al comienzo del periodo considerado.

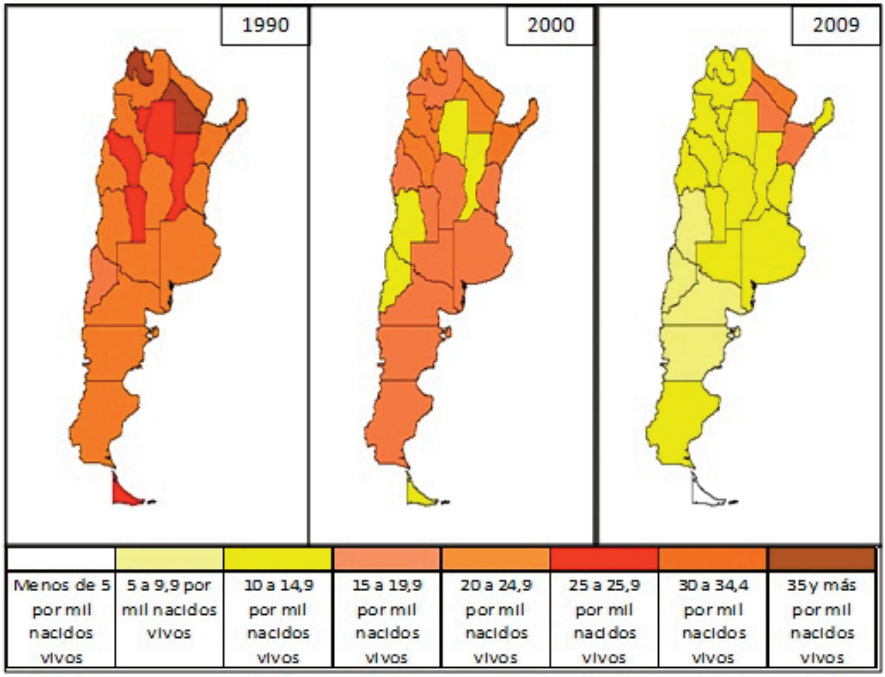
Gráfico 4. Argentina. Evolución de la TMI a nivel de provincias (por mil NV). Periodo 1990-2009

Provincia	**1990**	**2000**	**2009**
C. A. de Buenos Aires	16,8	9,4	8,5
Buenos Aires	24,2	15,1	12,5
Catamarca	34,6	21	14,5
Córdoba	22,2	15	10,7
Corrientes	31,7	30,4	15,3
Chaco	35,8	21,9	17,8
Chubut	20,6	15,8	9,4
Entre Ríos	24,3	16,9	11,8
Formosa	33,2	23	20,5
Jujuy	35,8	23,1	11,5
La Pampa	22,1	15,3	13,7
La Rioja	28,8	20,9	14,6
Mendoza	21,1	14,3	9,9
Misiones	31,8	22,2	13
Neuquén	16,9	11,4	7,6
Río Negro	23,1	16,6	8,8
Salta	32,3	18,8	14
San Juan	24,4	19,4	11
San Luis	29,7	17,2	12,9
Santa Cruz	20,7	17,2	10,3
Santa Fe	28,3	14,4	11,1
Santiago del Estero	28,3	13,2	12,1
Tucumán	28,5	22,4	13,1
Tierra del Fuego	27,9	10,5	4,6

Fuente: Elaboración propia con base en datos publicados por la DEIS. *Ver Anexo Tabla 5*.

Asimismo, el Mapa 1 posibilita situar territorialmente las provincias cuya situación resulta más alarmante en cuanto a MI se refiere, dejando expuesto que el área norte del país presenta las peores condiciones en todos los años considerados desde 1990. Por el contrario, las regiones Centro, Cuyo y Sur registran los menores índices de DI.

Mapa 1. Argentina. TMI a nivel de provincias (por mil NV). Años 1990, 2000 y 2009



Fuente: Elaboración propia con base en datos publicados por la DEIS. *Ver Anexo Tabla 5.*

El análisis anterior se completa con los resultados vertidos en la Tabla 5, que intenta cuantificar las diferencias percibidas inicialmente en formato gráfico. Dicha tabla presenta las disparidades entre la unidad territorial de mayor y la de menor MI, de manera absoluta y relativa. Además, muestra el valor del CG el cual, como se comentara en el apar-

tado metodológico, da cuenta de la desigualdad entre todas las áreas consideradas.[65]

Si se analizan las brechas en términos absolutos, en el caso de las regiones, se observa una tendencia al descenso en todo el periodo señalado. Sin embargo, si la lectura se realiza teniendo en cuenta las provincias, se observa que dicha tendencia, en realidad, es aparente, ya que las diferencias registran un incremento entre 1990 y 2000, para luego manifestar una disminución en la primera década del siglo XXI (Tabla 5).

Tabla 5. Diferencias de la MI a nivel de regiones/provincias. Años 1990, 2000 y 2009

Año	Región/provincia de mayor MI	Región/provincia de menor MI	Diferencia absoluta	Diferencia relativa	CG
		A nivel de regiones			
1990	33,1 (Noreste)	20,8 (Sur)	12,3	1,59	0,052
2000	24,3 (Noreste)	14,5 (Centro)	9,8	1,68	0,072
2009	16 (Noreste)	9,2 (Sur)	6,8	1,74	0,045
		A nivel de provincias			
1990	35,8 (Jujuy)	16,8 (CABA)	19	2,13	0,099
2000	30,4 (Corrientes)	9,4 (CABA)	21	3,23	0,123
2009	20,5 (Formosa)	4,6 (Tierra del Fuego)	15,9	4,46	0,091

Fuente: Elaboración propia con base en datos publicados por la DEIS. *Ver Anexo Tabla 5.*

El incremento evidenciado en la brecha absoluta a nivel de provincias entre 1990 y 2000 se opone a lo que se plantea desde el EBHD, trans-

[65] Si bien en el Capítulo 4 se expone inicialmente el Coeficiente de Gini como medida seleccionada para la medición de las brechas y su evolución en el tiempo, y posteriormente se introducen las diferencias absolutas y relativas, su orden de presentación en los resultados varía, de acuerdo a complejidad de su cálculo.

versal a la CDN y a las conferencias estudiadas. En efecto, implica una situación de retroceso con respecto a lo que postula el principio de *igualdad y no discriminación* y, al mismo tiempo, hacia el principio de *avance y no retrocesión*, que establece la reducción progresiva de las diferencias (Tabla 5).

La realidad se torna aún más preocupante, si se consideran las metas establecidas a nivel internacional en los PA de las conferencias, que no logran concretarse en ninguno de los casos: en efecto, en el periodo 1990-2000 –en el que se requiere una reducción del 50% de las diferencias–, las brechas absolutas se reducen un 20,3% a nivel de regiones (al pasar de 12,3 a 9,8 por mil NV) y se incrementan en el caso de las provincias (al pasar de 19 a 21 por mil NV). De igual modo, en el año 2009, no alcanzan la reducción del 95% prevista en el PA de la CIPD, ya que la diferencia absoluta desciende un 44,7% en las regiones (al descender de 12,3 a 6,8 por mil NV) y un 16,3% en las provincias (cuando pasa de 19 a 15,9 por mil NV) (Tabla 5).

Situación contraria es la que se presenta con respecto a la meta de reducción de las disparidades entre provincias fijada a nivel nacional en el marco de los ODM la cual, bajo el supuesto de proporcionalidad expuesto en el apartado metodológico, requiere una reducción del 7,6% de las mismas en el periodo 1990-2009. En efecto, la caída señalada en el párrafo anterior (16,3%) permite alcanzar –e incluso, superar– la meta en cuestión (Tabla 5).

Por otra parte, si se considera la tendencia de las diferencias relativas, se observa que, independientemente del nivel territorial que se considere, éstas se incrementan en el tiempo. Esta situación no sólo atenta contra lo que plantea el marco de los DDHH (y un consiguiente incumplimiento de las metas establecidas en los PA), sino que, al mismo tiempo, reproduce lo que se concluye para América Latina en numerosos estudios de la CEPAL, que señalan que las diferencias no se están reduciendo en el tiempo, sino que, por el contrario, éstas tienden a acentuarse. A modo de ejemplo, se analiza la situación a escala provincial entre 1990 y 2009: mientras que, en 1990, por cada 10 niños que mueren en la provincia de menor MI (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), mueren 21 en la juris-

dicción de mayor MI (Jujuy); en 2009, el incremento de las diferencias indica que por cada 10 niños que mueren en la provincia más favorecida (Tierra del Fuego), 45 lo hacen en la más postergada (Formosa) (Tabla 5).

Por último, teniendo en cuenta el rango de variación del Coeficiente de Gini, los valores obtenidos en este indicador, posibilitan inferir que las diferencias son más significativas si se consideran los casos extremos de la distribución de la MI tanto a nivel de regiones como de provincias, que si se tiene en cuenta a todas las unidades territoriales. Sin embargo, su tendencia en el tiempo, corrobora una vez más la falta a los principios del EBDH, al manifestar un incremento en ambas subdivisiones geográficas en la primera parte del periodo analizado. Asimismo, el descenso registrado en 2009, tampoco permite inferir el 95% de la reducción esperada, conforme al PA de la CIPD, ya que con respecto a los valores de 1990, se observa una disminución de 13,5% y del 8,1% de las diferencias entre regiones y provincias, respectivamente (Tabla 5).

Al igual que en el caso de las brechas absolutas, la reducción de las disparidades registrada a nivel de provincias al considerar sólo los años 1990 y 2009 permite concluir que Argentina alcanza la meta nacional con menor grado de exigencia incluida a partir de su adhesión a los ODM. Esta situación tiene lugar, aún cuando la tendencia que describe el Coeficiente de Gini a lo largo del periodo en cuestión no hace posible el cumplimiento de los principios del EBDH. Asimismo, se observa nuevamente que dicha meta es superada, aunque en menor proporción con respecto a la variación que acusa la lectura de las brechas absolutas (Tabla 5).

La reducción concreta de la MI y de las diferencias territoriales requiere reconocer que no todas las muertes pueden evitarse. En efecto, tal como se comenta en la introducción y en el Capítulo 2, algunas de ellas se deben a problemas de improbable solución mientras que otras pueden ser impedidas, en función de los recursos disponibles; son estas últimas las que atentan contra el efectivo ejercicio de los DDHH. Por este motivo, identificarlas, estimar su incidencia, indagar su distribución en el territorio y analizar las causas que las generan se transforma en una cuestión fundamental para el éxito de las acciones destinadas a su efectiva erradicación.

Capítulo 6

6.1 La MIE en Argentina según criterios establecidos por la DEIS, el INE y el SUS

Tanto la introducción como los capítulos 2 y 5 destacan la importancia de identificar las defunciones evitables para el diseño y la implementación de medidas dirigidas a la efectiva reducción de la MI. Asimismo, en ellos se resalta que su existencia constituye una expresión de injusticia social que deja en evidencia contextos de inequidad, contrarios a lo que se postulan desde el marco de los DDHH y de los principios que este último considera.

En razón de lo anterior, el presente capítulo analiza la evolución y el perfil de la MIE en Argentina en el periodo 1997-2009 e indaga sobre los diferenciales entre regiones y provincias.[66] Asimismo, con miras a incorporar a dicho análisis una lectura desde la perspectiva de los DDHH, recurre, una vez más, a los principios que rigen los mismos para interpretar los indicadores que se exhiben.

A los fines establecidos y a partir de la aplicación simultánea de las tres clasificaciones de DI comentadas en el Capítulo 2 y profundizadas en el Capítulo 4, se busca detectar aquella clasificación que permite describir con mayor detalle el perfil de la MIE en Argentina, de modo de identificar con mayor precisión el tipo de acciones que podrían contribuir a su efectiva reducción. Cabe recordar el origen de dichas clasificaciones, a saber: la utilizada por la DEIS (Argentina), la empleada por el INE (Chile) y la elaborada por el SUS (Brasil).

En primer lugar, se presenta el Gráfico 5 que muestra la evolución de la TMI por causas evitables (TMIE) en el país en el periodo mencionado,

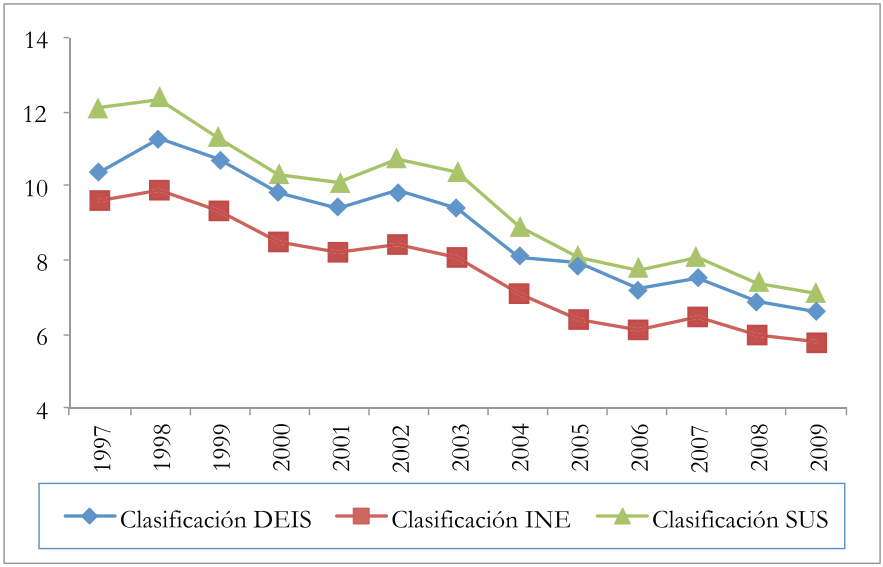
[66] Caben recordar las razones que motivan la delimitación temporal del estudio detalladas en el Capítulo 4 y que refieren a que las clasificaciones de muertes según criterios de evitabilidad utilizadas en el presente trabajo se construyen con base en las causas de defunción definidas en la CIE 10, codificación que entra en vigencia en Argentina a partir de 1997.

según las tres listas de clasificación propuestas. De la lectura del mismo, surge que todas ellas exhiben un comportamiento similar en el valor de la tasa, el cual se manifiesta decreciente, aunque con algunos altibajos. Estos últimos dan cuenta de las dificultades que se presentan en el país para cumplir con el principio de *avance y no retrocesión* planteado desde el EBDH.

Asimismo, si bien las tres clasificaciones acusan una tendencia al descenso en el nivel de la MIE, las mismas presentan algunas diferencias entre sí. En este sentido, mientras que la lista empleada por el INE señala, para todos los años del periodo estudiado, los menores valores en la TMIE con relación a las restantes clasificaciones, la lista confeccionada por el SUS determina los mayores valores de dicha tasa. Por su parte, la lista de la DEIS proporciona niveles de mortalidad intermedios (Gráfico 5).

A pesar de las diferencias encontradas entre las clasificaciones utilizadas, la tendencia que se describe en todos los casos deja en evidencia que los esfuerzos para garantizar el pleno ejercicio de los derechos a la salud y a la vida en Argentina resultan insuficientes hasta el momento. En otras palabras, la existencia de muertes evitables revela que es posible, con los recursos disponibles, continuar la reducción de la MI como expresión de injusticia social que atenta contra la efectiva realización de tales derechos (Gráfico 5).

Gráfico 5. Argentina. Evolución de la TMIE según tres clasificaciones seleccionadas (por mil NV). Periodo 1997-2009



Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y clasificaciones utilizadas por la DEIS, el INE y el SUS. *Ver Anexo Tabla 6.*

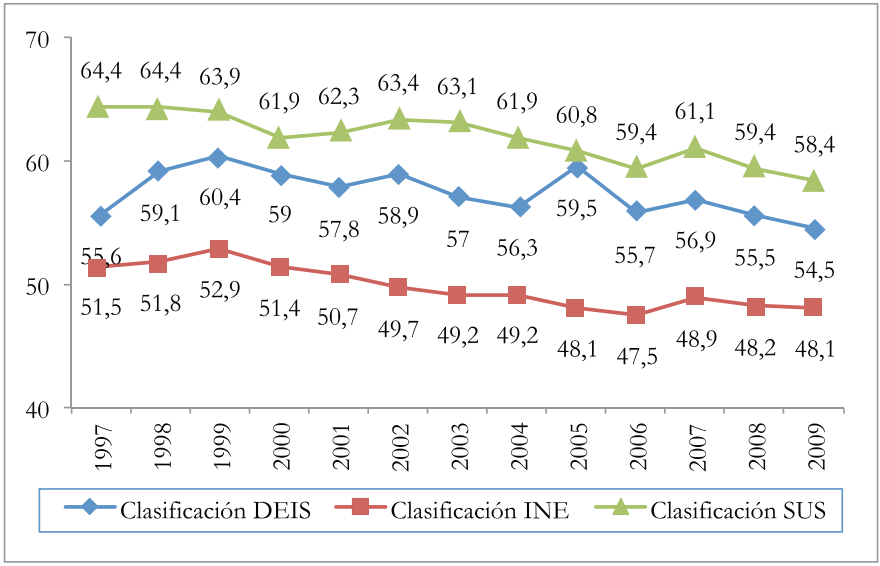
Por otro lado, independientemente de la clasificación que se aplique, se observa una importante participación de las defunciones evitables en el total de las DI contabilizadas anualmente. Dicha contribución, lejos de registrar marcados descensos en los años analizados, manifiesta incrementos en algunos casos. Así lo expresan los valores consignados en el Gráfico 6, los cuales, a su vez, permiten inferir que el nivel de la MI podría ser reducido a la mitad (e incluso, para algunos años, en una mayor proporción) con respecto al volumen de defunciones registrado cada año.

En correlato con la lectura anterior, la clasificación de la DEIS supone que en 1997 el 55,6% de las DI podrían haber sido impedidas (lo que equivale a 7.222 de las 12.985 defunciones relevadas en ese año); en tanto que en 2009 la proporción de defunciones que reviste esta condición es del 54,5% (lo que se traduce en 4.918 de un total de 9.026 defunciones ocurridas) (Gráfico 6).

A su vez, la lista del INE permite clasificar al 51,5% de las defunciones de 1997 en la categoría de *evitables* (lo que implica 6681 muertes catalogadas como tales) mientras que para 2009 ese valor desciende levemente al 48,1% de los casos (4.338 defunciones de la totalidad registrada en dicho año) (Gráfico 6).

Por último, y en correspondencia con la evolución de la TMIE exhibida en el Gráfico 5, la lista del SUS determina una participación más elevada con respecto a las restantes clasificaciones, al señalar que en 1997 el 64,4% de las DI se podría haber evitado (es decir, 8.359 del total contabilizado) y que en 2009, dicha proporción es del 58,4% (valor que implica 5.271 muertes) (Gráfico 6).[67]

Gráfico 6. Argentina. Participación de las DIE en el total de DI según tres clasificaciones seleccionadas (en porcentajes). Periodo 1997-2009



Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y clasificaciones utilizadas por la DEIS, el INE y el SUS. *Ver Anexo Tabla 6.*

[67] Como se analiza más adelante en el presente apartado, la clasificación del SUS, confeccionada de acuerdo a las posibilidades de reducir muertes en el caso de Brasil, presenta

Si bien las tres clasificaciones presentadas no manifiestan diferencias significativas entre sí en cuanto a los valores de la TMIE y en cuanto a la tendencia que éstos describen entre 1997 y 2009, al analizar la estructura de la mortalidad encuadrada dentro de esta categoría según causas para los años extremos del periodo considerado, se observa que su capacidad para describir el perfil de las defunciones que podrían haber sido impedidas varía. Esta conclusión se desprende de los valores consignados en el Gráfico 7, cuyo primer contacto permite inferir que la clasificación de la DEIS determina que las defunciones ocurridas en el periodo neonatal *Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo* son las más frecuentes entre las DIE (con una contribución del 28,9% y 39,1% al total registrado en 1997 y 2009, respectivamente), seguidas de las defunciones postneonatales *Evitables por prevención y tratamiento* y de las defunciones neonatales *Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno en el recién nacido* (con participaciones que rondan el 16% y el 15%, respectivamente, en el total de las DIE registradas en cada año analizado).[68]

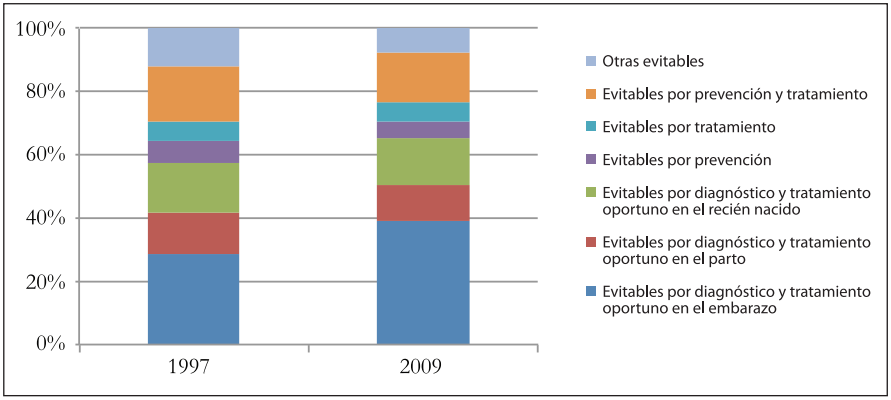
Por su parte, según la lista del INE, la mayoría de las defunciones (alrededor del 99%) corresponde a *Evitables por acciones mixtas*. Finalmente, según la lista del SUS, la mayor parte de las DIE se concentran en la categoría *Evitables por adecuada atención del recién nacido* (39% en 1997 y

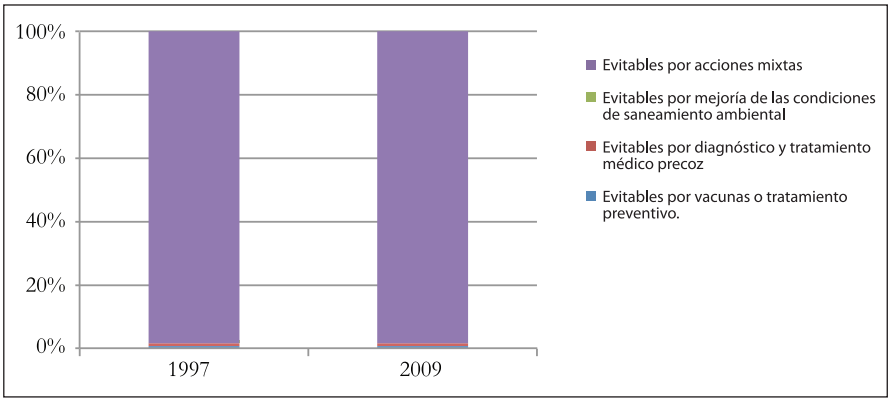
diferencias en el tratamiento de algunas causas de mortalidad con respecto a la lista de la DEIS de Argentina, entre las cuales se destaca el hecho de considerar si una determinada causa es, o no, evitable. No obstante las características distinguen dichas clasificaciones, las mismas también presentan coincidencias que refieren a que ciertas causas son catalogadas como evitables con los recursos disponibles en ambos casos.

[68] Debe recordarse que, para la DEIS, los posibles criterios de evitabilidad asociados a una defunción considerada evitable difieren según el momento en que esta última tiene lugar. De este modo, si una defunción evitable se produce durante el periodo neonatal, la misma puede serlo por *Diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo*, por *Diagnóstico y tratamiento oportuno en el parto* o por *Diagnóstico y tratamiento oportuno en el recién nacido*. Por el contrario, si una defunción evitable ocurre en el periodo postneonatal, la misma puede estar ligada *Sólo a la prevención*, *Sólo al tratamiento* o *A la prevención y al tratamiento conjuntamente*. Además, existe una categoría denominada *Otras evitables* que puede aplicarse con independencia del momento en que se produce el fallecimiento del niño.

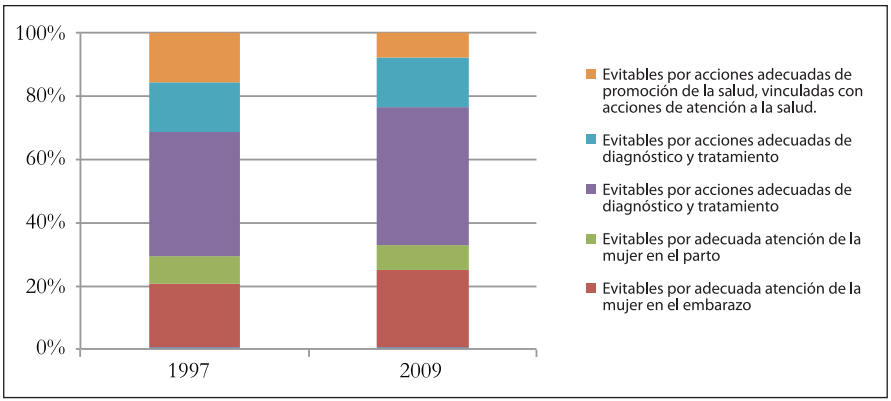
44,4% en 2009) seguida de aquellas consideradas *Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo* (19,8% y 24,4% en 1997 y 2009, respectivamente) y de las *Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento* (con una contribución aproximada del 15% al total de DIE relevado en ambos años) (Gráfico 7).[69]

Gráfico 7. Argentina. Distribución de las DIE por criterios de evitabilidad según tres clasificaciones seleccionadas (en porcentajes). Años 1997 y 2009





[69] En rigor, y como se analiza en los párrafos a continuación, mientras que en 1997 ocupan el tercer lugar, de acuerdo a su participación en el total de DIE, las DI ligadas al criterio *Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones*



Nota: En el caso de la clasificación de la DEIS, la categoría *Otras evitables* comprende tanto las defunciones ocurridas en el periodo neonatal como postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y clasificaciones utilizadas por la DEIS, el INE y el SUS. *Ver Anexo Tabla 7*.

Adicionalmente, si la lectura del Gráfico 7 se acompaña con la de las tasas de mortalidad según criterio de evitabilidad asociado exhibidas en las tablas 6, 7 y 8 para cada una de las distintas clasificaciones, surgen otras conclusiones que denotan mayores diferencias entre las mismas en cuanto a la forma de describir las acciones vinculadas a contrarrestar cada una de las defunciones que podrían haberse impedido. Dichas lecturas se detallan a continuación.

Respecto de la capacidad de la lista de la DEIS para describir el perfil de la mortalidad evitable (Gráfico 7 y Tabla 6)*:*

- Tal como se comentó en párrafos anteriores, la categoría de DI neonatales *Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno durante el embarazo* goza de mayor participación con relación a las restantes. En este sentido, a pesar de que la tasa de mortalidad asociada a este criterio desciende de 30,2 a 25,8 por 10.000 NV entre los años 1997 y 2009

de atención a la salud, en 2009 dicho lugar corresponde a las DI *Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento*. Estas últimas, que tienen una participación similar a las primeras en 1997, ven levemente incrementada su participación en el total de DIE registrado en 2009, a diferencia de las DI *Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones de atención a la salud*, cuya contribución relativa logra reducirse de manera sustancial.

(lo que implica una reducción del 14,4% en el valor de la tasa), la proporción de muertes asignadas al mismo sobre el total de DIE contabilizadas se incrementa del 28,9 a 39,1%.[70]

- Las DI postneonatales consideradas *Evitables por prevención y tratamiento* ocupan el segundo lugar en el total de defunciones evitables, manteniendo una participación cercana al 16% en ambos años analizados. A pesar de ello, la tasa asociada a las mismas logra descender de 17,6 a 10,7 por 10.000 NV, lo que se traduce en una reducción cercana al 40% en el nivel de defunciones atribuidas a este criterio.
- Las DI neonatales *Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno en el recién nacido* se sitúan en el tercer lugar, aunque su participación relativa en el total de defunciones evitables aumenta levemente del 15 al 15,4% en el periodo estudiado. No obstante, la tasa vinculada a las mismas se reduce el 35,1%, al pasar de 15,6 a 10,1 por 10.000 NV.
- Continúan, en cuarto lugar, las DI *Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno en el parto* ocurridas en el periodo neonatal, con una participación que disminuye del 13,2 al 11,3% entre los años estudiados y con una tasa que logra reducirse el 46,1%, al pasar de 13,8 a 7,4 por 10.000 NV.
- Las DI encuadradas dentro de la categoría *Otras evitables*, con independencia del momento en el que suceden, ocupan el quinto lugar en la estructura de mortalidad evitable, al representar el 12,3% de las DIE de 1997 y el 7,2% de las registradas en 2009. Con respecto a la tasa ligada a las mismas, ésta se reduce un 63,1% entre dichos años, a pasar de 12,8 a 4,7 por 10.000 NV.
- Por último, las defunciones postneonatales *Evitables por prevención* y *Evitables por tratamiento* ocupan el sexto y séptimo lugar de la distribución, respectivamente, con una participación relativa de entre el 6 y el 8% en 1997 y que ronda el 5% en el año 2009. Con tasas cercanas a 7 por 10.000 NV en 1997, experimentan una reducción aproximada del 50% en 2009, al alcanzar valores similares a 3,5 por 10.000 NV.

[70] Contradicciones aparentes de este tipo encuentran una explicación en el hecho de que el incremento en el peso relativo de una determinada categoría, conjuntamente con la reducción de la TMI asociada a la misma se produce como consecuencia del descenso más acelerado que se registra en las TMI vinculadas a las restantes categorías.

Tabla 6. Argentina. TMIE según criterios utilizados por la DEIS (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009. Variación 1997-2009 (en porcentajes)

Criterio de evitabilidad	TMIE (por 10.000 NV)		Variación 1997-2009 (en porcentajes)
	1997	2009	
Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo	30,2	25,8	-14,4
Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno en el parto	13,8	7,4	-46,1
Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno en el recién nacido	15,6	10,1	-35,1
Evitables por prevención	7,9	3,5	-56,1
Evitables por tratamiento	6,4	3,6	-43,1
Evitables por prevención y tratamiento	17,6	10,7	-39,0
Otras evitables	12,8	4,7	-63,1
Total DIE	104,3	66,00	-36,7

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS. *Ver Anexo tablas 6 y 7*.

Respecto de la capacidad de la lista del INE para describir el perfil de la mortalidad evitable (Gráfico 6 y Tabla 7)*:*

- Tal como se mencionó, la simple lectura del Gráfico 6 permite inferir, tanto para 1997 como 2009, que casi la totalidad de las DIE que considera esta clasificación se concentra en la categoría *Evitables por acciones mixtas*. En efecto, dichas defunciones tienen una participación relativa que ronda el 99% del total contabilizado en ambos años. Sin embargo, se destaca que la tasa de mortalidad asociada a este grupo registra una caída cercana al 40% en el periodo analizado, al pasar de 95,2 a 57,5 por 10.000 NV.
- De lo anterior se deduce que el resto de los criterios tiene una escasa participación en el total de DIE. Al mismo tiempo, las tasas vinculadas

a estos criterios no superan el 1 por 10.000 NV en todos los casos y para los dos años estudiados.

Tabla 7. Argentina. TMIE según criterios utilizados por el INE (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009. Variación 1997-2009 (en porcentajes)

Criterio de evitabilidad	TMIE (por 10.000 NV)		Variación 1997-2009 (en porcentajes)
	1997	2009	
Evitables por vacunas o tratamiento preventivo	0,7	0,5	-30,3
Evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz	0,5	0,3	-38,9
Evitables por mejoría de las condiciones de saneamiento ambiental	0,1	0,0	-76,8
Evitables por acciones mixtas	95,2	57,5	-39,6
Total DIE	96,5	58,5	-39,5

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el INE. *Ver Anexo tablas 6 y 7*.

Respecto de la capacidad de describir de la lista del SUS para describir el perfil de la mortalidad evitable (Gráfico 6 y Tabla 8)*:*

- A diferencia de la clasificación de la DEIS, que ubica a las defunciones ligadas con la adecuada atención de la madre durante el embarazo en primer lugar dentro de la estructura de mortalidad según criterios de evitabilidad asociados, la lista del SUS asigna el mayor peso a las defunciones *Evitables por adecuada atención del recién nacido*, cuyo peso relativo en el total de muertes evitables se incrementa del 39 al 44,4% entre 1997 y 2009. No obstante este aumento, la tasa de mortalidad asociada disminuye el 33,4% entre los años estudiados, al pasar de 47,1 al 31,4 por 10.000 NV.
- A su vez, las defunciones catalogadas como *Evitables por adecuada*

atención de la mujer en el embarazo se ubican en segundo lugar, aunque también con una participación relativa en el total de DEI que sufre un incremento entre 1997 y 2009, al pasar de 19,8 al 24,4%. A pesar de ello, la tasa de mortalidad vinculada a este grupo se reduce de 23,9 a 17,3 por 10.000 NV en el periodo considerado, lo que implica un descenso aproximado del 29% en el valor de la misma.

- El tercer lugar corresponde a las defunciones *Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones de atención a la salud*, con una participación que logra decrecer notablemente a lo largo del periodo analizado, cuando la misma pasa de 15,7 al 7,4%, valor que le permite ocupar el quinto lugar en la distribución de DIE del año 2009. Dicho descenso se atribuye a la considerable reducción del 72,3% en el valor de la tasa asociada, cuando esta última experimenta un cambio de 18,9 a 5,2 por 10.000 NV.

- En el cuarto lugar se sitúan las muertes *Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento*, cuyo peso en el total de muertes por causas susceptibles de impedirse se mantiene relativamente constante entre los años estudiados (en torno al 15,6%). Adicionalmente, la tasa vinculada a dicha categoría registra una caída cercana al 40% (cuando decrece del 18,8 a 11,1 por 10.000 NV).

- El quinto lugar corresponde a las muertes *Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto*. Éstas registran un descenso en su participación relativa entre 1997 y 2009 (cuando la proporción de las mismas disminuye de 9,5 al 7,7%), en tanto que la tasa específica de mortalidad por este grupo de causas cae de 11,4 a 5,5 por 10.000 NV en dicho periodo.

Finalmente, se encuentran las muertes *Evitables por acciones de inmunoprevención*, cuya escasa participación relativa no alcanza el 1% del total de muertes evitables en ningún caso. Ello se refleja, incluso, en el valor de las tasas, ya que las mismas se encuentran por debajo de 1 por 10.000 NV.

Tabla 8. Argentina. TMIE según criterios utilizados por el SUS (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009. Variación 1997-2009 (en porcentajes)

Criterio de evitabilidad	TMIE (por 10.000 NV)		Variación 1997-2009 (en porcentajes)
	1997	2009	
Evitables por acciones de inmuno-prevención	0,5	0,3	-53,6
Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	23,9	17,3	-27,8
Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	11,4	5,5	-52,2
Evitables por adecuada atención del recién nacido	47,1	31,4	-33,4
Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	18,8	11,1	-41,0
Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones de atención a la salud	18,9	5,2	-72,3
Total DIE	120,7	70,7	-41,4

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo tablas 6 y 7*.

Independientemente de la lista utilizada para clasificar a las muertes en evitables y no evitables, se observa que la tasa de mortalidad asociada a cada uno de los distintos criterios de evitabilidad logra experimentar una reducción en el tiempo. A pesar de ello, la participación en el total de las DIE no se mantiene constante en todos los casos, manifestándose incrementos en algunas ocasiones (como por ejemplo, en el peso de las defunciones neonatales *Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno durante el embarazo* según la DEIS o de las defunciones *Evitables por adecuada atención del recién nacido* de acuerdo a la propuesta del SUS). Por el contrario, existen defunciones ligadas a otros criterios de evitabilidad que, al tiempo que manifiestan una reducción de la tasa asociada a las

mismas, consiguen reducir su participación en el total de DIE (por ejemplo, las vinculadas con la adecuada atención de la madre en el momento del parto, tanto en el caso de la DEIS como en el del SUS).

Los cambios diferenciales en la contribución de las defunciones asociadas a algunos criterios de evitabilidad en el total de DIE pueden deber su origen a diversos motivos. Uno de ellos podría ser la relativa facilidad con que se pueden evitar ciertas muertes tales como aquellas que pueden contrarrestarse mediante la incorporación de ciertas vacunas al calendario de inmunización oficial, la realización de campañas de bajo costo destinadas a la prevención de determinadas patologías, la adquisición de instrumentales de fácil acceso para los centros de salud, etcétera. Otros motivos podrían estar vinculados con el interés especial puesto por parte del Estado en la reducción de defunciones ligadas a algunas causas en particular, las dificultades que suelen presentarse para obtener los recursos necesarios que favorecen la disminución de ciertas defunciones específicas, o bien, la falta (o el desconocimiento de la existencia) de información esencial para la toma de decisiones eficaces.

Ahora bien, el análisis de la estructura de la mortalidad según las distintas listas confeccionadas por la DEIS, el INE y el SUS permite verificar, en la práctica y para el caso argentino, las ventajas y desventajas que surgen de aplicar cada una de ellas, varias de las cuales fueran adelantadas en el Capítulo 2 y profundizadas en el Capítulo 4.

En el caso de las categorías comprendidas dentro de la lista propuesta por la DEIS, si bien éstas logran discriminar las defunciones analizadas, el hecho de que presenten diferencias, según se trate de defunciones acaecidas durante el periodo neonatal o postneonatal, no permite vincular aquellas defunciones que, habiendo tenido lugar en un periodo determinado, se relacionen con una categoría construida para defunciones que ocurren en otro periodo. Así, los criterios ligados a la atención de la madre desde la concepción, en el momento del parto y al nacer quedan específicamente asociados al periodo neonatal, sin poder atribuir a los mismos las muertes que tienen lugar con posterioridad a los 27 días de vida.

Asimismo, el nombre de las categorías en sí no remite a medidas concretas. De hecho, una medida de prevención podría estar relacionada con

acciones de inmuno-prevención (suministro de vacunas) o con acciones vinculadas con la promoción de la salud (tales como la promoción de la higiene personal y de la vivienda). También debe destacarse, una vez más, la categoría *Otras evitables*, ya que la misma no hace alusión a ninguna medida específica ni tampoco a una combinación de medidas.

A pesar de sus falencias, la lista de la DEIS resulta sumamente importante, al menos por una razón: debido a su origen nacional, su confección responde enteramente a causas que podrían ser evitadas con los recursos disponibles en Argentina. Por este motivo, a diferencia de las listas construidas en otros países, se supone que dicha lista refleja el potencial real del país para evitar muertes ocurridas antes de cumplir el año de vida.

Por otra parte, la lista del INE sitúa a la mayoría de las DIE en la categoría *Evitables por acciones mixtas*, a partir de la cual no resulta posible determinar la combinación de medidas que podrían haber eludido su ocurrencia. En efecto, se trata de una construcción categórica que no ofrece precisiones, cuya importancia en términos relativos, en este caso, deja en evidencia la falta de capacidad de la clasificación utilizada en Chile para describir el perfil de la mortalidad evitable en Argentina.

En cuanto a la clasificación propuesta por el SUS de Brasil, de origen más reciente, se evidencia que la misma logra categorizar, independientemente del momento en el que tiene lugar la defunción, si la misma se encuentra ligada a la atención deficitaria de la madre durante la gestación o en el alumbramiento, o bien, si se trata de problemas que surgen a pocas horas del nacimiento.[71]

Simultáneamente, la mencionada lista desagrega las defunciones contabilizadas en Argentina entre los distintos criterios, contrariamente a lo que ocurre con la clasificación aplicada por el INE pero similar a lo que sucede con la lista de la DEIS. A pesar de esta última semejanza, la lista del SUS permite, a diferencia de la lista argentina, vincular los nombres

[71] Debe recordarse que la clasificación propuesta por el SUS data del año 2007, en tanto que la de la DEIS debe su origen a una reunión de expertos celebrada en 1996 (con sutiles modificaciones en 2001); por último, la clasificación utilizada por el INE, es confeccionada por Taucher en 1978.

de las categorías con tipos de medidas concretas para la reducción de la MI (por ejemplo, las acciones de inmuno-prevención y las medidas vinculadas con apropiada atención de la mujer en el momento del parto).

Por estos motivos, y en función de las consideraciones efectuadas en los capítulos 2 y 4, se decide continuar con el análisis de las mortalidad evitable a nivel de regiones y provincias, recurriendo a las categorías detalladas en la lista del SUS de Brasil. Esta decisión se sustenta en la ventaja adicional que ofrece dicha clasificación sobre las restantes para este trabajo concreto, al permitir que se confiera con mayor precisión a la interpretación de un cálculo matemático (como es el caso de una tasa de mortalidad específica por un grupo de causas) una lectura desde la perspectiva de los DDHH. Esto último ocurre, aún cuando se reconoce que, según su lugar de origen, la lista del SUS no refleja la proporción real de DIE en Argentina. En este sentido, existen causas que son evitables para el caso argentino pero que no son consideradas como tales por la lista brasilera (o viceversa); o bien que, a pesar de clasificarse como evitables en ambos casos, no responden al mismo tipo de medida tendiente a su reducción.

En razón de lo anterior, la Tabla 9 muestra las coincidencias y las divergencias entre la lista de la DEIS y la del SUS, en cuanto al hecho de clasificar, o no, una causa de muerte como evitable. A partir de la misma se observa que existe un importante número de causas catalogadas como evitables en ambos casos, entre ellas, las incluidas dentro de la categoría *Ciertas tuberculosis* y los *Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer* (que se corresponden, respectivamente, con los códigos que conforman el grupo A15-A17 y P08 de la CIE 10). A su vez, las listas concuerdan en señalar que ciertas causas no son evitables, tales como la *Insuficiencia renal no especificada* (código N19 de la CIE 10), o bien, los *Tumores malignos de labio de la cavidad bucal y de la faringe* (que abarcan todas las causas comprendidas entre los códigos C00 y C14 de la CIE 10).

Sin embargo, cabe mencionar que en algunos casos las coincidencias entre una y otra lista se producen sólo de manera parcial. En efecto, ciertas causas evitables según el SUS, revisten para la DEIS esta condición si la muerte del niño tiene lugar exclusivamente en el periodo neonatal (como

por ejemplo, las relacionadas con la *Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica* (código P56 de la CIE 10) y a ciertas causas que dan origen al *Kernicterus* (códigos P570 y P578 de la CIE 10)). Por el contrario, otras causas se consideran evitables únicamente si la defunción de produce con posterioridad a los 27 días del nacimiento (tal el caso de la *Tos ferina o convulsiva* que recibe el código A37 de la CIE 10) (Tabla 9).

Asimismo, existen causas en las que no se evidencia ningún tipo de coincidencia entre las mencionadas listas. Entre los diversos ejemplos que pueden comentarse, se encuentran la *Hepatitis viral* (códigos B15-B19) que, resulta evitable para la DEIS pero no para el SUS y las muertes asociadas a la presencia del *Síndrome de Down* (Q90) y al *Kwashiorkor* (E40) las cuales, por el contrario, son evitables para el SUS pero no para la DEIS (Tabla 9).

Tabla 9. Comparación de las listas de mortalidad evitable y no evitable de la DEIS y el SUS

DEIS	SUS	
	Evitables	No evitables (difícilmente evitables, desconocidas o mal definidas)
Evitables	A15-A17 (Ciertas tuberculosis) A33(*) (Tétanos neonatal) A37(**) (Tos ferina o convulsiva) B05 (Sarampión) B06 (Rubeola) G00 (Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte) P353(**) (Hepatitis viral congénita) A50 (Sífilis congénita) B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana) P04 (Feto y recién nacido afectados por influencias nocivas transmitidas a través de la placenta o de la leche materna) P000-P002, P003(*), P004-P005, P006-P009(*) (Feto y recién nacido afectados por ciertas condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo) P01(*) (Feto y recién nacido afectados por ciertas complicaciones maternas del embarazo) P05 (Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal) P070-P071, P073-P079 (Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer) P550-P551, P558-P559 (Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido) P56(*) (Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica) P570(*) , P578(*) (Kernicterus) P03(*) (Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto) P08 (Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer) P10-P15 (Traumatismo del nacimiento) P20 (Hipoxia intrauterina) P21(Asfixia del nacimiento)	P552-P557 (Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido) P353(**) (Hepatitis viral congénita) P02(*) (Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas) R091 (Pleuresía) R95 (Síndrome de muerte súbita infantil) Q250 (Conducto arterioso permeable) Q400 (Estenosis hipertrófica congénita del píloro) Q41-Q45 (Otras malformaciones congénitas del sistema digestivo) N391-N399 (Otros trastornos del sistema urinario) X10-X29 (Contacto con el calor y sustancias calientes y contacto traumático con animales y plantas venenosas) X50-X84 (Exceso de esfuerzo, viajes y privación, exposición accidental a otros factores y a los no especificados y lesiones autoinfligidas intencionalmente) Y35-Y39, Y70-Y82 (Ciertas complicaciones de la atención médica y quirúrgica) Y85-Y98 (Secuelas de causas externas de morbilidad y mortalidad y factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y de mortalidad clasificadas en otra parte) W50-W64 (Exposición a fuerzas mecánicas animadas) B15-B19 (Hepatitis viral) D62(**) (Anemia posthemorraica aguda) D640-D643(*), D644, D645-D648(*), D649 (Otras anemias) D65-D69 (Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas) J81(Edema pulmonar)

(*) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo neonatal. (**) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3*.

Tabla 9 (continuación). Comparación de las listas de mortalidad evitable y no evitable de la DEIS y el SUS

DEIS	SUS	
	Evitables	No evitables (difícilmente evitables, desconocidas o mal definidas)
Evitables	P23 (Neumonía congénita) P24 (Síndrome de aspiración neonatal) P25 (Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal) P282-P285, P286-P287(**), P288 (Otros problemas del recién nacido, originados en el periodo perinatal) P352(**), P354-P359(**) (Enfermedades virales congénitas) P360-P361, P362-P363(**), P364-P365, P366-P367(**), P368, P369(**) (Sepsis bacteriana del recién nacido) P370-P378, P379(**) (Otras enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas) P38 (Onfalitis del recién nacido) P390-P391, P392-P397(**), P398, P399(**) (Otras infecciones específicas del periodo perinatal) P50(*), P51, P52(*), P53, P540-P545(*), P547-P549(*), P58, P590, P591-P592(*), P593, P594-P597(*), P598-P599, P60-P61 (Ciertos trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido) P70-P72, P74 (Ciertos trastornos endócrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido) P76-P78 (Ciertos trastornos del sistema digestivo del feto y del recién nacido) P80-P81, P82(*), P830(**), P831, P832(**), P833-P838, P839(**) (Ciertas afecciones asociadas con la regulación tegumentaria y la temperatura del feto y del recién nacido) P22 (Dificultad respiratoria del recién nacido) G03 (Meningitis debida a otras causas y a las no especificadas) J04, J06 (Ciertas infecciones agudas de las vías respiratorias superiores) J12-J13, J15, J180, J182, J189 (Ciertas influenzas y neumonías) J20-J22 (Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores) A00, A02, A05, A09 (Ciertas enfermedades infecciosas intestinales) A39 (Infección meningocócica) J69 (Neumonitis debida a sólidos y líquidos)	J82 (Eosinofilia pulmonar, no clasificada en otra parte) J93 (Neumotorax) K56 (Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia) J95-J98(*) (Otras enfermedades del sistema respiratorio) A51 (Sífilis precoz) A60 (Infección anogenital debida a virus del herpes) A85- A88 (Ciertas infecciones virales del sistema nervioso central) B00 (Infecciones herpéticas) B01 (Varicela) B34 (Infección viral de sitio no especificado) C44 (Otros tumores malignos de la piel) C91, C92, C93, C94, C95 (Ciertos tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines) D00, D01 (Ciertos tumores (neoplasias) in situ D21 (Otros tumores benignos del tejido conjuntivo y de los tejidos blandos) D55, D58, D59 (Ciertas anemias hemolíticas) H66 (Otitis media supurativa y la no especificada) I26 (Embolia pulmonar) J10 (Influenza debida a virus de la influenza identificado) J90 (Derrame pleural no clasificado en otra parte) K20- K22, K26 (Ciertas enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno) K419, K429, K439, K449, K450 (Ciertas hernias sin obstrucción ni gangrena) K450, K460 (Ciertas hernias con obstrucción, sin gangrena) K52 (Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas) K55, K61, K62, K63 (Otras enfermedades de los intestinos) K65 (Peritonitis)

(*) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo neonatal. (**) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3*.

Tabla 9 (continuación). Comparación de las listas de mortalidad evitable y no evitable de la DEIS y el SUS

DEIS	SUS	
	Evitables	No evitables (difícilmente evitables, desconocidas o mal definidas)
Evitables	J40,J45-J46 (Ciertas enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores) A40-A41(**), A46 (Otras enfermedades bacterianas) G40-G41 (Ciertos trastornos episódicos y paroxísticos) N390 (Infección de vías urinarias, sitio no especificado) B57 (Enfermedad de Chagas) E41, E43-E46 (Desnutrición) E51-E52, E63 (Otras deficiencias nutricionales) V01-V99 (Accidentes de transporte) X00-X09 (Exposición al fuego, humo y llamas) X30-X39 (Exposición a fuerzas de la naturaleza) X40-X49 (Envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas) X85-Y09 (Agresiones) Y10-Y34 (Eventos de intención no determinada) Y40-Y59, Y60-Y69, Y83-Y84 (Ciertas complicaciones de la atención médica y quirúrgica) W00-W49,W65-W99 (Otras causas externas de traumatismos accidentales)	K75 (Otras enfermedades inflamatorias del hígado) K90 (Malabsorción intestinal) L08 (Otras infecciones locales de la piel y del tejido subcutáneo) M00 (Artritis piógena) M15-M19 (Artrosis) M30-M36 (Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo) M60-M63 (Trastornos de los músculos) M91-M93 (Ciertas condropatías) N04 (Síndrome nefrótico) N10-N15 (Ciertas enfermedades renales tubulointersticial) N34, N36 (Ciertas enfermedades del sistema urinario) Q35-Q37 (Fisura del paladar y labio leporino) Q50-Q56 (Malformaciones congénitas de los órganos genitales) J180(*), J189(*) (Ciertas neumonías, organismo no especificado) P293(*) (Persistencia de la circulación fetal)
No evitables (difícilmente evitables, desconocidas o mal definidas)	A18-A19 (Ciertas tuberculosis) A35-A36 (Ciertas enfermedades bacterianas) A80 (Poliomelitis aguda) B260 (Orquitis por parotiditis) P350 (Tina de la barba y del cuero cabelludo) P003(*), P006-P009(*) (Feto y recién nacido afectados por ciertas condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo) P01(*) (Feto y recién nacido afectados por ciertas complicaciones maternas del embarazo) P072 (Inmaturidad extrema) P56(*) (Hidropresía fetal debida a enfermedad hemolítica) P570(*), P571-P577, P578(*), P579 (Kernicterus)	P02(*)(Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas) D62(**)(Anemia posthemorraica aguda) D640-D643(*), D645-D648(*) (Otras anemias) J95-J98(*)(Otras enfermedades del sistema respiratorio) N19 (Insuficiencia renal no especificada) J180(*), J189(*)(Ciertas neumonías, organismo no especificado) P293(*) (Persistencia de la circulación fetal) Resto de las causas

(*) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo neonatal. (**) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en las clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3*.

Tabla 9 (continuación). Comparación de las listas de mortalidad evitable y no evitable de la DEIS y el SUS

DEIS	SUS	
	Evitables	No evitables (difícilmente evitables, desconocidas o mal definidas)
No evitables (difícilmente evitables, desconocidas o mal definidas)	P03(*) (Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto) P26 (Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal) P27 (Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal) P280-0281, P286-P287(**), P289 (Otros problemas del recién nacido, originados en el periodo perinatal) P351, P352(**), P354-P359(**), P362-P363(**), P366-P367(**), P369(**), P379(**), P392-P397(**), P399(**)(Sepsis bacteriana del recién nacido) P50(*), P52(*), P540-P545(*), P546, P547-P549(*), P591-P592(*), P594-P597(*)(Ciertos trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido) P73 (Ciertos trastornos endocrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido) P75 (lleomeconial) P82(*), P830(**), P832(**), P839(**)(Ciertas afecciones asociadas con la regulación tegumentaria y la temperatura del feto y del recién nacido) P90-P96 (Otros trastornos originados en el periodo perinatal) G01-G02 (Ciertas enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central) J00-J03, J05 (Ciertas infecciones agudas de las vías respiratorias superiores) J14, J16-J17, J180(**), J181, J183-J188 (Ciertas influenzas y neumonías) A01, A03-A04, A06-A08 (Ciertas enfermedades infecciosas intestinales) J384 (Edema de laringe) J41-J42, J47 (Ciertas enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores) J68 (Afecciones respiratorias debidas a inhalación de gases, humos, vapores y sustancias químicas) D50-D53 (Anemias nutricionales) A70-A74 (Otras enfermedades causadas por clamidias)	

(*) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo neonatal. (**) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3.*

Tabla 9 (continuación). Comparación de las listas de mortalidad evitable y no evitable de la DEIS y el SUS

DEIS	SUS	
	Evitables	No evitables (difícilmente evitables, desconocidas o mal definidas)
No evitables (difícilmente evitables, desconocidas o mal definidas)	A30-A32, A38, A40-A41(**), A49 (Otras enfermedades bacterianas) E030 (Hipotiroidismo congénito con bocio difuso) E031 (Hipotiroidismo congénito sin bocio) E10-E14 (Diabetes mellitus) E700 (Fenicetonuria clásica) E730 (Deficiencia congénita de lactasa) E86 (Depleción del volumen) Q90 (Síndrome de Down) I00-I02 (Fiebre reumática aguda) I03-I09 (Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas) A20-A28 (Ciertas zoonosis bacterianas) A90-A99 (Fiebres virales trasmitidas por artrópodos y fiebres virales hemorrágicas) A75-A79 (Rickettsiosis) A82 (Rabia) B50-B56, B60-B64 (Ciertas enfermedades debidas a protozoarios) B65-B83 (Helmintiasis) B99 (Otras enfermedades infecciosas y las no especificadas) E40 (Kwashiorkor) E42 (Kwashiorkor marasmático) E47-E50, E53-E62, E64 (Otras deficiencias nutricionales)	

(*) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo neonatal. (**) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3*.

Adicionalmente, la Tabla 10 revela que, aún cuando ciertas causas de mortalidad se consideran evitables según ambas listas, éstas no siempre se asocian a un mismo criterio susceptible de impedir su ocurrencia, por lo que las conclusiones pueden variar. Así por ejemplo, las defunciones por *Sífilis congénita* (A50) pueden ser reducidas mediante una adecuada atención de la madre durante el embarazo tanto para la DEIS como para el SUS. No obstante, dicha coincidencia se manifiesta sólo cuando se trata

de muertes que suceden en el periodo neonatal, ya que si las mismas tienen lugar en el periodo postneonatal, la lista de la DEIS las vincula al criterio *Evitables por prevención y tratamiento*.

El tratamiento que se le otorga a las defunciones ligadas a la *Neumonía congénita* (P23) configura otro ejemplo de las diferencias que se presentan entre las dos clasificaciones. En efecto, mientras que de acuerdo a la lista del SUS las defunciones atribuidas a dicha causa se relacionan con el criterio *Evitables por adecuada atención en el recién nacido*, para la DEIS se incluyen dentro de las categorías *Otras evitables* y *Evitables por prevención y tratamiento*, según éstas ocurran en el periodo neonatal o postneonatal, respectivamente (Tabla 10).

Tabla 10. Comparación de las listas de mortalidad evitable según criterios de evitabilidad de la DEIS y el SUS

DEIS		SUS					
		Evitables por acciones de inmuno-prevención	Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	Evitables por adecuada atención en el recién nacido	Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud
Periodo neonatal	Evitables por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno en el embarazo	A33(*) (Tétanos neonatal)	A50 (Sífilis congénita) B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana) P041-P049 (Feto y recién nacido afectados por influencias nocivas transmitidas a través de la placenta o de la leche materna) P001-P002, P003(*), P004-P005, P006-P009(*) (Feto y recién nacido afectados por ciertas condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo) P010-P016(*), P018-P019(*) (Feto y recién nacido afectados por ciertas complicaciones maternas del embarazo) P05 (Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal) P070-P071, P073-P079 (Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer) P550, P558-P559 (Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido) P56(*) (Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica)	P200 (Hipoxia intrauterina)	P360-P361, P364-P365, P368 (Sepsis bacteriana del recién nacido) P370-P374, P376-P378 (Otras enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas) P398 (Otras infecciones específicas del periodo perinatal) P700-P701 (Ciertos trastornos endócrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido) P220, P222-P229 (Dificultad respiratoria del recién nacido)		

Fuente: Elaboración propia con base en clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3*.

Tabla 10. Comparación de las listas de mortalidad evitable según criterios de evitabilidad de la DEIS y el SUS

DEIS		SUS					
		Evitables por acciones de inmunoprevención	Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	Evitables por adecuada atención en el recién nacido	Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud
Periodo neonatal	Evitables por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno en el parto		P041 (Feto y recién nacido afectados por otras medicaciones maternas) P017(*) (Feto y recién nacido afectados por presentación anómala antes del trabajo de parto)	P03(*) (Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto) P10-P15(Feto y recién nacido afectados por ciertas complicaciones maternas del embarazo) P201-P209 (Hipoxia intrauterina) P21 (Asfixia del nacimiento) P24 (Síndrome de aspiración neonatal)	P52(*) (Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido) P545(*) (Hemorragia cutánea neonatal)		
	Evitables por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno en el recién nacido		P551 (Incompatibilidad ABO del feto y del recién nacido) P570(*), P578(*) (Kernicterus)		P38 (Onfalitis del recién nacido) P390-P391(Otras infecciones específicas del periodo perinatal) P50(*), P51, P53, P540-P544(*), P547-P549(*), P58, P590, P591-P592(*), P593, P594-P597(*), P598-P599 (Ciertos trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido)		

(*) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo neonatal. (**) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3.*

Tabla 10 (continuación). Comparación de las listas de mortalidad evitable según criterios de evitabilidad de la DEIS y el SUS

DEIS		SUS					
		Evitables por acciones de inmunoprevención	Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	Evitables por adecuada atención en el recién nacido	Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud
Periodo neonatal	Evitables por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno en el recién nacido				P702-P72, P74, P60-P61, (Ciertos trastornos endócrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido) P76-P78 (Ciertos trastornos del sistema digestivo del feto y del recién nacido) P80-P81, P82(*), P831, P833-P838 (Ciertas afecciones asociadas con la regulación tegumentaria y la temperatura del feto y del recién nacido)		
	Otras evitables	A15-A17 (Ciertas tuberculosis) B05 (Sarampión) B06 (Rubeola) G000 (Meningitis por hemófilos)		P08 (Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer)	P23 (Neumonía congénita) P25 (Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo neonatal) P282-P285,	G001-G009 (Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte) G03 (Meningitis debida a otras causas y a las no especificadas)	A00, A02, A05, A09 (Ciertas enfermedades infecciosas intestinales) B57 (Enfermedad de Chagas) E41, E43-E46 (Desnutrición) E51-E52, E63 (Otras deficiencias nutricionales)

(*) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo neonatal. (**) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3*.

Tabla 10 (continuación). Comparación de las listas de mortalidad evitable según criterios de evitabilidad de la DEIS y el SUS

DEIS		SUS					
		Evitables por acciones de inmunoprevención	Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	Evitables por adecuada atención en el recién nacido	Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud
Periodo neonatal	Otras evitables	A15-A17 (Ciertas tuberculosis) B05 (Sarampión) B06 (Rubeola) G000 (Meningitis por hemófilos)			P288 (Otros problemas del recién nacido, originados en el periodo perinatal) P375 (Candidiasis neonatal) P221 (Taquipnea transitoria del recién nacido)	J04, J06 (Ciertas infecciones agudas de las vías respiratorias superiores) J12-J13, J15, J180, J182, J189 (Ciertas influenzas y neumonías) J20-J22 (Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores) A39 (Infección meningocócica) J69 (Neumonitis debida a sólidos y líquidos) J40, J45-J46 (Ciertas enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores) A46 (Irisipela) G40-G41 (Ciertos trastornos episódicos y paroxísticos) N390 (Infección de vías urinarias, sitio no especificado)	V01-V99 (Accidentes de transporte) X00-X09 (Exposición al fuego, humo y llamas) X30-X39 (Exposición a fuerzas de la naturaleza) X40 -X49 (Envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas) X85-Y09 (Agresiones) Y10-Y34 (Eventos de intención no determinada) Y40-Y59, Y60-Y69, Y83-Y84 (Ciertas complicaciones de la atención médica y quirúrgica) W00-W49,W65-W99 (Otras causas externas de traumatismos accidentales)

(*) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo neonatal. (**) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3*.

Tabla 10 (continuación). Comparación de las listas de mortalidad evitable según criterios de evitabilidad de la DEIS y el SUS

DEIS	SUS						
	Evitables por acciones de inmuno-prevención		Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	Evitables por adecuada atención en el recién nacido	Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud
Periodo postneonatal	Evitables por prevención	A37(**) (Tos ferina o convulsiva) B05 (Sarampión) B06 (Rubeola)	B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana) P04 (Feto y recién nacido afectados por influencias nocivas transmitidas a través de la placenta o de la leche materna)				E41, E43-E46 (Desnutrición)
	Evitables por tratamiento		P000-P002, P005 (Feto y recién nacido afectados por ciertas condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo)	P10-P15 (Traumatismo del nacimiento)	P593, P598-P599 (Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas) P72, P74 (Ciertos trastornos endócrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido) P830(**), P831, P832(**), P833-P838, P839(**) (Otras afecciones de la piel específicas del feto y del recién nacido)	G03 (Meningitis debida a otras causas y a las no especificadas) J182 (Neumonía hipostática, no especificada) A40-A41(**) (Otras enfermedades bacterianas)	
	Evitables por prevención y tratamiento	A15-A16 (Ciertas tuberculosis) G000 (Meningitis por hemófilos)	A50 (Sífilis congénita) P004 (Feto y recién nacidos afectados por trastornos nutricionales de la madre)	P20 ((Hipoxia intrauterina) P21(Asfixia del nacimiento) P24 (Síndrome de aspiración neonatal)	P23 (Neumonía congénita) P25 (Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal)	G001-G009 (Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte)	A09 (Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso)

(*) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo neonatal. (**) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3*.

Tabla 10 (continuación). Comparación de las listas de mortalidad evitable según criterios de evitabilidad de la DEIS y el SUS

DEIS	SUS						
	Evitables por acciones de inmuno-prevención		Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	Evitables por adecuada atención en el recién nacido	Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud
Periodo postneonatal	Evitables por prevención y tratamiento	P353(**) (Hepatitis viral congénita))	P05 (Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal) P070-P071, P073-P079 (Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer) P550-P551, P558-P559 (Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido)		P282-P285, P286-P287(**), P288 (Otros problemas del recién nacido, originados en el periodo perinatal) P352(**), P354-P359(**) (Enfermedades virales congénitas) P360-P361, P362-P363(**), P364-P365, P366-P367(**), P368, P369(**) (Sepsis bacteriana del recién nacido) P370-P378, P379(**) (Otras enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas) P38 (Onfalitis del recién nacido) P390-P391, P392-P397(**), P398, P399(**) (Infecciones específicas del periodo perinatal) P51, P53, P58, P590, P60-P61 (Ciertos trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido) P70-P71(Ciertos trastornos endócrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido)	J12-J13, J15, J180, J189 (Ciertas influenzas y neumonías) J20-J22 (Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores) A39 (Infección meningocócica) J69 (Neumonitis debida a sólidos y líquidos)	

(*) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo neonatal. (**) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3*.

Tabla 10 (continuación). Comparación de las listas de mortalidad evitable según criterios de evitabilidad de la DEIS y el SUS

DEIS	SUS						
	Evitables por acciones de inmuno-prevención		Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	Evitables por adecuada atención en el recién nacido	Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud
Periodo postneonatal	Evitables por prevención y tratamiento				P76-P78 (Ciertos trastornos del sistema digestivo del feto y del recién nacido) P80-P81 (Ciertas afecciones asociadas con la regulación tegumentaria y la temperatura del feto y del recién nacido) P22 (Dificultad respiratoria del recién nacido)		
	Otras evitables	A17 (Tuberculosis del sistema nervioso)		P08 (Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer)		J04, J06 (Ciertas infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores) J40, J45-J46 (Ciertas enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores) A46 (Otras enfermedades bacterianas) G40-G41 (Ciertos trastornos episódicos y paroxísticos) N390 (Infección de vías urinarias, sitio no especificado)	A00, A02, A05 (Ciertas enfermedades infecciosas intestinales) B57 (Enfermedad de Chagas) E51-E52, E63 (Otras deficiencias nutricionales) V01-V99 (Accidentes de trasporte) X00-X09 (Exposición al fuego, humo y llamas) X30-X39 (Exposición a fuerzas de la naturaleza) X40-X49 (Envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas) X85-Y09 (Agresiones) Y10-Y34 (Eventos de intención no determinada) Y40-Y59, Y60-Y69, Y83-Y84 (Ciertas complicaciones de la atención médica y quirúrgica) W00-W49,W65-W99 (Otras causas externas de traumatismos accidentales)

(*) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo neonatal. (**) Según la DEIS, evitable sólo para defunciones ocurridas en el periodo postneonatal. Fuente: Elaboración propia con base en clasificaciones utilizadas por la DEIS y el SUS. *Ver Anexo tablas 1 y 3*.

Por último, si bien la elección de la lista con la cual se decide continuar el análisis de los resultados que se presentan en este trabajo y los motivos que la fundamentan resulta un tema de suma relevancia, debe destacarse que, independientemente de la clasificación que se utilice, la tendencia decreciente de las TMI para cada criterio considerado refleja avances en materia de DDHH. Es decir, ésta ofrece indicios de un Estado que, de alguna manera, ejecuta medidas concretas para reducir la mortalidad durante el primer año de vida, en concordancia con los compromisos asumidos ante la comunidad internacional como *titular de obligaciones*.

A pesar de los progresos que pueden registrarse, el comportamiento de las tasas también arroja luz a una cuestión relacionada con los criterios de mayor participación en el total de DIE, creciente en algunos casos: concretamente, los referidos a la inadecuada atención de la mujer durante el embarazo y del niño, una vez que se produce el nacimiento.[72] Ello da cuenta de la vulnerabilidad de algunas familias que no consiguen brindar al niño y a la madre la atención que necesitan desde el momento de la concepción, y al mismo tiempo, la falta de respuesta por parte del Estado ante situaciones de este tipo, de manera que sería importante incrementar los esfuerzos para, al menos, lograr la reducción alcanzada por las otras causas.

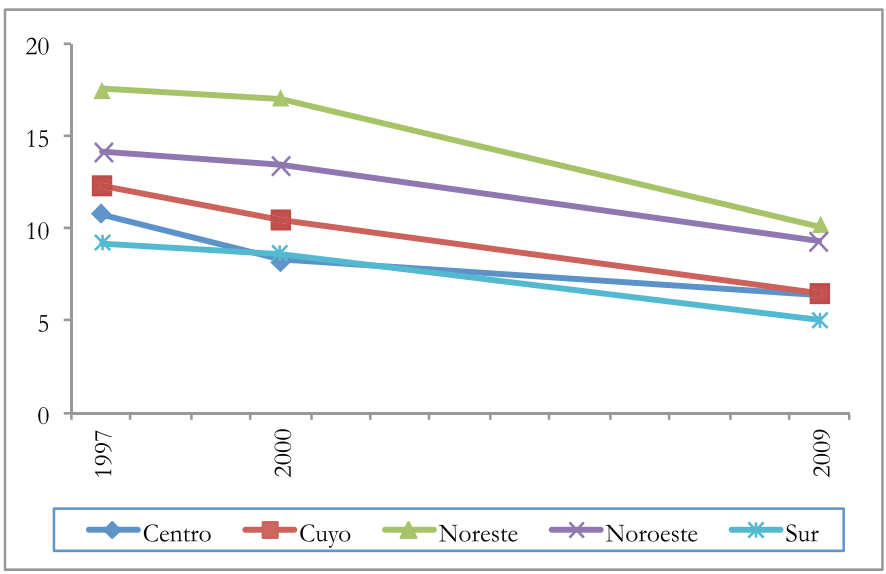
6.2 La MIE en las regiones y las provincias

El presente apartado contempla el estudio de la evolución de la MIE a nivel de regiones y provincias. A tales fines y en función de los motivos señalados en el apartado anterior, se utiliza la clasificación de muertes evitables propuesta por el SUS de Brasil. Adicionalmente, se calculan los diferenciales entre jurisdicciones y se indaga acerca de la composición de dichas muertes de acuerdo a los distintos tipos de medidas que podrían haber contribuido a impedir su ocurrencia (criterios de evitabilidad).

[72] Esta conclusión se obtiene, incluso, a partir de la distribución de las DIE de acuerdo a la clasificación de la DEIS.

En lo que refiere a las regiones, el análisis de la MIE deja una vez más en evidencia la existencia de desigualdades dentro del país. En efecto, si bien en todas ellas, la TMIE durante el periodo 1997-2009 disminuye de forma manifiesta, no existen indicios de que se reduzcan las disparidades vigentes entre las mismas (Gráfico 8).

Gráfico 8. Argentina. Evolución de la TMIE a nivel de regiones (por mil NV). Periodo 1997-2009



Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo Tabla 8.*

Las conclusiones se tornan más alarmantes si el análisis se realiza a escala provincial, ya que algunas jurisdicciones no logran reducir sus tasas de manera paulatina, contrariamente a lo que se plantea desde el marco de los DDHH. En efecto, en algunos casos (Corrientes, La Pampa, La Rioja, Misiones, Río Negro, Santa Cruz y Tucumán), las mismas sufren un incremento en el periodo 1997-2000, para luego experimentar un descenso en 2009. Asimismo, se destaca la provincia de Santiago del Estero,

cuya TMIE desciende entre 1997 y 2000, para luego aumentar hacia el final del periodo analizado (Gráfico 9).

Gráfico 9. Argentina. Evolución de la TMIE a nivel de provincias (por mil NV). Periodo 1997-2009

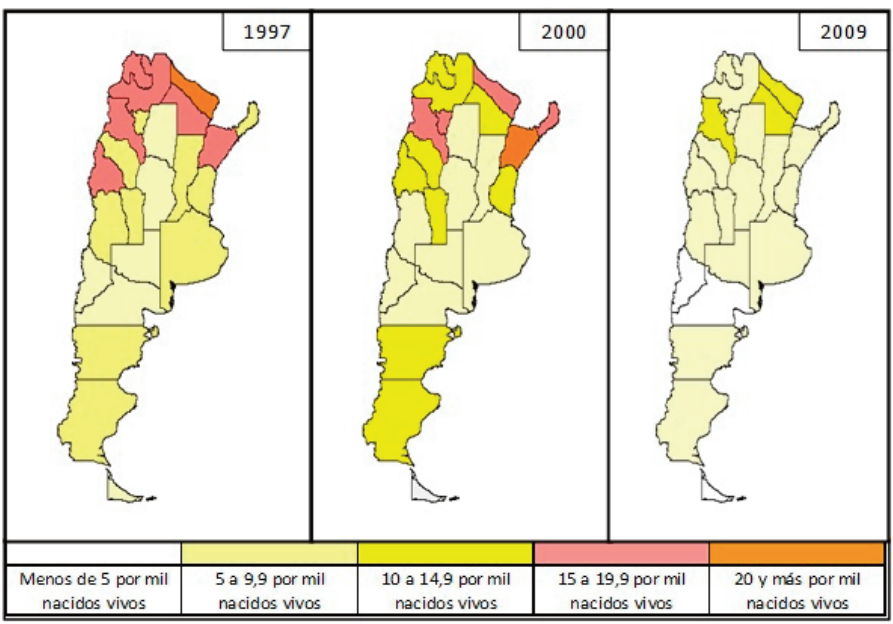
Provincia	**1990**	**2000**	**2009**
C. A. de Buenos Aires	7,5	5,2	3,9
Buenos Aires	11,8	8,7	7
Catamarca	17,2	15,3	10,2
Córdoba	9,1	7,9	5,6
Corrientes	18	22,3	9,3
Chaco	18,7	14,4	11,4
Chubut	11,8	10,4	5,3
Entre Ríos	11,3	10,4	6,7
Formosa	22,1	16,6	13,9
Jujuy	15,9	14,5	7,6
La Pampa	7,9	8,8	8,2
La Rioja	12,6	12,7	9,5
Mendoza	11	9,3	5,8
Misiones	13,7	15,3	7,9
Neuquén	8,2	6,9	3,8
Río Negro	8,3	8,4	4,8
Salta	16,3	12,5	9,8
San Juan	15	11,8	6,4
San Luis	13	11,4	7,4
Santa Cruz	11,1	11,8	6
Santa Fe	10	8,7	5,7
Santiago del Estero	9,8	7,8	8,8
Tucumán	13,3	16,2	9,9
Tierra del Fuego	7	3,9	1,1

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo Tabla 8*.

Las tendencias presentadas en el los gráficos 8 y 9 pueden ser complementadas con los resultados exhibidos en el Mapa 2, a partir del cual es posible localizar geográficamente a las áreas más postergadas en lo que concierne a las DIE. Del mismo modo, se pueden identificar las zonas

con menores niveles de mortalidad por las causas incluidas dentro de esta desagregación. En este sentido, se observa que, al igual que con la lectura de la TMI (todas las causas), las regiones Noreste y Noroeste se presentan como las más desfavorecidas, en tanto que las regiones Centro, Cuyo y Sur registran, en un sentido amplio, inferiores TMIE. Hacia el año 2009, si bien en general, los niveles de mortalidad comprendidos dentro de este grupo consiguen reducirse, algunas provincias sobresalen del resto, por presentar tasas superiores, como lo son los casos de Formosa y Chaco –ambas pertenencientes al Noreste– y Catamarca, al noroeste del país.

Mapa 2. Argentina. TMIE a nivel de provincias (por mil NV). Años 1997, 2000 y 2009

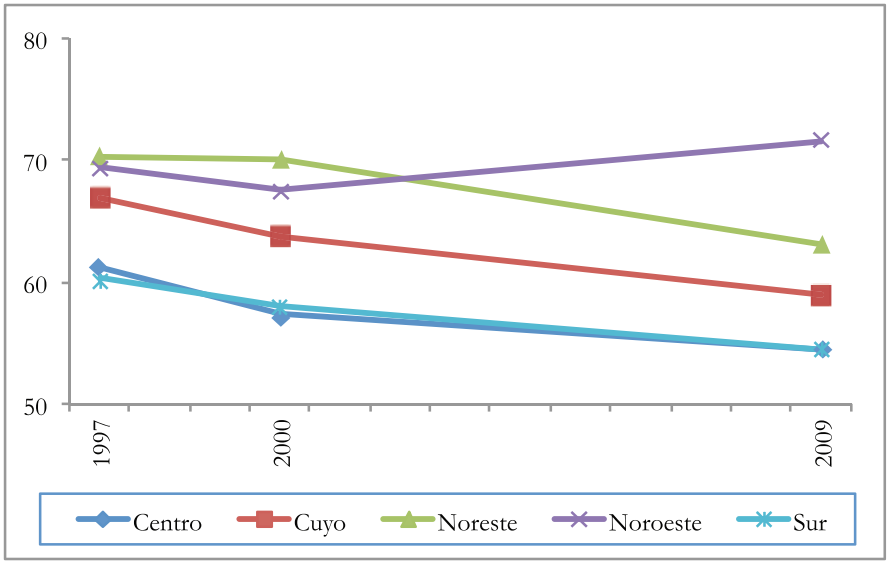


Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo Tabla 8*.

En cuanto a la participación de las muertes evitables en el total de las DI, se observa que éstas se reducen en forma gradual a lo largo del periodo considerado en casi todas las regiones, con excepción del Noroeste, donde

las mismas registran un incremento de 3,9% entre 2000 y 2009. A pesar de este logro, cabe mencionar que en el año 2009 el peso de las DIE sobre la totalidad de las muertes de niños menores de 1 año supera en todos los casos el 50%: en las regiones Centro y Sur, alrededor de 55 de cada 100 muertes se encuentran dentro de esta categoría; en tanto que en Cuyo, 59 de cada 100 muertes se podrían haber evitado; en el Noreste, esta razón alcanza un valor igual a 63 y, finalmente, en la región Noroeste, aproximadamente 72 de cada 100 DI son evitables (Gráfico 10).

Gráfico 10. Argentina. Participación de las DIE en el total de DI según regiones (en porcentajes). Periodo 1997-2009



Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo Tabla 8.*

La tendencia del peso de las muertes evitables sobre el total de las DI registradas en cada una de las regiones guarda correlato con los valores consignados en la Tabla 11, que presenta la participación relativa de dichas defunciones a nivel de provincias. En lo que refiere a la evolución en el periodo 1997-2009, prácticamente todas las jurisdicciones que integran

las regiones Centro, Sur, Cuyo y Noreste logran disminuir el peso de las DIE, resaltándose los casos particulares de las provincias de Tierra del Fuego (que reduce la participación de las defunciones susceptibles de ser impedidas en más de la mitad, al pasar de 62,5% en 1997 al 25% en 2009) y Río Negro (la cual registra un leve incremento en el peso relativo de las DIE, al pasar de 53,5% a 53,8%).

La tabla también corrobora el incremento de la participación de las muertes evitables evidenciado en la región Noroeste entre los años estudiados, destacándose las provincias de Catamarca, Santiago del Estero y Tucumán por exhibir esta tendencia (Tabla 11).

Tabla 11. Argentina. Participación de las DIE en el total de DI según provincias (en porcentajes). Años 1997 y 2009

Provincia	Participación de las DIE en el total de las DI (en porcentajes)		Variación 1997-2009
	1997	2009	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	61,5	46,4	15,1
Buenos Aires	62,5	56,3	6,2
Catamarca	67	70	-3
Córdoba	55,7	52	3,7
Corrientes	78,9	60,6	18,3
Chaco	66,4	64	2,4
Chubut	61,9	57	4,9
Entre Ríos	57,7	56,3	1,4
Formosa	74	67,8	6,2
Jujuy	66,3	66,4	-0,1
La Pampa	65,8	60	5,8
La Rioja	65,4	64,8	0,6
Mendoza	66,1	58,5	7,6
Misiones	64,4	61	3,4
Neuquén	59,7	49,4	10,3
Río Negro	53,5	53,8	-0,3
Salta	79,6	69,8	9,8
San Juan	69,9	58,1	11,8
San Luis	65,6	57,1	8,5
Santa Cruz	69,4	58,3	11,1
Santa Fe	61,7	51,6	10,1
Santiago del Estero	58,9	72,4	-13,5
Tucumán	67,7	75,2	-7,5
Tierra del Fuego	62,5	25	37,5

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación por el SUS. *Ver Anexo Tabla 8*.

En cuanto a la reducción de las diferencias, la Tabla 12 muestra, comparativamente, las brechas absolutas y relativas, y los valores del CG para la MI y MIE a nivel de regiones para los años 1997, 2000 y 2009. En términos generales, se observa que las disparidades se incrementan cuando se trata de las DIE, lo cual deja en evidencia una mayor inequidad con respecto a la que se refleja al considerar la totalidad de las muertes infantiles.

Entre 1997 y 2000, la brecha absoluta permanece constante en 9,8 por mil NV para la MI; no ocurre lo mismo con la MIE, para la cual se registra un incremento de 0,2 puntos, al pasar de 8,4 a 8,6 por mil NV. Si se consideran las brechas relativas, tanto en uno como otro caso se observa un aumento en el valor de las mismas (de 1,64 a 1,68 en el caso de la MI y de 1,92 a 2,04 en el de la MIE), lo que acusa una situación de retroceso con respecto a lo que postulan los principios de *igualdad y no discriminación* y de *avance y no retrocesión*, fundamentales en el marco de los DDHH, ya que por un lado la desigualdad se ve incrementada y por el otro, se está retornando a un estado anterior. Esta tendencia es corroborada con los valores estimados para el CG, los cuales exhiben un aumento de las disparidades en los últimos años de la década de 1990 (Tabla 12).

Las diferencias encontradas entre los años 1997 y 2000, permiten inferir que Argentina no alcanza la reducción esperada del 15% conforme a lo establecido en el PAR, menos aún si se consideran únicamente las DIE, que son las que efectivamente comprometen el ejercicio de los DDHH.[73] Asimismo, los valores calculados para el año 2009, si bien evidencian una reducción de la desigualdad vigente hacia finales de los años noventa, no permiten concluir que el país está en condiciones de cumplir la meta establecida en el Programa de Acción de la CIPD, que propone, acabar con las disparidades al año siguiente (Tabla 12).

[73] En función de los supuestos detallados en el Capítulo 4.

Tabla 12. Diferencias de la MI y MIE a nivel de regiones. Años 1997, 2000 y 2009

Año	Región de mayor MI	Región de menor MI	Diferencia absoluta	Diferencia relativa	CG
MI					
1997	25 (Noreste)	15,2 (Sur)	9,8	1,64	0,046
2000	24,3 (Noreste)	14,5 (Centro)	9,8	1,68	0,072
2009	16 (Noreste)	9,2 (Sur)	6,8	1,74	0,045
MIE					
1997	17,6 (Noreste)	9,2 (Sur)	8,4	1,92	0,076
2000	17 (Noreste)	8,3 (Centro)	8,6	2,04	0,114
2009	10,1 (Noreste)	5,1 (Sur)	5,1	2,02	0,082

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo tablas 5 y 8*.

Las disparidades se tornan más evidentes si se analiza la distribución de las DI en general, y específicamente las evitables a nivel de provincias. En este sentido, independientemente de la estrategia utilizada para medir las diferencias, los valores calculados son significativamente superiores a los obtenidos para las regiones. Al mismo tiempo, las diferencias encontradas en la distribución de las muertes evitables son mayores a las halladas en la distribución de las muertes infantiles totales, lo que reafirma la existencia de contextos más inequitativos que aquellos que las TMI son capaces de reflejar (Tabla 13).

Del mismo modo que en el caso de las regiones, independientemente de la estrategia utilizada, las diferencias estimadas dan cuenta de un incremento de las disparidades entre 1997 y 2000, el cual no sólo impide a Argentina alcanzar la meta propuesta en el PAR sino que, al mismo tiempo, se opone a lo que plantean los principios del EBDH: en el caso de las muertes infantiles totales, la brecha absoluta pasa de 18,6 a 21 por mil NV, la relativa varía de 2,66 a 3,23 puntos (lo que se significa que en

1997, por cada 10 niños que mueren en Tierra del Fuego, 27 mueren en Formosa; en tanto que en 2000, por cada 10 niños que fallecen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, alrededor de 32 lo hacen en la provincia de Corrientes), y el CG sufre un incremento de 0,027 puntos (al pasar de 0,096 a 0,123) (Tabla 13).

Aunque con distintos valores, la tendencia de la distribución de las muertes evitables, señala un aumento de las disparidades. En efecto, la brecha absoluta pasa de 15,1 a 18,4 por mil NV, la relativa varía de 3,15 a 5,68 y el CG pasa de 0,114 a 0,156 (Tabla 13).

Entre los años 2000 y 2009, se observa una reducción de las brechas absolutas y del CG en ambos casos, pero esta también resulta insuficiente para estimar la supresión de las diferencias en el año 2010. No ocurre lo mismo, con las brechas relativas, los cuales denotan que las distancias entre los valores extremos de la distribución se agudizan: mientras que para las muertes infantiles totales la brecha se incrementa de 3,23 a 4,46; en el caso de las DIE la misma aumenta más del doble, al pasar de 5,68 a 12,11, lo que se interpreta como: en 2000, por cada 10 muertes que podrían haberse evitado en la provincia de Tierra del Fuego, 57 se podrían haber omitido en Corrientes; en tanto que en 2009, por cada 10 muertes que podrían haberse evitado en Tierra del Fuego, 121 se podrían haber eludido en Formosa (Tabla 13).

Resulta paradójica la situación del país frente al cumplimiento de la meta de reducción de las diferencias interprovinciales incorporada a partir de su adhesión a los ODM, ya que las conclusiones varían en función del método utilizado para cuantificar las disparidades. En este sentido, desde la perspectiva de las brechas absolutas (tanto en el caso de la MI general como en el de la MIE) se puede inferir que dicha meta no sólo es alcanzada sino que, más aún, se supera: las disparidades logran reducirse el 14,5% (cuando pasa de 18,6 a 15,9 por mil NV) y el 15,9% (cuando pasa de 15,1 a 12,7 por mil NV), respectivamente, caídas considerablemente mayores a la requerida del 4,8% bajo el supuesto de reducción proporcional anual esperada establecido en el Capítulo 4 (Tabla 13).

Desde la perspectiva de las brechas relativas, en cambio, los incrementos de las diferencias evidenciados en uno y otro caso denotan no sólo el

incumplimiento de la meta, sino además una posición contraria frente a los principios que rigen los DDHH. Finalmente, los valores del CG arrojan conclusiones dispares, ya que mientras que desde el punto de vista de la MI la meta es concretada (cuando el indicador registra una caída del 5,2% al pasar de 0,096 en 1997 a 0,091 en 2009), desde el punto de vista de las DIE se registra un incremento de las diferencias (Tabla 13).[74]

Tabla 13. Diferencias de la MI y MIE a nivel de provincias. Años 1997, 2000 y 2009

Año	Provincia de mayor MI	Provincia de menor MI	Diferencia absoluta	Diferencia relativa	CG
MI					
1997	29,8 (Formosa)	11,2 (T. del Fuego)	18,6	2,66	0,096
2000	30,4 (Corrientes)	9,4 (CABA)	21	3,23	0,123
2009	20,5 (Formosa)	4,6 (T. del Fuego)	15,9	4,46	0,091
MIE					
1997	22,1 (Formosa)	7 (Tierra del Fuego)	15,1	3,15	0,114
2000	22,3 (Corrientes)	3,9 (T. del Fuego)	18,4	5,68	0,156
2009	13,9 (Formosa)	1,1 (T. del Fuego)	12,7	12,11	0,135

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo tablas 5 y 8.*

Las disparidades encontradas en la distribución de las muertes infantiles evitables sugieren profundizar el análisis al interior de las mismas, e indagar acerca de su composición. El Gráfico 11 presenta la estructura de la mortalidad por causas evitables por regiones en los años 1997 y 2009;

[74] Como se comenta en el Capítulo 4, el CG se corresponde con la estrategia empleada por el CCPS para el monitoreo de los avances en torno a la consecución de la meta de reducción del 10% de las diferencias interprovinciales en el nivel de la MI entre 1990 y 2015. Cabe recordar además, que dicha meta no guarda relación directa con otras metas establecidas en el ámbito internacional, sino que es producto de una incorporación realizada por el país en el marco de los ODM.

la misma está desagregada en función a los criterios de evitabilidad que establecen la clasificación de muertes evitables escogida para este trabajo.

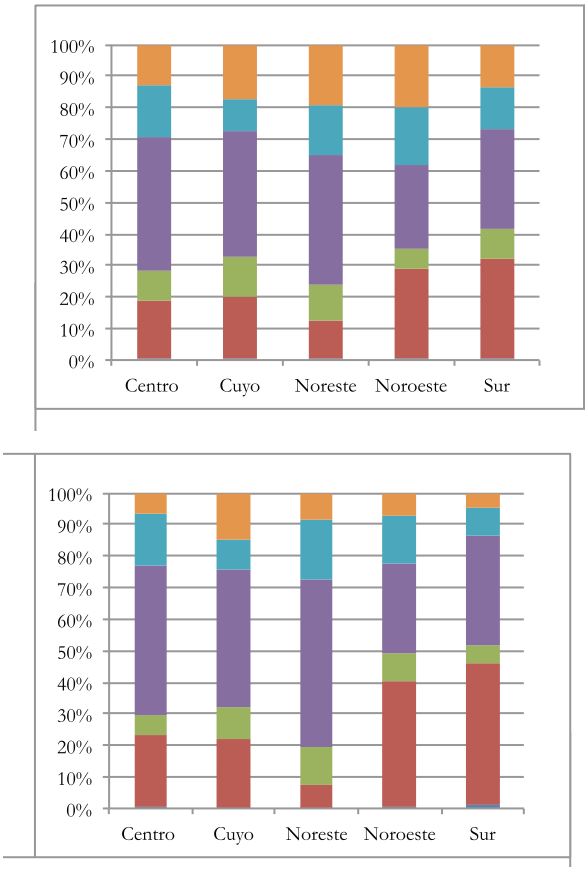
Del mismo modo que a nivel país, se observa una escasa participación de las DIE por acciones de inmuno-prevención en todas las áreas territoriales. No ocurre lo mismo con las muertes susceptibles de ser impedidas mediante la atención adecuada de los niños al momento del nacimiento, las cuales tienen la mayor participación en el total de DIE (principalmente en las regiones Centro, Cuyo y Noreste), conjuntamente con aquellas asociadas al cuidado apropiado de las mujeres durante la gestación (con mayor peso, particularmente en las regiones Noroeste y Sur). El incremento de la contribución atribuida a las muertes asociadas a estos últimos dos criterios durante el periodo considerado da cuenta una vez más de la necesidad de que el Estado focalice su atención de los niños a partir del momento de la concepción, comenzando por sus madres (Gráfico 11).

Con respecto a las muertes que podrían haberse suprimido por la adecuada atención de la mujer en el parto –momento en el cual el sistema de salud desempeña un rol de suma relevancia–, aunque con sutiles diferencias, ellas representan aproximadamente el 10% de las DIE contabilizadas en todas las regiones en 1997. En 2009, su participación desciende en las regiones Centro, Cuyo y Sur, al contrario del Noreste y del Noroeste, donde la misma registra un incremento (Gráfico 11).

En cuanto a las defunciones relacionadas con la ausencia de acciones adecuadas y/o oportunas de diagnóstico y tratamiento se observa que, en 1997, las mismas participan entre el 10% y el 18% en el total de muertes evitables, de acuerdo a la región. En 2009 su contribución manifiesta un descenso en las regiones de Cuyo, Noroeste y Sur, al contrario del Noreste y Centro del país, áreas geográficas en las cuales dichas defunciones aumentan su participación (Gráfico 11).

Finalmente, las DIE por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con medidas de atención a la salud aportan entre el 13% y el 20% al conjunto de DIE contabilizado en 1997, según la región que se considere. Sin embargo, en 2009 logran reducir su incidencia relativa a menos del 10%, con excepción de Cuyo, donde participan en un 15% de la totalidad de muertes susceptibles de ser impedidas (Gráfico 11).

Gráfico 11. Argentina. Participación de las DIE en el total de DIE por criterios de evitabilidad según regiones (en porcentajes). Años 1997 y 2009



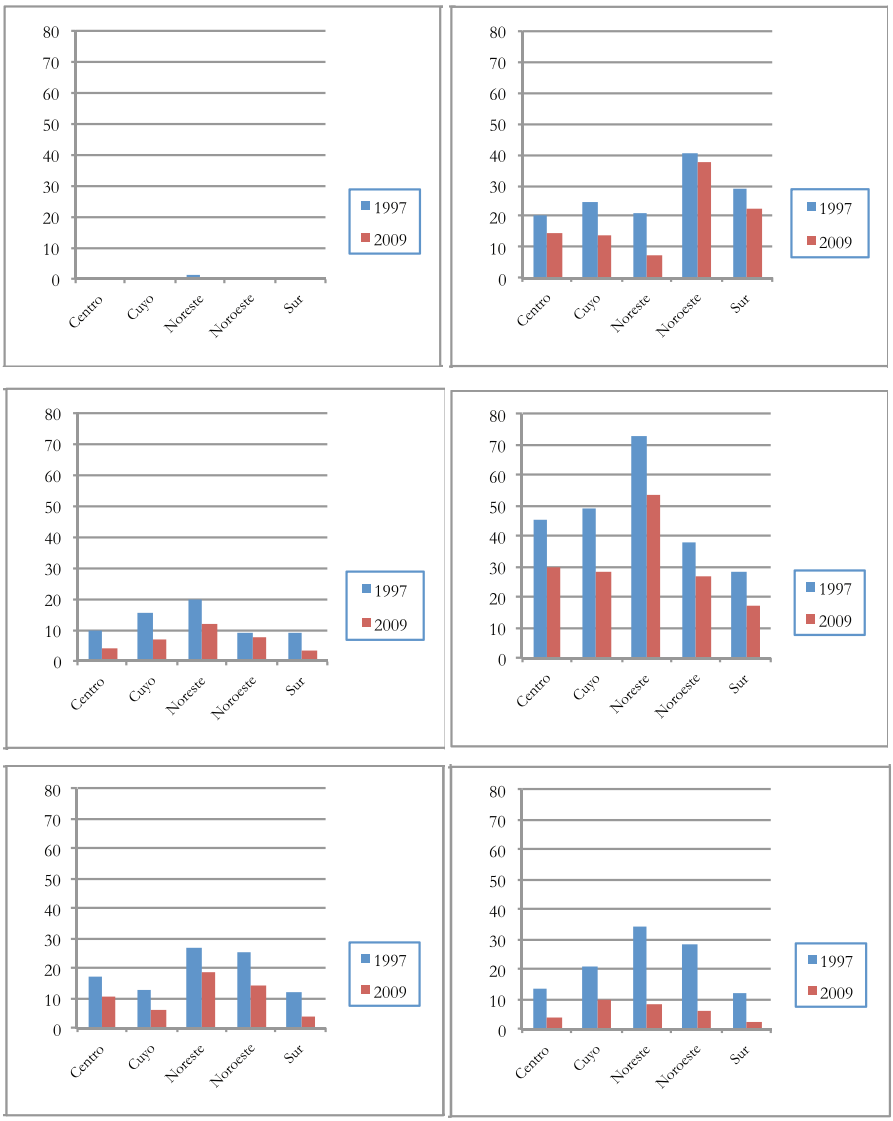
Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo Tabla 9.*

Los valores representados en el Gráfico 11 se complementan con las tasas exhibidas en el Gráfico 12, que muestra su evolución entre 1997 y 2009. A partir del mismo, es posible corroborar una vez más la escasa participación de las defunciones asociadas a acciones inadecuadas de inmuno-prevención en todas las regiones. Las tasas correspondientes al resto de los criterios, cuya contribución al total de muertes evitables es manifiestamente superior con respecto al primero analizado, muestran un comportamiento decreciente entre los años señalados, aunque a un ritmo diferencial en cada una de las regiones consideradas. Esto último es lo que, en definitiva, determina su participación en la estructura de mortalidad presentada en el Gráfico 11 (Gráfico 12).

En correspondencia con la realidad observada a nivel nacional, la lectura de los gráficos 11 y 12 sugiere que si bien las tasas de mortalidad asociadas a cada uno de los criterios en las distintas regiones logran reducirse entre los años estudiados, dicha reducción se produce a un ritmo diferencial. En este sentido, mientras que en términos generales, disminuyen su participación en el total de DIE aquellas muertes atribuidas a la atención del niño y la madre en el momento del parto, al adecuado diagnóstico y tratamiento de algunas patologías y a acciones adecuadas de promoción de la salud vinculadas con medidas apropiadas de atención a la salud, se registran incrementos en la contribución de las muertes relacionadas con los cuidados durante el embarazo y en el recién nacido.

Del mismo modo que para el total del país, los cambios en la participación relativa de los distintos criterios en el total de muertes evitables observados a nivel regional podrían atribuirse a diversas razones. Entre ellas, la mayor facilidad para reducir determinadas defunciones en función de los recursos disponibles, un inadecuado uso de estos últimos, la atención especial puesta por parte del Estado para contrarrestar la ocurrencia de ciertas defunciones específicas y la falta de información (o el desconocimiento de la existencia de ella) al momento de tomar decisiones.

Gráfico 12. TMIE por criterios de evitabilidad según regiones (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009



Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo Tabla 9.*

Si bien las regiones presentan características particulares que las diferencian del resto, ello no implica que el interior de cada una de ellas se presente como un todo homogéneo; por el contrario, se observa la coexistencia de distintas realidades. El Gráfico 13 muestra la participación de las DIE por los criterios de evitabilidad considerados según provincias para los años 1997 y 2009. En concordancia con los valores calculados para el total del país y a nivel regional, en todas las jurisccciones se observa una escasa participación de las defunciones atribuidas a acciones inadecuadas (o escasas) de inmuno-prevención.

Al interior de la región Centro, se evidencia que, en 1997, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presenta la mayor participación de DIE por medidas vinculadas con la apropiada atención de las madres durante el embarazo, en tanto que Córdoba exhibe la menor contribución en este sentido. En el año 2009, el peso de las causas comprendidas dentro de este criterio aumenta en todas las jurisdicciones (Gráfico 13).

En lo que refiere a la participación relativa de las muertes evitables por acciones vinculadas con la atención de las mujeres durante el parto, en 1997, ésta oscila entre el 8% y el 14%. En 2009, en cambio, no supera el 9% en ningún caso (Gráfico 13).

Con relación a las DIE vinculadas con la inadecuada atención del niño recién nacido, en 1997 su participación varía entre 35,7% (tal es el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y el 57,3% (valor registrado en la provincia de Córdoba). En 2009, la misma aumenta en todos los casos, con excepción de la provincia de Entre Ríos, en donde se registra un descenso aproximado de 5 puntos (al pasar de 53,8% al 52,7%). Al mismo tiempo, mientras que las muertes relacionadas con medidas inadecuadas de diagnóstico y tratamiento incrementan su participación entre 1997 y 2009 (salvo al interior de la provincia de Buenos Aires), aquellas vinculadas con acciones apropiadas de promoción de la salud la reducen en todas las jurisdicciones (Gráfico 13).

En la región de Cuyo, en 1997, todas las jurisdicciones muestran mayor participación de las DI atribuidas a la inadecuada atención al recién nacido. Les siguen las muertes ligadas a la inapropiada atención de la mujer en el periodo de gestación, con excepción de la provincia de San

Juan, en donde las DIE por medidas relacionadas con la promoción de la salud ocupan el segundo lugar (Gráfico 13).

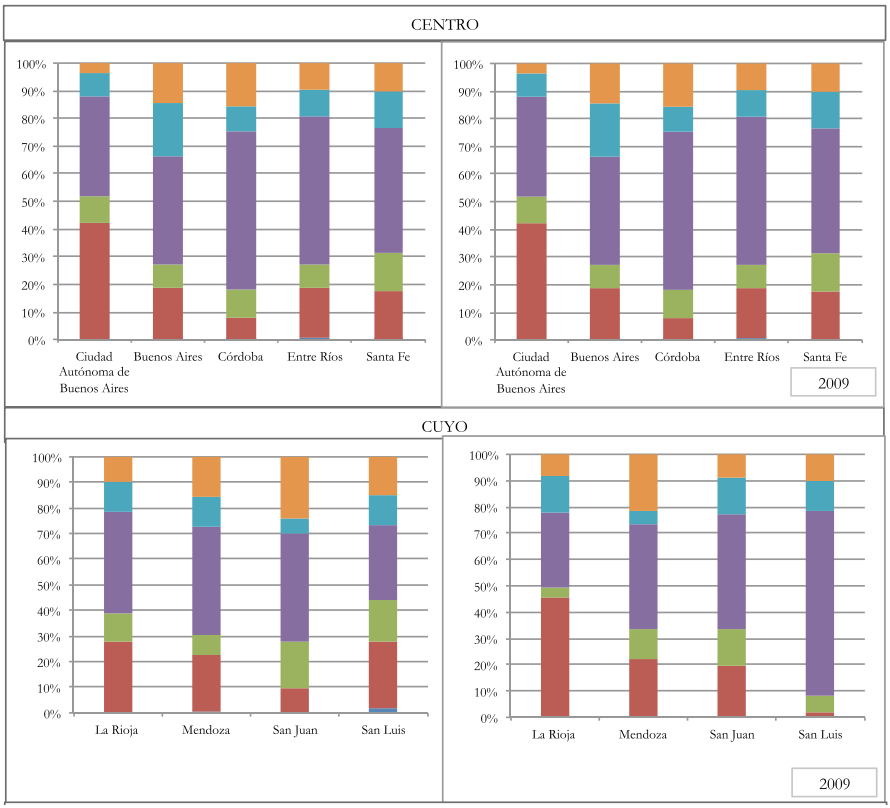
En el año 2009, la estructura descripta en el párrafo anterior para el caso cuyano se ve sustancialmente modificada en algunos casos. En este sentido, mientras que en Mendoza la participación de los distintos grupos de causas se mantine relativamente constante, en San Juan incrementan su contribución las muertes evitables durante y después del parto, así como también las relacionadas con el diagnóstico y tratamiento oportunos, en detrimento de las restantes. Asimismo, en La Rioja se produce un aumento de la participación de las defunciones antes del alumbramiento, en tanto que en San Luis aumenta considerablemente el peso de las DI vinculadas con los cuidados hacia el recién nacido (Gráfico 13).

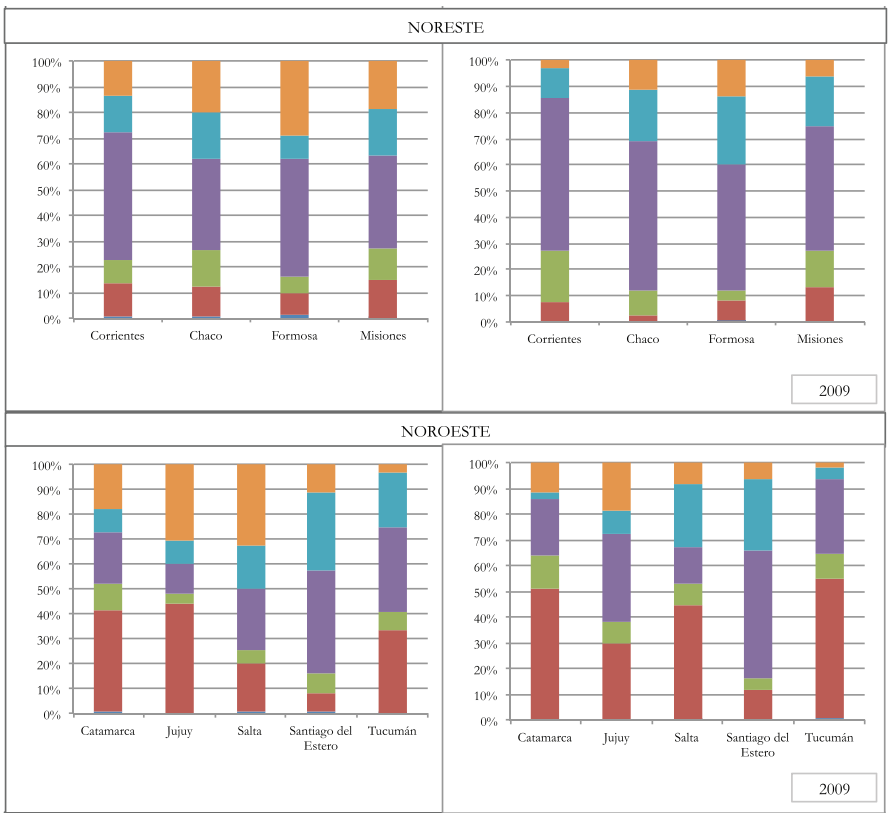
Las provincias que integran el Noreste presentan una preponderancia de las DI ligadas a la atención del recién nacido, tanto en 1997 como en 2009. De igual modo, es notable la participación de las DI asociadas a medidas de promoción de la salud en 1997, aunque la misma es contrarrestada en 2009, debido al incremento de las muertes relacionadas con el inapropiado diagnóstico y tratamiento. Adicionalmente, las muertes producidas por inadecuada atención de la mujer en el embarazo mantienen una participación constante entre los años estudiados, excepto en el caso de Chaco, en donde el peso de las DI comprendidas dentro de este grupo se reduce de manera considerable, en función del aumento de la participación de los criterios restantes en el total de DIE (Gráfico 13).

Con respecto a las provincias que conforman la región Noroeste, cabe mencionar la importancia que revisten las muertes infantiles relacionadas con la atención inadecuada antes del parto, en los casos de Catamarca, Jujuy y Tucumán, tanto en 1997 como en 2009. Salta, por el contrario, presenta una situación particular, puesto que en 1997, las DI atribuidas a la inadecuada promoción de la salud tienen la mayor participación en el total de DIE; para recién en 2009, presentar una estructura similar a las provincias anteriormente señaladas. Asimismo, en Santiago del Estero tienen mayor participación los fallecimientos asociados a la falta de cuidados apropiados hacia el recién nacido (Gráfico 13).

Finalmente, podría afirmarse que las jurisdicciones de la región Sur conforman dos grandes grupos diferenciados durante los años analizados: el primero de ellos, integrado por Chubut, Neuquén y Río Negro, en donde las DI vinculadas con la atención de las madres durante el embarazo ocupan el primer lugar en la estructura de la mortalidad evitable según criterios; y el segundo, conformado por La Pampa, Santa Cruz y Tierra del Fuego, en donde las muertes asociadas a la atención del recién nacido predominan sobre las restantes (Gráfico 13).

Gráfico 13. Argentina. Participación de las DIE en el total de DI por criterios de evitabilidad según provincias (en porcentajes). Años 1997 y 2009

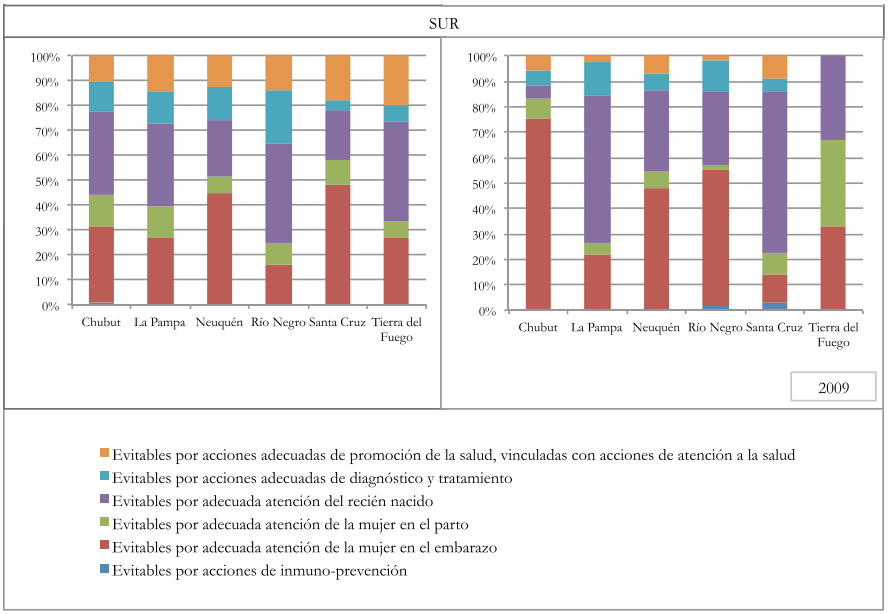




- Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones de atención a la salud
- Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento
- Evitables por adecuada atención del recién nacido
- Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto
- Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo
- Evitables por acciones de inmuno-prevención

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo tablas 8, 10 y 11.*

La Tabla 14 muestra la variación, entre 1997 y 2009, de las tasas específicas de mortalidad asociadas a cada uno de los criterios analizados. Con relación a las DI ligadas a la inadecuada atención de la mujer durante la gestación, en concordancia con lo que proclama el marco de los DDHH, gran parte de las provincias logran reducir la TMI vinculada a



Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo tablas 8, 10 y 11.*

este criterio. La excepción a esta tendencia la constituyen las provincias de Chubut, Tucumán, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Río Negro, las cuales, contrariamente a lo que se postula a partir del principio de *avance y no retrocesión*, incrementan la tasa en cuestión.

En cuanto a las DI vinculadas con la adecuada atención de la mujer en el momento del parto, salvo las jurisdicciones de Jujuy y Corrientes, todas las provincias consiguen reducir el nivel de la mortalidad asociado a las mismas en 1997. Asimismo, en el caso de las muertes relacionadas con la adecuada atención del recién nacido, únicamente las provincias de Santiago del Estero, Jujuy, San Luis, Santa Cruz y La Pampa incrementan sus tasas específicas de MI; el resto de las jurisdicciones, en sintonía con lo que se plantea desde el EBDH, las reduce (Tabla 14).

Adicionalmente, exceptuando La Pampa y Formosa, todas las provincias disminuyen la tasa de mortalidad evitable ligadas a acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento. Por último, la totalidad de las jurisdicciones

reducen el nivel de las muertes que podrían haberse evitado con acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con medidas de atención a la salud. Para estos dos últimos criterios considerados, se destaca el caso de Tierra del Fuego, provincia que logra reducir en un 100% las DI asociadas a los mismos (Tabla 14).

Tabla 14. Variación de la TMIE por criterios de evitabilidad según provincias (en porcentajes). Periodo 1997-2009.

Provincia	Criterio de evitabilidad				
	Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	Evitables por adecuada atención del recién nacido	Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones de atención a la salud
CABA	56,2	62,9	36,3	31,0	75,5
Buenos Aires	22,4	58,5	32,4	43,3	70,3
Catamarca	25,7	27,0	39,2	81,1	62,2
Córdoba	3,8	64,8	32,0	24,2	74,4
Corrientes	70,3	-9,4	38,9	59,3	87,7
Chaco	87,2	59,6	1,5	34,4	66,3
Chubut	-10,6	72,8	92,4	77,9	75,9
Entre Ríos	29,2	57,4	42,5	4,6	76,0
Formosa	42,6	61,9	34,5	-89,8	70,1
Jujuy	67,7	-5,4	-32,7	52,6	70,6
La Pampa	15,4	63,3	-78,8	-10,0	84,3
La Rioja	-24,2	76,5	45,5	15,4	33,9
Mendoza	46,8	25,2	49,7	78,6	26,3
Misiones	47,6	35,7	22,7	41,0	80,5
Neuquén	51,3	53,6	35,0	76,8	74,7
Río Negro	-91,6	88,6	59,1	65,9	92,7
Salta	-37,1	4,8	66,2	14,1	84,9
San Juan	12,2	67,4	55,3	7,3	84,5
San Luis	96,3	76,7	-34,1	42,3	62,9
Santa Cruz	87,1	53,5	-70,7	22,4	74,1
Santa Fe	32,6	64,7	35,2	39,0	74,3
Santiago del Estero	-44,4	46,7	-7,3	20,2	51,9
Tucumán	-21,1	4,9	36,1	83,1	65,4
Tierra del Fuego	79,6	18,2	86,4	100,0	100,0

Nota: Dada su escasa participación en el total de las DIE se omite la variación de la TMIE por acciones de inmuno-prevención en el periodo considerado. Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo tablas 5, 8, 10 y 11*.

Nuevamente, la lectura conjunta del Gráfico 13 y de la Tabla 14 acusa que la reducción casi generalizada de las TMI relacionadas con cada uno de los criterios de evitabilidad que propone la clasificación del SUS de Brasil no se realiza con la misma intensidad. Ello deriva en modificaciones en la estructura de la mortalidad según la participación de los distintos criterios donde, en la mayoría de las provincias, se registra un incremento en el peso de las DI atribuidas a cuidados inadecuados (o insuficientes) durante la gestación y hacia el niño recién nacido, a diferencia de los restantes criterios, que logran disminuir su contribución en el total de DIE.

Para las transformaciones experimentadas en el peso relativo de los distintos criterios en el total de muertes evitables caben las mismas consideraciones efectuadas a nivel nacional y regional. En este sentido, éstas podrían encontrar una explicación en distintas razones: las posibilidades concretas de obtener determinados recursos en algunas jurisdicciones (en función del presupuesto disponible y del modo en que éste se distribuye), el tipo de colaboración que se recibe por parte del Estado nacional en cada caso, el interés que ocasionalmente suele ponerse en determinadas patologías, entre otras.

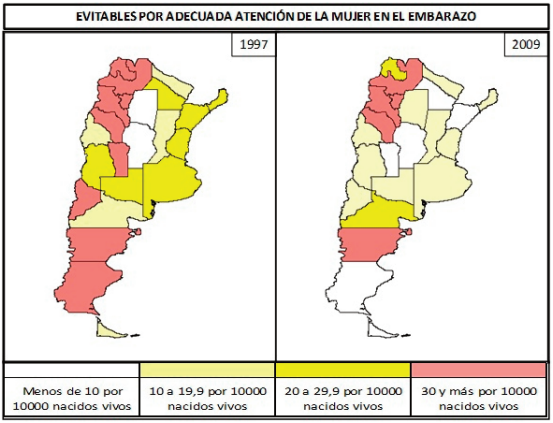
El Mapa 3 permite visualizar la distribución de las muertes evitables de los niños menores de 1 año y su evolución entre 1997 y 2009, organizadas en virtud del criterio de evitabilidad al cual hacen referencia. Con relación a las DIE por cuidados adecuados hacia la mujer antes del parto, se observa que, en 1997, tanto el Noroeste como el Sur presentan las tasas de mortalidad más elevadas. A pesar de ello, en el año 2009, la región Sur (salvo la jurisdicción de Chubut) logra reducir con éxito las tasas específicas para las causas comprendidas dentro de este grupo, adquiriendo las provincias del Noroeste la condición de más postergadas, en lo concerniente a este criterio.

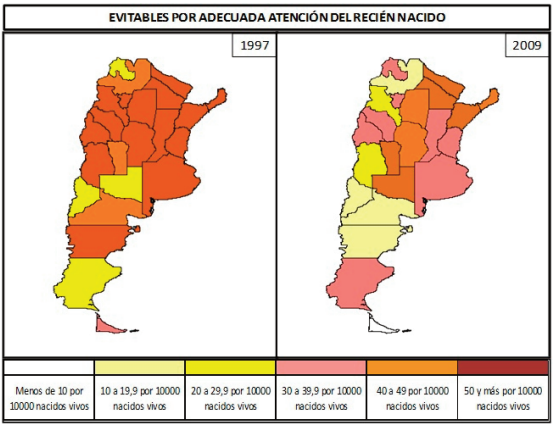
Del mapa también se deduce que, en 1997, las muertes evitables por la adecuada atención de la mujer al momento del parto presentan niveles comparativamente bajos con respecto a los restantes criterios de evitabilidad considerados. En 2009, incluso, experimentan una reducción, lo cual da cuenta de los esfuerzos realizados en la mayoría de las provincias por combatir las DI comprendidas dentro de esta categoría (Mapa 3).

Asimismo, y en correlato con las lecturas efectuadas a nivel nacional, regional y provincial, las TMIE por adecuada atención al recién nacido exhiben los valores más altos, en relación con los criterios restantes. Aún así, es posible distinguir que las mismas se comportan de manera diferencial en cada una de las provincias, dando como resultado las categorías que se presentan en el mencionado mapa. Mientras que, en 1997, la mayor parte de las provincias pertenecientes a las regiones Noreste, Noroeste, Centro y Cuyo muestran las tasas más elevadas; en 2009, casi todas ellas evidencian avances en este sentido. En efecto, dichas jurisdicciones consiguen contrarrestar sus niveles de mortalidad por este criterio, dejando a las provincias de Formosa, Chaco y Corrientes –en la región Noreste– y a las jurisdicciones de La Pampa y San Luis como las zonas más desfavorecidas (Mapa 3).

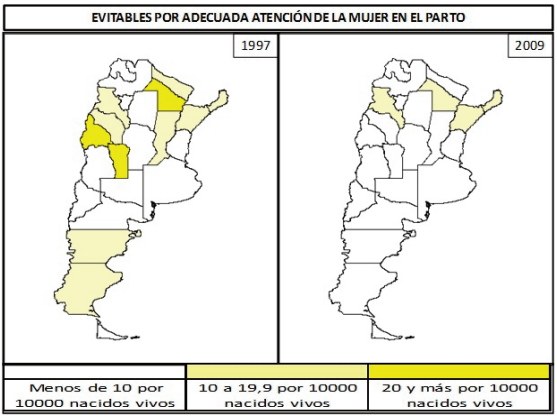
En cuanto a las DI ocurridas por falta de diagnóstico y tratamiento oportuno o por medidas insuficientes o inapropiadas de promoción a la salud, se observan importantes avances prácticamente en todos los casos. Ello implica que se manifesta una tendencia general a reducir los niveles de mortalidad evitable asociado a estos criterios (Mapa 3).

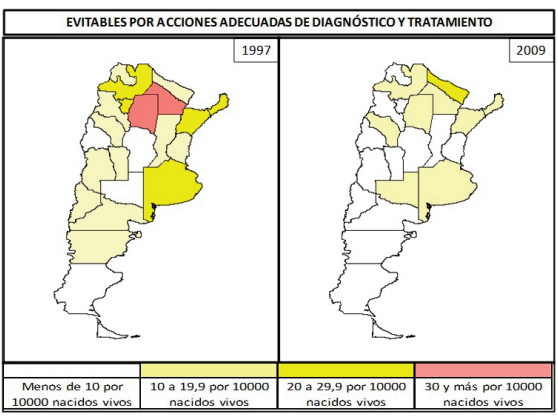
Mapa 3. Argentina. TMIE por criterios de evitabilidad a nivel de provincias (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009

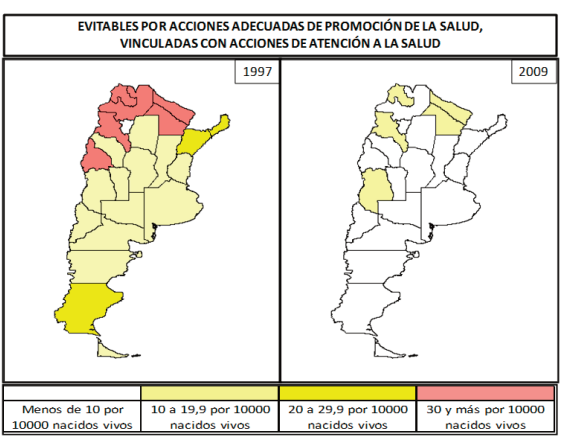




Nota: Dada su escasa participación en el total de las DIE se omite el mapa de la TMIE por acciones de inmuno-prevención. Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo tablas 5, 8, 10 y 11*.


EVITABLES POR ADECUADA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PARTO
1997
2009
Menos de 10 por 10000 nacidos vivos
10 a 19,9 por 10000 nacidos vivos
20 y más por 10000 nacidos vivos


EVITABLES POR ACCIONES ADECUADAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
1997
2009
Menos de 10 por 10000 nacidos vivos
10 a 19,9 por 10000 nacidos vivos
20 a 29,9 por 10000 nacidos vivos
30 y más por 10000 nacidos vivos


EVITABLES POR ACCIONES ADECUADAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, VINCULADAS CON ACCIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD
1997
2009
Menos de 10 por 10000 nacidos vivos
10 a 19,9 por 10000 nacidos vivos
20 a 29,9 por 10000 nacidos vivos
30 y más por 10000 nacidos vivos

Las diferencias halladas entre las distintas provincias se sintetizan en la Tabla 15, que resume las brechas absolutas y relativas y el CG según los distintos criterios de evitabilidad para los años estudiados. Una primera lectura permite inferir que, a medida que se profundiza el análisis de la MI –al considerar, en este caso, cada una de las categorías que conforman las muertes evitables–, aumenta el grado de desigualdad entre las jurisdicciones.

Salvo las DI asociadas al inadecuado diagnóstico y tratamiento, las brechas absolutas experimentan un descenso entre 1997 y 2009, aunque insuficiente para proyectar el cumplimiento de la meta establecida en el PA de la CIPD. La excepción la constituye el caso de las DIE mediante acciones adecuadas de promoción de la salud, en donde las diferencias se reducen el 68,7% y superan, en consecuencia, el 60% requerido.[75] Diferente es la conclusión que se obtiene al analizar la situación del país frente el cumplimiento de la meta establecida a nivel nacional en el marco de los ODM.[76]Al respecto, siempre que la brecha manifiesta una caída, el país consigue alcanzar dicha meta, al exceder el 4,8% previsto en la misma (Tabla 15).[77]

No obstante la lectura que se hace de las brechas absolutas, cabe destacar el drástico incremento que sufren las brechas relativas. La importancia de este comportamiento radica en el hecho de que, más allá de revelar la imposibilidad concreta de conseguir las metas establecidas en las conferencias, refleja un incumplimiento de los principios del EBDH, y por ende, un impedimento para el pleno ejercicio de los derechos a la salud y a la vida, lo cual resulta inaceptable para un país que se compromete, mediante su adhesión a la CDN, a respetar, proteger y garantizar

[75] Cabe recordar, nuevamente, el supuesto de reducción esperada anual proporcional planteado en el Capítulo 4.

[76] Ver Nota 79.

[77] En efecto, en el periodo señalado, dentro de los restantes criterios cuyas brechas absolutas logran reducirse, aquella asociada a las DIE por adecuada atención de la mujer en el embarazo disminuye un 17,1%, la vinculada con DIE por inadecuada atención de la mujer en el embarazo se reduce a un 24,1% y la ligada a las muertes evitables por la adecuada atención al recién nacido registra un descenso equivalente al 23,6%.

todos los derechos consagrados en su texto. Un ejemplo de ello lo configura la brecha relativa para la distribución de las muertes evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo, puesto que, en 1997, por cada niño que fallece en la provincia de Córdoba debido a las causas comprendidas dentro de este criterio, 10 fallecen en Catamarca. Contrario a lo que promueve desde el marco de los DDHH, en 2009, las diferencias se agudizan, ya que por cada niño que fallece en San Luis debido a la falta de cuidados apropiados a las madres antes del parto, aproximadamente 44 mueren en Tucumán (Tabla 15).

En correspondencia con los valores obtenidos al calcular las brechas relativas, el CG manifiesta un aumento en todos los casos entre los años considerados (Tabla 15).

Las conclusiones obtenidas en el presente capítulo sugieren avanzar en el análisis de la estructura de la mortalidad evitable e indagar en la composición interna de los distintos criterios establecidos en función de la clasificación seleccionada. Dicha cuestión es abordada en el Capítulo 7, destinado a tratar las causas de MI más frecuentes con posibilidad de ser impedidas.

Tabla 15. Diferencias de la MI y MIE a nivel de provincias según criterios de evitabilidad seleccionados. Años 1997 y 2009

Año	Criterio de evitabilidad	Provincia de mayor MI	Provincia de menor MI	Diferencia absoluta	Diferencia relativa	CG
1997 2009	Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	70,5 (Catamarca) 53,9 (Tucumán)	6,9 (Córdoba) 1,2 (San Luis)	63,6 52,7	10,19 43,88	0,236 0,3
1997 2009	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	27,5 (San Juan) 18,2 (Corrientes)	4,7 (Tierra del Fuego) 0,8 (Río Negro)	22,8 17,3	5,89 21,38	0,19 0,268
1997 2009	Evitables por adecuada atención en el recién nacido	102 (Formosa) 66,8 (Formosa)	18,5 (Neuquén) 3 (Chubut)	83,5 63,8	5,51 22,1	0,143 0,183
1997 2009	Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	34,4 (Chaco) 35,9 (Formosa)	4,4 (Santa Cruz) 0 (Tierra del Fuego)	30 35,9	7,75 -	0,222 0,29
1997 2009	Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones de atención a la salud	64,2 (Formosa) 19,2 (Formosa)	2,7 (CABA) 0 (Tierra del Fuego)	61,4 19,2	23,37 -	0,319 0,331

Nota: Dada su escasa participación en el total de las DIE, se omite el cálculo de las diferencias en la distribución de las muertes ligadas a acciones inadecuadas de inmuno-prevención. Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo tablas 5, 8, 10 y 11*.

Capítulo 7

Los resultados exhibidos en el capítulo anterior acusan una elevada participación de las DIE en el total de DI que se registran en Argentina. Resulta alarmante, a su vez, que las brechas en el nivel de la MI observadas entre regiones y provincias se amplifiquen cuando se consideran sólo las muertes evitables. Ello sugiere profundizar el análisis al interior de las DI agrupadas dentro de cada criterio de evitabilidad, de modo de detectar las causas más frecuentes de mortalidad susceptible de ser impedida y asociarlas a las medidas sobre las cuales el Estado debiera destinar mayores recursos para contrarrestar su ocurrencia.

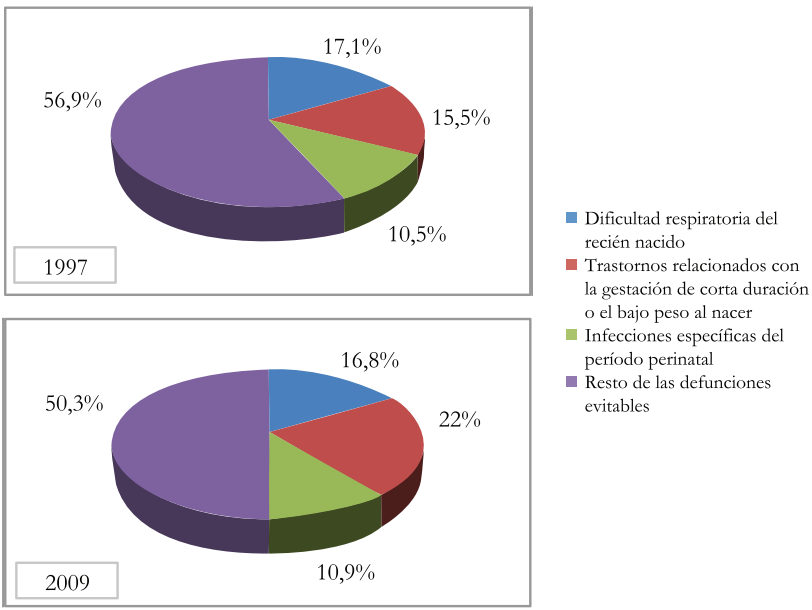
El Gráfico 14 presenta la distribución porcentual de las DIE según causas para los años 1997 y 2009. Al respecto, en 1997, la insuficiencia respiratoria (reducible con una atención adecuada al recién nacido) configura la causa más frecuente de defunción evitable en el país (17,1%), seguida de los trastornos relacionados con la gestación de corta duración o el bajo peso al nacer, causa contrarrestable mediante una atención adecuada de la mujer en el embarazo (15,5%). Ocupan el tercer lugar, las DI atribuidas a infecciones específicas del periodo perinatal (también reducibles mediante una atención apropiada al recién nacido). Estas últimas se registran en el 10,5% de los casos. El 56,9% restante de las muertes evitables se distribuye entre las demás causas.

En 2009, la estructura de la mortalidad por causas experimenta algunas modificaciones ya que, en conjunto, las tres causas más frecuentes registradas en 1997 aumentan su contribución en el total de las DIE, al implicar el 47,7% de los casos, en lugar del 44,1% contabilizado al inicio del periodo considerado. Asimismo, las muertes relacionadas con la prematurez o el bajo peso al nacer alcanzan el primer lugar en la distribución (éstas representan el 22% de los casos), seguidas de las vinculadas con trastornos respiratorios (16,8%). Por su parte, las DI originadas en infecciones específicas del periodo perinatal[78] permanecen en tercer lugar, aun-

[78] Las infecciones específicas del periodo perinatal contemplan ciertas enfermedades vi-

que incrementan levemente su participación en el total de las muertes evitables (al pasar de 10,5% a 10,9%) (Gráfico 14).

Gráfico 14. Argentina. Distribución de las DIE por causas (en porcentajes). Años 1997 y 2009



Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo Tabla 12*.

rales congénitas, la sepsis bacteriana del recién nacido, la onfalitis del recién nacido (con o sin hemorragia leve) y otras infecciones específicas que tienen lugar durante esta etapa de la vida del niño.

De acuerdo a la CIE 10, el periodo perinatal comienza cuando se completa la 22ª semana de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos) y finaliza a los 7 días posteriores al nacimiento (DEIS, 2010: 121).

No obstante la definición presentada, cabe recordar, de acuerdo a los objetivos trazados en la presente investigación, que los valores exhibidos en este capítulo contemplan únicamente las muertes que tienen lugar una vez sucedido el nacimiento.

Respecto de los valores de la TMIE asociados a las tres causas mencionadas, estos experimentan una caída entre los años estudiados. En este sentido, la tasa asociada a las dificultades respiratorias del recién nacido desciende un 42,2%, al pasar de 20,6 a 11,9 por 10.000 NV.

Por su parte, la tasa referida a los trastornos relacionados con la gestación de corta duración o el bajo peso al nacer se reduce a un ritmo menos acelerado (17%, al pasar de 18,8 a 15,6 por 10.000 NV), lo que incide directamente en la posición relativa que ocupa la causa en cuestión en la estructura de mortalidad por causas al final del periodo considerado.

Finalmente, la tasa vinculada con las infecciones específicas que tienen lugar durante el periodo perinatal decrece un 38,9% (al disminuir de 12,6 a 7,7 por 10.000 NV).

Más allá de los progresos registrados, la realidad estudiada continúa acusando la necesidad de que el Estado redoble los esfuerzos para alcanzar la plena realización de los DDHH tanto del niño como de su hogar de pertenencia, comenzando por fortalecer las capacidades de las madres para brindar la protección y el cuidado especial requeridos desde el momento de la concepción. Al mismo tiempo, queda en evidencia la necesidad de reforzar el sistema de salud para que los niños reciban las atenciones que demandan a partir del instante en que nacen.

Al interior del país, se observa que las tasas estudiadas no describen una tendencia homogénea sino que, por el contrario, acusan, en ocasiones, situaciones de retroceso en materia de DDHH. En el caso de las DI atribuidas a *dificultades respiratorias del recién nacido*, la mayor parte de las provincias logra reducir con éxito la tasa específica por esta causa entre 1997 y 2009. La excepción la constituyen las jurisdicciones de Chaco, Jujuy, La Pampa, Neuquén y San Luis, las cuales, contrariamente a los principios incluidos dentro del EBDH, incrementan sus niveles de mortalidad para este grupo en particular (Tabla 16).

Complementariamente, los valores presentados en el Mapa 4 para esta causa específica indican que, en 1997, las provincias de Catamarca, Formosa y Corrientes conforman las jurisdicciones con mayores TMIE. Seguidamente, se encuentran algunas provincias que integran la región Centro, en tanto que el área Sur exhibe los menores niveles de mortalidad en este sen-

tido. Adicionalmente, en 2009, se destacan las provincias de la región Noreste, conjuntamente con San Luis en Cuyo, por constituir las jurisdicciones más afectadas en lo concerniente a las mencionadas dificultades (Mapa 4).

Respecto de las diferencias en la distribución provincial de las DIE atribuidas a la causas comentadas y su evolución entre los años bajo estudio, es posible distinguir que la brecha absoluta manifiesta un descenso aproximado de 20 puntos porcentuales (al pasar de 50,1 a 40,2 por 10.000 NV). Dicho descenso, si bien resulta insuficiente para estimar la consecución de la meta propuesta para el año 2010 en el PA de la CIPD (conforme a la cual, bajo el supuesto de proporcionalidad explicitado en el Capítulo 4, la brecha debiera reducirse el 60%), permite inferir el alcance de la meta establecida a nivel nacional a partir de la adhesión de Argentina a los ODM (la cual, bajo el mismo supuesto, requiere una reducción de tan sólo el 4,8% en el valor de la tasa) (Tabla 17).

En cuanto a los valores de la brecha relativa y el CG, estos experimentan un aumento entre los años analizados, lo que indica que las disparidades, más que reducirse, sufren un drástico incremento en el tiempo. En este sentido, mientras que, en 1997, por cada niño que muere en Neuquén debido a dificultades respiratorias, 57 mueren en Formosa; en 2009, por cada niño que muere en Salta por esta causa, 102 mueren en San Luis. Además, el Coeficiente de Gini aumenta alrededor del 50% entre los años estudiados, al pasar de 0,203 a 0,308 (Tabla 17).

Con relación al nivel de DI debidas a *trastornos relacionados con la gestación de corta duración o el bajo peso al nacer* a nivel de provincias, si bien más de la mitad de las jurisdicciones consigue disminuir la TMI asociada a esta causa, una proporción considerable de ellas evidencia signos de retroceso, al aumentar el nivel de DI vinculado a la misma (Buenos Aires, Córdoba, Chubut, La Rioja, Río Negro, Salta, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán). Asimismo, se destaca el caso de la provincia de San Luis ya que, en el año 2009, no contabiliza muertes relacionadas con los mencionados trastornos (Tabla 16).

A su vez, el Mapa 4 ilustra que, en 1997, las provincias del Noroeste (con excepción de Santiago del Estero) y parte de la región Sur (concretamente Nequén, Chubut y Santa Cruz) constituyen las áreas territoriales vulnerables en lo que concierne a la ocurrencia de DI relacionadas con

problemas ligados a la prematurez y al bajo peso al nacer. Esta realidad se ve sustancialmente modificada en 2009 en el caso de la última de las regiones mencionadas, en donde, salvo la provincia de Chubut, las tasas consiguen reducirse de manera considerable. No ocurre lo mismo con las jurisdicciones del Noroeste, puesto que en dicho año registran los mayores TMIE por esta causa específica.

En estrecha vinculación con la evolución de las disparidades, la brecha absoluta consigue experimentar un descenso cercano al 15% entre 1997 y 2009 (al pasar de 63 a 53,6 por 10.000 NV). Esta situación le permite superar la meta nacional en el marco de los ODM aunque sin llegar a alcanzar la estipulada en el PA de la CIPD.[79] El CG, en cambio, manifiesta un aumento entre los mismos años (al variar de 0,310 a 0,339), lo que se traduce en un incremento de la desigualdad, contrario a lo que plantean los DDHH.

Por su parte, la TMI vinculada a *infecciones específicas del periodo perinatal* asume distintos valores, según la provincia de residencia. Se observa que, entre 1997 y 2009, tres provincias del Noroeste (Catamarca, Jujuy y Santiago del Estero) conjuntamente con La Pampa, incrementan considerablemente los niveles de DI debido a infecciones de este tipo, situación que acusa nuevamente una posición contraria a los DDHH. En el otro extremo, se destacan Chubut y San Luis, cuyas tasas de mortalidad logran descender el 100%, y Tierra del Fuego, porque no registra DI específicas por esta causa en ninguno de los años considerados (Tabla 16).

Más allá de lo anterior, el Mapa 4 exhibe que las TMI debidas a la causa en cuestión resultan relativamente homogéneas, destacándose, en 1997, las provincias de Chaco y Corrientes por presentar valores significativamente superiores al resto. En 2009, Corrientes logra equiparar su tasa al resto del país, en tanto que en Chaco la misma permanece constante.

Finalmente, la brecha absoluta asociada a la distribución de las defunciones por la citada causa tiende a reducirse entre 1997 y 2009 (al pasar de 31 a 26,7 por 10.000 NV). Al igual que con las causas analizadas anteriormente, esta caída en el valor del indicador cercana al 14% posibilita inferir

[79] Las cuales, cabe recordar, requieren un descenso del 4,8% y del 60% entre 1997 y 2009, conforme al supuesto de reducción anual proporcional trazado en el Capítulo 4.

el alcance de la meta nacional de acuerdo a los ODM, aunque no permite concluir la consecución de la trazada en función de la CIPD.[80] Por otro lado, el CG experimenta un incremento entre los años estudiados (al pasar de 0,246 a 0,303). Ello implica que, si bien los extremos de la distribución se acercan (señalando una aparente disminución de las disparidades), al considerar el conjunto de todas las provincias, la desigualdad se agudiza.

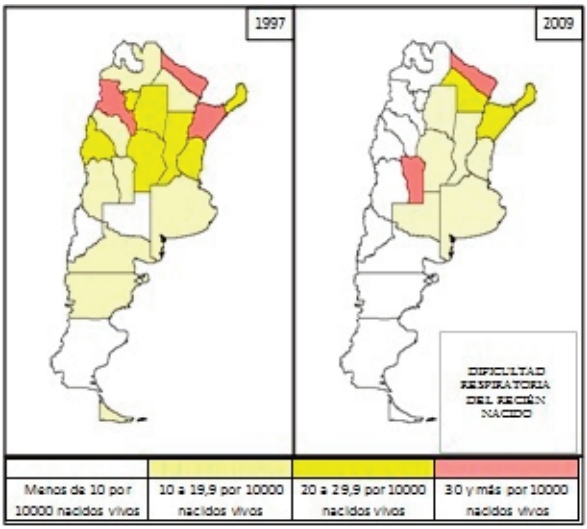
Tabla 16. Argentina. TMIE por causas seleccionadas (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009. Variación 1997-2009 (en porcentajes)

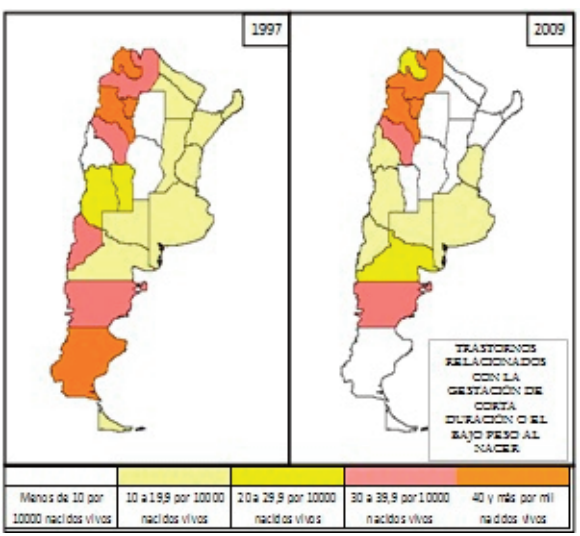
	Dificultad respiratoria del recién nacido			Trastornos relacionados con la gestación de corta duración o el bajo peso al nacer			Infecciones específicas del periodo perinatal		
Provincia	1997	2009	Variación 1997-2009	1997	2009	Variación 1997-2009	1997	2009	Variación 1997-2009
CABA	13,7	6,1	55,9	27,2	13,4	50,6	4,7	2,7	43,3
Buenos Aires	18,4	10,6	42,5	15	15,8	-5	14,1	9,2	34,7
Catamarca	30,8	4,4	85,8	66,6	50,9	23,6	2,6	10,2	-297,2
Córdoba	29,3	17,9	38,8	3,7	5,5	-46,6	7,3	5,6	22,6
Corrientes	40,6	22,1	45,6	14,9	5,9	60,3	31	12,3	60,4
Chaco	17	28,6	-68	17,4	1,4	92,1	27,4	26,7	2,4
Chubut	11,4	1	91,2	35,3	38,3	-8,4	13,7	0	-100
Entre Ríos	28,5	15,7	44,8	16	10,8	32,5	17,3	9	48
Formosa	51	39,3	23	12,3	3,3	72,9	14	7,5	46,2
Jujuy	5,7	7,6	-31,7	61,7	20,4	66,9	3,6	9,1	-152,8
La Pampa	9,9	14,6	-46,7	19,9	18,2	8,3	9,9	12,7	-28,3
La Rioja	16,7	6,4	61,5	30,3	38,5	-26,9	18,2	4,8	73,6
Mendoza	13,5	7	48,6	20,3	11,3	44,3	6,8	0,3	95,7
Misiones	26,9	22	18,4	13,7	6,9	49,2	14,5	5	65,4
Neuquén	0,9	5,2	-456,9	36,1	11,2	69,1	6,5	1,7	73,5
Río Negro	15,8	1,7	89,2	11,6	21,2	-82,5	6,6	4,2	36,1
Salta	12,7	0,4	97	30,4	40,2	-32,3	19,6	2,3	88,3
San Juan	26	4,8	81,5	8,9	10,3	-15,9	13,4	10,3	22,7
San Luis	16,2	40,6	-151,2	29,8	0	100	11,2	0	100
Santa Cruz	8,9	8,6	3	48,8	3,4	92,9	6,7	5,2	22,4
Santa Fe	23,1	11,3	50,9	11,6	9,7	16,9	8,6	5,2	39,7
Santiago del Estero	20,5	11,5	43,9	3,6	8,9	-145,4	9,1	17,3	-90,6
Tucumán	25,8	5,6	78,3	40,9	53,6	-31,1	11	8,1	27,1
Tierra del Fuego	14	3,8	72,7	18,7	3,8	79,6	-	-	-

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo tablas 5 y 13.*

[80] Ver Nota 79.

Mapa 4. Argentina. TMI por causas seleccionadas (por 10.000 NV). Años 1997 y 2009





Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo tablas 5 y 13.*

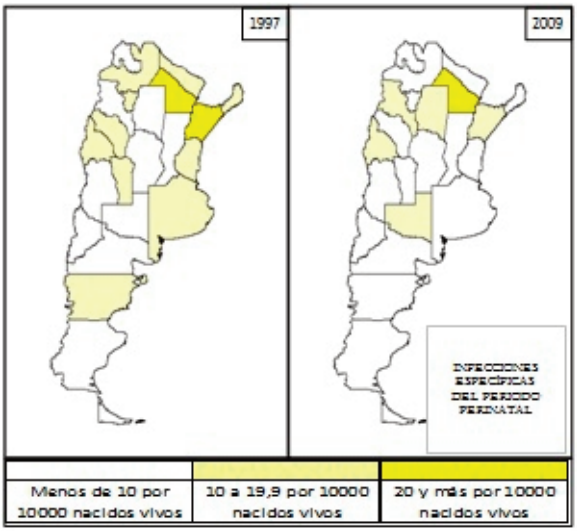


Tabla 17. Diferencias de la MIE por causas seleccionadas a nivel de provincias. Años 1997 y 2009.

Año	Provincia de mayor MI	Provincia de menor MI	Diferencia absoluta	Diferencia relativa	CG
Dificultad respiratoria del recién nacido					
1997 2009	51 (Formosa) 40,6 (San Luis)	0,9 (Neuquén) 0,4 (Salta)	50,1 40,2	56,67 101,5	0,203 0,308
Trastornos relacionados con la gestación de corta duración o el bajo peso al nacer					
1997 2009	66,6 (Catamarca) 53,6 (Tucumán)	3,6 (S. del Estero) - (San Luis)	63 53,6	18,5 -	0,31 0,339
Infecciones específicas del periodo perinatal					
1997 2009	31 (Corrientes) 26,7 (Chaco)	0 (Tierra del Fuego) 0 (Tierra del Fuego)	31 26,7	- -	0,246 0,303

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS. *Ver Anexo tablas 5 y 13.*

Conclusiones

Por su falta de madurez, los niños constituyen un colectivo particularmente vulnerable. Cuando a esta condición especial se le adicionan factores extrínsecos que promueven la marginalidad y la exclusión, la vulnerabilidad se potencia. Es por ello que la comunidad internacional, en virtud de procurar el cuidado y la atención necesarios que los niños requieren, ha puesto en marcha una serie de actividades, entre ellas la creación de instrumentos de DDHH, tales como la CDN.

Entre las complejas problemáticas que atentan contra la plena realización de los DDHH, la MI emerge como una de las principales. Por este motivo, la CDN compromete a los Estados que adhieren a ella a llevar a cabo todas las medidas necesarias para su efectiva reducción. Dicha intención es reforzada más adelante, en distintas conferencias internacionales que, con base en los derechos reconocidos en el texto de la Convención, avanzan con respecto a los enunciados de la misma, al establecer metas concretas relativas a su descenso. Entre ellas: la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de 1990, la CIPD de 1994, la Cumbre del Milenio de 2000 y la Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002.

En las mencionadas conferencias se reconocen tanto la importancia de la disminución de la MI como la relevancia que presenta en este sentido la cuestión de la equidad: si la salud y la vida son derechos universalmente reconocidos y demandados, 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.

En Argentina, que adhiere tanto a la CDN como a las posteriores conferencias, las tendencias de la MI sugieren importantes avances desde la década de 1990, puesto que efectivamente y en correlato con la etapa de la transición demográfica por la cual el país está atravesando, se han logrado reducir considerablemente los niveles de la misma. Sin embargo, si la lectura se realiza desde la perspectiva de los DDHH, los progresos alcanzados se tornan relativos.

Se dijo que el EBDH, herramienta esencial para los países que buscan el desarrollo conjuntamente con la promoción de los DDHH, sintetiza los principios fundamentales de dichos derechos, de los cuales, en el presente trabajo se destacaron tres: *el estado como principal titular de obligaciones*, *el avance y la no retrocesión* y *la igualdad y la no discriminación.* Con respecto al primero de ellos, puede inferirse que el país, con la simple adhesión a la CDN y a las posteriores conferencias basadas en los DDHH, manifiesta su reconocimiento como responsable de tales obligaciones. Al mismo tiempo, puede decirse que ha realizado importantes acciones para lograr la reducción de la mortalidad en el primer año de vida, aún en contextos de crisis socioeconómicas.

En cuanto al segundo de los principios, podría decirse que Argentina lo está respetando. Sin embargo, esta afirmación se relativiza al considerar, al menos, dos razones: una de ellas es que el ritmo en el que se ha producido el descenso de la MI no sería suficiente para alcanzar en el tiempo previsto los valores comprometidos ante la comunidad internacional (metas); lo que implica un primer desafío que consiste en acelerar la caída de las tasas respectivas. La otra, se relaciona con el tercero de los principios: no sólo porque se observan en el país importantes brechas entre sectores geográficos (cuya magnitud de reducción, en ocasiones, no permite, ni siquiera, el alcance de la meta de equidad establecida a nivel nacional, menos exigente con relación a las fijadas internacionalmente), sino porque además, en algunos casos, no existen indicios de que las mismas logren estrecharse con el transcurso del tiempo. Un ejemplo de esto último lo configura la tendencia de la brecha relativa a nivel de regiones que manifiesta un incremento entre 1990 y 2000 (cuando pasa de 1,59 a 1,68) y vuelve a experimentar un aumento en el año 2009, al asumir un valor igual a 1,74. Si el indicador se analiza a escala provincial, se observa que las disparidades se acentúan, ya que para esta unidad de desagregación territorial, la brecha relativa en el nivel de la MI equivale a 2,13, 3,23 y 4,46 en los años 1990, 2000 y 2009, respectivamente.

Las conclusiones anteriores se tornan aún más preocupantes, si el análisis se realiza teniendo en cuenta únicamente las muertes evitables (que son las que efectivamente comprometen los derechos del niño y, que en

el caso de Argentina, cuentan con gran participación el total de las DI registradas cada año), donde los progresos alcanzados son menos evidentes. En este sentido, a pesar de que la tendencia de la MIE ha acompañado el descenso del nivel de la MI en general, existen evidencias de un incremento de las brechas, lo que se traduce en un grave retroceso en materia de DDHH y exige mayores esfuerzos destinados a revertirlo.

Retomando el ejemplo de la brecha relativa entre regiones, si se consideran en particular las muertes evitables, el indicador aumenta de 1,92 a 2,04 entre 1997 y 2000, en tanto que para 2009, desciende solamente 0,02 puntos con respecto al comienzo del siglo XXI, al ser igual a 2,02. Por otra parte, una vez más las disparidades encontradas entre provincias adquieren notablemente mayor dimensión con respecto a las cuantificadas a nivel regional, y con relación a las que consideran la totalidad de las DI (independientemente éstas sean, o no, evitables), al asumir la brecha relativa los valores 3,15, 5,68 y 12,11, respectivamente, según se trate de los años 1997, 2000 ó 2009.

En cuanto a la estructura por causas de las muertes evitables, ésta denota que aquellas DI relacionadas con la atención de la mujer durante el embarazo (en particular, las que se refieren a cuestiones ligadas a la prematurez o el bajo peso al nacer) y del niño recién nacido (entre las que se destacan las vinculadas con las dificultades respiratorias y ciertas enfermedades infecciosas específicas del periodo perinatal) son las de mayor prevalencia. Al mismo tiempo, las tasas específicas asociadas a dichas causas registran menor descenso que las restantes categorías en el periodo 1997-2009. Esto último, que implica un incremento de su participación relativa en el total de las muertes evitables, podría estar asociado a razones de diversa índole (mayor facilidad/dificultad para acceder a recursos específicos, interés especial por mitigar ciertas patologías, insuficiente información para la toma de decisiones, falta de conocimiento cabal de algunas problemáticas, etcétera).

Asimismo, la distribución en el territorio de las muertes evitables vinculadas a la inadecuada (o insuficiente) prestación de medidas relacionadas con el cuidado del niño desde la concepción en el seno materno y durante los días inmediatamente posteriores al nacimiento señala marcadas dife-

rencias entre áreas geográficas. Las mismas acusan, incluso, mayores niveles de desigualdad, comparados con los que se obtienen si se considera la totalidad de muertes infantiles o bien, aquellas que, independientemente del criterio al cual hacen referencia, se clasifican como evitables.

La gravedad de las disparidades observadas en la MI (las que se agudizan cuando se consideran solamente las DIE) radica en que éstas reflejan inequidades en la vida que no se limitan exclusivamente al ámbito de la salud. En efecto, la salud de un niño no depende sólo de las herramientas que el Estado pone a su disposición para su cuidado, y el correspondiente tratamiento en caso de enfermedad, sino que, además es consecuencia de las condiciones de vida tanto de él como de su familia, las cuales pueden llegar incluso, a condicionar el uso de los servicios de salud, aún cuando estos se encuentran disponibles.

En este contexto, los resultados sugieren que Argentina debe procurar reducir otra brecha: la que existe entre las *intenciones* (que se reflejan en la legislación del país y la adhesión a compromisos internacionales) y las *acciones* que el mismo lleva a cabo y sus logros efectivos. Esto constituye un desafío que demanda la implementación de estrategias mancomunadas e intersectoriales que prioricen a las familias más pobres y vulnerables mediante la adecuada selección de políticas públicas y sociales. En otros términos, la debida protección del niño por nacer y del recién nacido, corroboran las responsabilidades del Estado en relación directa con la atención de la madre y de la familia como núcleo de contención del niño. Por ello, centrar la atención en esta última constituye una exigencia y un imperativo para la planificación e implementación de políticas públicas destinadas a promover la protección del derecho a la vida y avanzar en el ejercicio de los derechos enunciados en la CDN.

Con referencia a las intenciones, Argentina ha suscripto a la mayoría de los tratados internacionales de DDHH y ha desarrollado marcos legales que incorporan el enfoque de derechos incluyendo su garantía y exigibilidad. Sin embargo, todavía son insuficientes los esfuerzos para 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 gene-

raciones futuras. Es importante resaltar que estas acciones requieren un fortalecimiento de las capacidades: por un lado, de todas las personas, particularmente de los grupos más desaventajados, de modo que puedan ejercer mayor control sobre los factores que determinan su salud; y por el otro, del Estado como principal titular de obligaciones.

Asimismo, se debe reconocer que existen serias limitaciones para llevar a la práctica estas acciones. La falta casi generalizada de información relativa a la situación de salud de sectores más carenciados (y aquella referida a otros agregados tales como el grupo étnico, la máxima educación alcanzada por la madre y la condición de residencia urbana o rural) sumada a la escasa disponibilidad de recursos económicos y de personal capacitado, constituyen un contexto complejo a la hora de definir políticas que contribuyan a la concreta reducción de la MI y a evaluar los resultados.

En estrecha vinculación con lo anterior, se debe destacar el hecho de que no existe una metodología acordada para el monitoreo de los compromisos asumidos en materia de DDHH, lo que puede llevar a que un país –Argentina, en este caso– utilice la estrategia más conveniente para presentar sus informes ante la comunidad internacional y de esa manera obtener un *rótulo* que indique que cumple con los compromisos asumidos ante la misma. Lo más grave es que con ello se corre el riesgo de restarle importancia a una problemática tan grave como lo es la muerte evitable de un niño, lo que en definitiva constituye una de las máximas violaciones hacia los DDHH.

Los resultados presentados en este trabajo sugieren profundizar el estudio de ciertos temas, tales como el abordaje del resto de las causas evitables vinculadas a cada uno de los tipos de medidas destinadas a contrarrestarlas (incluso en unidades territoriales más desagregadas) o de los motivos por los cuales las personas, aún cuando tienen a su disposición los servicios de salud, no acceden a los mismos. Indagar acerca de estas cuestiones, aporta no sólo al monitoreo del desempeño de los servicios sanitarios, sino también al diseño de políticas y programas eficaces, a fin de que los Estados puedan hacer un uso adecuado de los recursos.

Por último, no debe olvidarse que invertir en la niñez conlleva un doble significado: el de responsabilidad, porque la imposibilidad de que

un niño ejerza sus derechos impide el pleno desarrollo de sus capacidades, y el de oportunidad, porque, cuando un niño es debidamente protegido, se logran avances verdaderamente significativos y duraderos, susceptibles de beneficiar a toda la sociedad en su conjunto.

Bibliografía de referencia

ABRIATA, María y FANDIÑO, María. (2010) "Abordaje de la mortalidad infantil en Argentina desde la perspectiva de las desigualdades en salud." *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(2), p. 43-45.

ÁLVAREZ, María. (1998) *Mortalidad diferencial de los menores de un año, Argentina, 1980-1995*. Tesis de Maestría en Demografía. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba.

ÁLVAREZ, María y GONZÁLEZ, Leandro. (2007) *Curso de Mortalidad*. Notas de Cátedra de Mortalidad en el marco de la Maestría en Demografía. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba.

AUSBURGER, Ana, GALENDE, Silvina, GERLERO, Sandra Y MOYANO, Cecilia. (2006) "Mortalidad infantil y condiciones de vida. La producción de información epidemiológica como aporte al proceso político de descentralización municipal en Rosario (Argentina)." *KAIROS*, *Revista de Temas Sociales*, Año 10. Nº 18. Disponible en: http://www.revistakairos.org/k18-archivos/Mortalidad%20infantil.pdf. Fecha de consulta: 19/10/2011.

BEHM, Hugo y MAGUID, Alicia. (1978) *La mortalidad en los primeros años de vida en países de América Latina. Argentina 1966-67*. San José de Costa Rica: CELADE.

BID/CEPAL/CELADE. (2000) *La transición demográfica en América Latina*. Disponible en: http://www.eclac.org/Celade/SitDem/DE_SitDemTransDemDoc00e.html. Fecha de consulta: 22/09/2009.

BOLSI, Alfredo, LONGUI, Fernando y PAOLASSO, Pablo. (2009) "Pobreza y moralidad infantil en el Norte Grande Argentino. Un aporte para la formulación de políticas públicas." *Cuadernos Geográficos* Nº 45, p. 231-261.

BOSSIO, Juan y ARIAS, Sergio. (2001) "Mortalidad infantil en Argentina, Resumen de la situación, 1999. Informe de: Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Carlos G. Malbrán', Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni.'" *Archivos Argentinos de Pediatría*, 99(6), p. 547-553.

BUCHBINDER, Marcos. (2008) "Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal." *Archivos Argentinos de Pediatría*, 106(3), p. 212-218.

CARVALHO MALTA, Deborah; DUARTE, Elisabeth; FURQUIM DE ALMEIDA, Márcia; SALLES DIAS, Maria; DE MORAIS NETO, Otaliba; DE MOURA, Lenildo; FERRAZ, Walter y MARINHO DE SOUZA, Maria. (2007) "Lista de causas de muertes evitables por intervenciones del Sistema Único de Salud de Brasil." *Epidemiol. Serv. Saúde*, 16(4), p. 233-244.

CARVALHO MALTA, Deborah y DUARTE, Elisabeth. (2007), "Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura." *Ciência e Saúde Coletiva*, (12)3, p. 765-776.

CCPS (2010) *Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010*. Buenos Aires, Argentina.

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

CELADE/CEPAL (2010) *Mortalidad. Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe N° 9*. Santiago de Chile.

_____, (2009) *Proyección de población. Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe N° 7*. Santiago de Chile.

_____, (2007) *Mortalidad. Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe N° 4*. Santiago de Chile.

_____, (2005) "Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe." *Serie Población y Desarrollo* N° 58. Santiago de Chile.

_____, (s.f.a) Base de datos de estimaciones y proyecciones de población vigentes en el CELADE, Revisión 2008. Disponible en: www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm. Fecha de consulta: 19/08/2010.

_____, (s.f.b) Migración Internacional y Desarrollo. Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica (IMILA). Disponible en: www.eclac.cl/cgi-bin/getprod.asp?xml=/celade/noticias/paginas/5/ 5455/P5455.xml&xsl=/celade/tpl/p18f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_mig.xsl. Fecha de consulta: 19/09/2011.

CELADE/UNICEF (2011) *Mortalidad en la niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960*. Santiago de Chile.

_____, (2007) "La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas." *Boletín Desafíos N° 6*.

CELTON, Dora y RIBOTTA, Bruno. (2005) *La mortalidad infantil en Argentina: diferenciales y perspectivas futuras*. Ampliación de la investigación presentada en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Caxambú-MG-Brasil, del 18-20 de setiembre de 2004 ("Las desigualdades regionales de la mortalidad infantil en la Argentina: Niveles y tendencias durante el siglo XX"). Trabajo presentado en las VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, realizadas en Tandil, del 12-18 de octubre de 2005.

_____, (2004) *Las desigualdades regionales de la mortalidad infantil en la Argentina: Niveles y tendencias durante el siglo XX*. Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Caxambú-MG-Brasil, del 18-20 de setiembre de 2004. Disponible en: http://www.alapop.org/2009/images/PDF/ALAP2004_390.PDF. Fecha de consulta: 16/10/2010.

CEPAL (2011) *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago de Chile. Fecha de consulta: 01/06/2011.

_____, (2007) *Panorama Social de América Latina 2006*. Santiago de Chile.

_____, (2006) *Panorama Social de América Latina 2005*. Santiago de Chile.

_____, (2005) *Panorama Social de América Latina 2005. Documento Informativo. Síntesis*. Santiago de Chile.

_____, (1996) *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*. Santiago de Chile. Disponible en: http://www.eclac.org/_vti_bin/shtml.dll/celade/publica/lcg1920e/LCG1920etodo.html/map. Fecha de consulta: 15/11/2008.

CEPAL/UNFPA/OPS (2010) *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. Santiago de Chile.

CHARLTON, J.; HARTLEY, R.; SILVER, R. y HOLLAND, W.

(1983) "Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales." *Lancet* 1 (8326 Pt 1), p. 691-696.

DEL POPOLO, Fabiana y OYARCE, Ana. (2005) "Población Indígena de América Latina: Perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y de las Metas del Milenio." *Notas de Población* N° 79, CELADE/CEPAL.

DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES. OFICINA DE ESTADÍSTICA DE LAS NACIONES UNIDAS. NACIONES UNIDAS (1974) "Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales." *Informes Estadísticos*, Serie M, Nro.19, Rev.1. Nueva York, EE.UU.

DEIS (2011) *Estadísticas Vitales. Información Básica 2010.* Bs As, Argentina.

_____, (2010) *Estadísticas Vitales. Información Básica 2009.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (2009) *Estadísticas Vitales. Información Básica 2008.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (2008) *Estadísticas Vitales. Información Básica 2007.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (2007) *Estadísticas Vitales. Información Básica 2006.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (2006) *Estadísticas Vitales. Información Básica 2005.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (2005) *Estadísticas Vitales. Información Básica 2004.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (2004) *Estadísticas Vitales. Información Básica 2003.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (2003) *Estadísticas Vitales. Información Básica 2002.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (2002) *Estadísticas Vitales. Información Básica 2001.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (2001) *Estadísticas Vitales. Información Básica 2000.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (2000) *Estadísticas Vitales. Información Básica 1999.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (1999) *Estadísticas Vitales. Información Básica 1998.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (1998) *Estadísticas Vitales. Información Básica 1997.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (1997) *Estadísticas Vitales. Información Básica 1996.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (1996) *Estadísticas Vitales. Información Básica 1995.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (1995) *Estadísticas Vitales. Información Básica 1994.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (1994a) *Estadísticas Vitales. Información Básica 1993.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (1994b) *Estadísticas Vitales. Información Básica 1992.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (1993) *Estadísticas Vitales. Información Básica 1991.* Buenos Aires, Argentina.

_____, (1992) *Estadísticas Vitales. Información Básica 1990.* Buenos Aires, Argentina.

ESCUDERO, José y MASSA, Cristina. (2006) "Cifras del retroceso: El deterioro relativo de la tasa de mortalidad infantil de Argentina en la segunda mitad del siglo XX."*Salud Colectiva* 2(3), p. 249-257.

FANTÍN, María. (2004) *La mortalidad infantil en relación con las condiciones socioeconómicas de la frontera Argentino-paraguaya*. Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Caxambú-MG-Brasil, del 18-20 de setiembre de 2004. Disponible en: http://www.alapop.org/2009/images/PDF/ALAP2004_283.PDF. Fecha de consulta: 23/05/2011. GISPERT, Rosa; BARÉS, María y PUIG-DEFÀBREGAS, Ann.a (2006) "La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España" *Gaceta Sanitaria* N° 20, p. 184-193.

GÓMEZ ARIAS, Rubén. (2008) "*La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia. 1985-2001*. Tesis de

doctorado. Revista Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquía, Colombia. Disponible en: http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/ investigaciones/tesis%20RDGomez.pdf. Fecha de consulta: 22/07/2010.

GÓMEZ ARIAS, Rubén; NOLASCO BONMATÍ, Andreu; PEREYRA ZAMORA, Pamela; ARIAS VALENCIA, Samuel; RODRÍGUEZ OSPINA, Fabio y AGUIRRE, Daniel. (2009) "Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia." *Rev. Panam. Salud Publica*, 26(5), p. 385-397.

GRALL, J.; MENTION, J.; CHEVRANT, O.; DELARUE, T. y DUBOIS, J. (1978) "A consideration of avoidable deaths'. A study on early neonatal mortality in Ille-et-Vilaine from 1972 to 1977." Traducción del autor. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 7(8), p. 1333-1350.

HARRINGTON, María. (2009) *Implicancias del ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS (EBDH) para el diseño, implementación y evaluación de Políticas Públicas*. Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de Ciencia Política - SAAP, Universidad Nacional del Litoral y Universidad Católica de Santa Fe.

HOLLAND, Walter (1988) *Atlas of avoidable death*. Commission of the European Health Services Research. Oxford: Oxford Press.

INDEC (1984) *La Pobreza en Argentina*. Serie Estudios INDEC N° 1. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

_____, (s.f.a) Definición de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Disponible en http://www.indec.mecon.ar/ (Sección Condiciones de Vida/Pobreza/Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)/Cuadro 1, Nota al pie). Fecha de consulta: 12/08/2009.

_____, (s.f.b) *El Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH). Nota metodológica*. Disponible en: http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/7/sesd-metod-ipmh.pdf. Fecha de consulta: 03/03/2011.

_____, (s.f.b) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados definitivos (parciales). Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/ . Fecha de consulta: 20/09/2011.

INE (2010) *Estadísticas Vitales, Informe Anual 2008*.

IIUSSP/CELADE (1985) *Diccionario Demográfico Multilingüe: versión en español*. Editor: Guillermo Macció, 2° edición. Ediciones Ordina.

KAEMPFFER, Ana y MEDINA, Ernesto. (2000) "Análisis de la mortalidad infantil y factores condicionantes. Chile 1998." *Revista Chilena de Pediatría*, 71(5), p. 405-412.

KLIKSBERG, Bernardo. (2005) "América Latina: La región más desigual de todas." *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XI (003), p. 411-421.

LANGER, Ana; BOBADILLA, José y SCHLAEPFER-PEDRAZZINI, Loraine. (1990) "Limitaciones de la mortalidad infantil como indicador de salud." *Salud Pública Mex.* N° 32, p. 467-473.

LEMBCKE, P. (1952) "Measuring the quality of medical care trough vital statistics based on hospital; service areas: comparative study of appendicectomy rates." *Am J Public Health* N° 42, p. 278.

LOMUTO, Celia. (2008) "Situación de la salud perinatal. República Argentina 2006." *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 27(3), p. 128-133.

MACKENBACH, Johan. (1990) "Regional differences in the frequency of various common surgical procedures, 1985." Traducción del autor. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 134(19), p. 953-957.

MACKENBACH; J.; LOOMAN, C. y KUNST, A. (1988) "Changes in mortality of diseases which have become partially preventable or treatable by medical care, 1950-1984." Traducción del autor. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 132(36), p. 1665-1669.

MAZZEO, Victoria. (2006) *La equidad en la salud-enfermedad de la primera infancia. Las políticas de salud y la capacidad resolutiva de los servicios en la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, FLACSO - Sede Académica Argentina. Disponible en: http://www.flacsoandes.org/bitstream/10469/1037/1/Tesis_Victoria_Mazzeo.pdf. Fecha de consulta: 01/06/2011.

MCMAHON, B.; PUGH, T. e IPSEN, J. (1960) *Epidemiology: principles and methods*. Boston: Little Brown.

MCKEOWN, Thomas (1982) *El papel de la medicina: sueño, espejismo o némesis*. México: Siglo XXI.

_____, (1971) "Medical issues in historical demography", en: Clark E. *Modern methods in the history of Medicine*. London: Athlone.

MÜLLER, María. (1984) *Mortalidad infantil y desigualdades sociales en Misiones*. Cuadernos del CENEP 25-26. Buenos Aires.

NACIONES UNIDAS (2006) *Preguntas frecuentes sobre el Enfoque de Derechos Humanos en la cooperación para el desarrollo*. Ginebra, Suiza.

_____, (2005) *Objetivos de desarrollo del Milenio: Una mirada desde América Latina y el Caribe*. Machinea, José, Bárcena, Alicia y León, Arturo (coordinadores). Santiago de Chile.

_____, (2003) *El Desarrollo Basado en un Enfoque de los Derechos Humanos: Hacia una Comprensión Colectiva entre las Agencias de las Naciones Unidas* (pp. 5). Documento de trabajo. Disponible en: http://www.undp.org/governance/docs/HR_Guides_CommonUnderstandin_Sp.pdf. Fecha de consulta: 09/06/2009.

_____, (2000a) *Declaración del Milenio*

_____, (2000b) *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/. Fecha de consulta: 04/07/2009.

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

_____, (1989) *Convención sobre los Derechos del Niño*.

_____, (1959) *Declaración sobre los Derechos del Niño*.

_____, (1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

_____, (s.f.) *Treaty colllection*. Disponible en: https://treaties.un.org. Fecha de consulta: 03/10/2010.

NYAMU-MUSEMBI, Celestine y CORNWALL, Andrea. (2004) *What is the "rights-based approach" all about? Perspectives from international development agencies*. Institute of Development Studies. Working Paper 234. Brighton, Inglaterra.

NOLTE, Ellen y MCKEE, Martin. (2004) *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. Londres: The Nuffield Trust.

OMS. *Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión (CIE 10)*.

OPS (2000) *Mortalidad infantil. Un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la Provincia de Buenos Aires en 1998*. Publicación N° 51, Buenos Aires, Argentina.

PAVEZ SOTO, Iskra. (2011) *Migración infantil: rupturas generacionales y de género. Las niñas peruanas en Barcelona y Santiago de Chile*. Tesis de Doctorado en Sociología. Universidad Autónoma de Barcelona. Disp. en: https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=23868. Fecha de consulta: 30/08/2011.

PNUD (2006) *Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Establecimiento de una relación*. Oslo. Disponible en: www.undp.org/oslocentre/docs08/mdg_spanish_web.pdf. Fecha de consulta: 03/10/2009.

PRIETO, Nancy. (2006) *Distribución de la mortalidad infantil en la provincia de Formosa, 2002-2004*. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2006. Resumen S-022. Disponible en: www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt2006/01-Sociales/2006-**S**-022.pdf. Fecha de consulta: 20/08/2011.

RANDOLPH, Theron. (2000) "The potential of midwives providing primary obstetric care to reduce perinatal deaths in a rural region." *Int. J. Gynaecol. Obstet.,* 70(3), p. 367-371.

ROYER, María y ARBITMAN, Julieta. (1997) "Mortalidad infantil evitable. Estudio de su ocurrencia en la ciudad de Buenos Aires y en los hospitales públicos. Año 1994." *Revista Médica Infantil*, 4(2), p. 82-87.

RUBIO, Ivonne; SANTORO, Anabella; ALBERTI, Marta; PIZORNO, Elina; FERÁNDEZ, Alicia; GUTIÉRREZ, Carmen; MONTANO, Alicia; FERRARI, Ana María; SILVA, Beatriz y HACKEMBRUCH, Cecilia. (2007) "Mortalidad evitable en pediatría. Un aporte a la planificación de la atención a la salud de los niños." *Revista Médica del Uruguay* N° 23, p. 145–152.

RUTSTEIN, D.; BERENGER, W.; CHALMERS, T.; CHILD, C.; FISHMAN, A. y PERRIN, E. (1976) "Measuring the quality of medical care: a clinical method." *The New England Journal of Medicine*, 294(11), p. 582-588.

SAMICO, Isabella; HARTZ, Zulmira; FELISBERTO, Eronildo y FRIAS, Paulo. (2002) "A sala de situações da unidade de saúde da família: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local." *Saúde em Debate*, 26(61), p. 236-244.

SANTILLAN PIZARRO, María y ROJAS CABRERA, Eleonora. (2011) "La reducción de la mortalidad infantil en Argentina, Brasil y Uruguay. Entre intenciones, logros y desafíos." *Población y Salud en Mesoamérica*, 8(2), artículo 2. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/revista/. Fecha de consulta: 23/01/2011.

SUÁREZ VARELA, María; LLOPIS GONZALEZ, Augustin y TEJERIZO PEREZ, María. "Variations in avoidable mortality in relation to health care resources and urbanization level." *Journal of Environmental Pathology, Toxicology and Oncology*, 15(2-4), p. 149-154.

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Clasificación Internacional de Enfermedades - 10ª Revisión. Disponible en: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf. Fecha de consulta: 15/05/2010.

TANG, Kam; PETRIE, Dennis y PRASADA RAO, Dasari. (2007), "Measuring health inequalities between genders and age groups with realization of potential life years (RePLY)." *Bulletin of the World Health Organization* N° 85, p. 681-687.

TAUCHER, Érica. (1978) "Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975." *Tendencias y causas*, Serie A, Número 162. Santiago de Chile: CELADE.

TOBIAS, Martin y JACKSON, Gary. (2001) "Avoidable mortality in New Zealand, 1981-1997." *Aust. N. Z. J .Public Health*, 25(1), p. 12-20.

TORRADO, Susana. (1986) *Salud-enfermedad en el primer año de vida, Rosario 1981-1982*, *Informe de Investigación 4*. Buenos Aires: CEUR.

TRIFIRÓ, María. (2007) *La mortalidad infantil en Argentina y Chile: comparación de su evolución desde 1950 y estado actual*. Trabajo presentado en las IX Jornadas de Estudios de Población, Huerta Grande, Córdoba, octubre 2007. Disponible en: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/biblioteca-virtual/aepa/Morbi-mortalidad.pdf. Fecha de consulta: 06/05/2009.

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

_____, (2006) *Estado Mundial de la Infancia 2006. Excluidos e invisibles*. Nueva York.

_____, (2002) *Un mundo apropiado para los niños y las niñas*. Nueva York.

_____, (1990a) *Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño.* Cumbre Mundial a favor de la infancia. Nueva York.

_____, (1990b) *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.

_____, (s.f.) *Convención sobre los Derechos del Niño*. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/crc/. Fecha de consulta: 15/03/2009.

VEGA, Andrea; TORCIDA, Sebastián y VELÁZQUEZ, Guillermo. (2006) "Análisis de la Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil de los Departamentos de Argentina, 1994-2003."*Salud Colectiva*, 2(3), p. 237-247.

VERGARA DUARTE, Montse; BENACH, Joan; MARTÍNEZ, José; BUXÓ PUJOLRÀS, Maria y YUTAKA, Yasui. (2009) "La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España." *Gaceta Sanitaria*, 23(1), p. 16-22.

Anexo

Tabla 1. Argentina. Grupos de causas de muertes evitables y no evitables

Grupo de causas	Códigos incluidos según CIE 10
DEFUNCIONES NEONATALES	
Evitables por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno en el embarazo	A33, A50, B20-B24, P00, P01 (excepto P017), P020, P04 (excepto P040), P05, P07 (excepto P072), P200, P22 (excepto P221), P360, P361, P364, P365, P368, P37 (excepto P375, P379), P398, P55 (excepto P551), P56, P700, P701
Evitables por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno en el parto	P017, P02 (excepto P020), P03, P040, P10-P15, P20 (excepto P200), P21, P24, P52, P545
Evitables por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno en el recién nacido	P38, P390, P391, P50, P51, P53, P54 (excepto P545, P546), P551, P570, P578, P58, P59, P60, P61, P70 (excepto P700, P701), P71, P72, P74, P76-P78, P80-P83 (excepto P830, P832, P839), Q250, Q400, Q41, Q42, Q43, Q44, Q45, R95
Otras evitables	A09, E44, E45, E46, G00, G03, J180, J189, J20-J22, J69, K419, K429, K439, K449, P221, P23, P25, P282, P283, P284, P285, P288, P293, P375, A00, A02, A05, A15, A16, A17, A39, A46, A51, A60, A85, A86, A87, A88, B00, B01, B05, B06, B15-B19, B34, B57, C44, C91, C92, C93, C94, C95, D00, D01, D21, D55, D58, D59, D64, D65-D69, E41, E43, E51, E52, E63, G40, G41, H66, J04, J06, I26, J10, J12, J13, J15, J182, J40, J45, J46, J81, J82, J90, J93, J95-J98, K20, K21, K22, K26, K450, K460, K52, K55, K56, K61, K62, K63, K65, K75, K90, L08, M00, M15-M19, M30-M36, M60-M63, M91-M93, N04, N10-N15, N34, N36, N39, P08, Q35-Q37, Q50-Q56, R091, V01-Y98
Difícilmente evitables	B37, C00-C14, C15, C16, C17, C18, C19, C20, C21, C50, C53, C54, C55, C56, C57, C61, C62, C90, D18, D70, D71, D72, D80-D89, E16, E27, E34, E70, E71, E72, E75, E79, E80, E84, E85, E88, G04, G12, G25, G71, G72, G80, I27, I28, I42, I60, I61, I62, J84, K76, N17, P072, P26, P27, P280, P281, P289, P29, (excepto P293), P35, P362, P363, P369, P379, P392, P393, P399, P546, P579, P830, P832,P839, Q00-Q07, Q20-Q28 (excepto Q250), Q30-Q34, Q60-Q64, Q67, Q75, Q76, Q77, Q78, Q79, Q89, Q90-Q99
Desconocidas o mal definidas	D489, I49, I50, I51, P90-P96
Otras causas	Restos de las causas bien definidas no clasificadas en otra parte
DEFUNCIONES POSTNEONATALES	
Evitables por prevención	A37, B05, B06, B15-B19, B20-B24, E41, E43, E44, E45, E46, P04, R95
Evitables por tratamiento	A40, A41, D62, D644, D649, D65, D66, D67, D68, G03, J182, J81, J82, J93, K56, P000, P001, P002, P005, P10-P15, P593, P598, P599, P72, P74, P83, Q250, Q400, Q41, Q42, Q43, Q44, Q45
Evitables por prevención y tratamiento	A09, A15, A16, A39, A50, G00, J12, J13, J15, J180, J189, J20-J22, J69, P004, P05, P07 (excepto P072), P20, P21, P22, P23, P24, P25, P28 (excepto P280, P281, P289), P35 (excepto P350, P351),P36, P37, P38, P39, P51, P53, P55, P58, P590, P60, P61, P70, P71, P76-P78, P80, P81
Otras evitables	A00, A02, A05, A17, A46, A51, A60, A85, A86, A87, A88, B00, B01, B34, B57, C44, C91, C92, C93, C94, C95, D00, D01, D21, D55, D58, D59, D69, E51, E52, E63, G40, G41, H66, J04, J06, I26, J10, J40, J45, J46, J90, K20, K21, K22, K26, K419, K429, K439, K449, K450, K460, K52, K55, K61, K62, K63, K65, K75, K90, L08, M00, M15-M19, M30-M36, M60-M63, M91-M93, N04, N10-N15, N34, N36, N39, P08, Q35-Q37, Q50-Q56, R091, V01-Y98
Difícilmente evitables	B37, C00-C14, C15, C16, C17, C18, C19, C20, C21, C50, C53, C54, C55, C56, C57, C61, C62, C90, D18, D64 (excepto D644, D649), D70, D71, D72, D80-D89, E16, E27, E34, E70, E71, E72, E75, E79, E80, E84, E85, E88, G04, G12, G25, G71, G72, G80, I27, I28, I42, I60, I61, I62, J84, K76, N17, P003, P006, P007, P008, P009, P02, P03, P072, P26, P27, P280, P281, P289, P29, P350, P351, P50, P52, P54, P56, P57, P591, P592, Q00-Q07, Q20-Q28 (excepto Q250), Q30-Q34, Q60-Q64, Q67, Q75, Q76, Q77, Q78, Q79, Q89, Q90-Q99
Desconocidas o mal definidas	D489, I49, I50, I51, J42, J95-J98, P90-P96, N19
Otras causas	Restos de las causas bien definidas no clasificadas en otra parte

Fuente: Elaboración propia en base a información de la DEIS.

Tabla 2. Chile. Grupos de causas de muertes evitables y no evitables

Grupo de causas	Códigos incluidos según CIE 10
Evitables por vacunas o tratamiento preventivo	A36, A37, B05, I00-I02, I308, I05 - I09, I394, A50, A54, A35, A22, A80, B91
Evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz	K25-K27, K29, K35-K46, K56, Q792, K80, R104, C50, C55, C53, C58, C54, C61
Evitables por mejoría de las condiciones de saneamiento ambiental	B66, B68-B71, B75, B77-B80, B82, B811, B812, B813, B814, B818, B830, B831, B832, B833, B838, B839, A01-A02, A00, A03, A06, B15-B19, B67, B76
Evitables por acciones mixtas	J00-J01, J04-J06, J20-J22, J028, J029, J060, J038, J039, J180, J399, R065, A04, A08-A09, A020, M021, J12, B052, J13-J16, J18, A481, O10-O16,O21,O23,O26,O95,O310-O312,O860-O864, O908, O04, O03, O05-O07, O20, O44-O46, O67, O72-O73, N60-N64, O00-002, A34, O08, O47-O48, O24-O25, O98-O99, O30, O32-O36, O40-O43, O60-O66, O68-O71, O29, O89, O74-O75, O95-O97, O90 - O92, P02, Z901, O266, O268, O318, O840, O849, O831, O800, O808, O809, Z354, Z355, Z356, O833, O908, O265, O81, O82, O841, O848, O842, O830, O832, O834, O838, O839, O864, O860,O882,O888,P03, P11, P15, O834, P040, P082, P100, P101, P104, P108, P109, P524, P528, P918, P55, P58-P59, P560, P570, P578, P579, P614, P20-P21, P23-P28, P220, P00-P01, P05-P08, P50-P54, P60-P96, P041, P042, P043, P044, P045, P046, P048, P049, P103, P290, P291, P292, P294, P298, P299, P569, V01-Y98, K70, K73-K74, K760, K761, K766, K769, A15-A16, J65, B909, A17-A19, B90, O980
Difícilmente evitables en el estado actual del conocimiento y del desarrollo tecnológico	C00-C21, C462, C40-C41, C22-C26, C30-C34, C37-C38, C43-C44, C47-C49, C51-C52, C56-C57, C60, C63-C80, C97, C34,9, C390, C398, C399, C450,C451, C457, C459, C460, C461, C467, C468, C469, C620, C621, C629, C798, C81-C85, C90, C96, C463, C88,3, C887, C889, C914, C947, C92-C93, C95,C910, C911, C912, C913, I60-I69, G46, G450, G451,G452, G454, G458, G459, G936, G938, G951, G35, G40, G41, I20-I22, I24, I236, I250, I252, I253, I254, I255, I256, I258, I259, I513, M219, Q20-Q24, Q289, Q25-Q28, Q211, P293, I26 - I27, I30 - I38, I40-I52, I230, I231, I232, I233, I234, I235, I238, I249, I250, I390, I391, I392, I393, I398, I729, I980, I981, I988, I970, I971, I978, R001, R008, R012, Q35-Q37, Q00-Q07, Q10-Q18, Q30-Q34, Q38-Q45, Q50-Q56, Q60-Q84, Q86-Q87, Q89-Q93, Q95-Q99, N96, C962, E830, H473, M431, M432, M898, N079, N766, N838, N839, N844, N849, N898, N907, N948, N949, P960, Q248, R294, T142
Mal definidas	H53, N19, N23, J96, L88, Z21, R01-R07, R10-R15, R17-R25, R27, R30, R32-R40, R42 - R43, R47 - R55, R57, R59 - R64, R69-R71, R73-R89, R91-R99 A419, A483, A499, B349, E343, E678, E790, F059, F446, F502, F802, G240, G249, G441, G443, G444, G470, G471, G472, G473, G478, G479, K920, K921, K922, L080, N188, N189, N391, R000, R002, R090, R093, R098, R160, R161, R260, R261, R268, R290, R291, R292, R293, R298, R411, R412, R413, R418, R440, R442, R443, R448, R460, R461, R462, R463, R464, R465, R466, R467, R560, R568, R450, R452, R453, R454, R455, R456, R457, R458, R680, R681, R683, R688, R900, R908
Otras	Resto de las defunciones que no se incluyen en los grupos de causas anteriores.

Fuente: Elaboración propia en base a información publicada por el INE a partir de la clasificación propuesta en Taucher (1978).

Tabla 3. Brasil. Grupos de causas de muertes evitables y no evitables

Grupo de causas	Códigos incluidos según CIE 10
Evitables por acciones de inmuno-prevención	A15-A19, A33, A35, A36, A37, A80, B05, B06, B260, G000, P350, P353
Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	A50, B20-B24, P00, P04, P01, P05, P07, P550, P551, P558-P579
Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	P03, P08, P10-P15, P20, P21, P24
Evitables por adecuada atención en el recién nacido	P23, P25- P28, P35-P399 (excepto P350 y P353), P50-P54, P58, P59, P70-P74, P60, P61, P75-P78, P80-P83, P22, P90-P96
Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	G001- G03, J00- J06, J12-J18, J20-J22, J384, J40-J47 (excepto J43-J44), J68-J69, D50-D53, A70-A74, A30, A31, A32, A38, A39, A40, A41, A46, A49, E030, E031, E10-E14, E700, E730, E86, G40, G41, Q90, N390, I00-I09
Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones adecuadas de atención a la salud	A00-A09, A20-A28, A90-A99, A75-A79, A82, B50-B64, B65-B83, B99, E40-E64, V01-V99, X40-X44, X45-X49, W00-W19, X00-X09, X30-X39, W65-W74, W75-W84, W85-W99, X85-Y09, Y10-Y34, W20-W49, Y60-Y69, Y83-Y84, Y40-Y59
Mal definidas	R00-R99 (excepto R95)
Demás causas (no claramente evitables)	Restos de las causas bien definidas no clasificadas en otra parte

Fuente: Elaboración propia en base a información publicada por el SUS.

Tabla 4. América Latina. Países seleccionados. TMI (por mil NV).

País	Periodo										
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005
Haití	219,6	193,5	170,5	150,2	134,9	130,9	122,1	100,1	85,3	70,1	56,1
Bolivia	175,7	169,7	163,6	157,5	151,3	131,2	109,2	90,1	75,1	66,7	55,6
Paraguay	73,4	69,7	62,3	58,6	53,1	51	48,9	46,7	42,9	39,2	35,5
Argentina	65,9	60,4	59,7	57,4	48,1	39,1	32,2	27,1	24,4	21,8	15
Uruguay	57,4	53	47,9	47,1	46,3	42,4	33,5	22,6	20,1	15,6	14,4
Chile	120,3	118,3	109	89,2	68,6	45,2	23,7	18,4	14,1	11,5	8
Costa Rica	93,8	87,7	81,3	67,7	52,5	30,4	19,2	17,4	14,5	11,8	10,5

Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados en CELADE/CEPAL (2007).

Tabla 5. Argentina. NV, DI y TMI (por mil NV) por regiones y provincias. Años seleccionados

Región / provincia	1990			1997			2000			2009		
	NV	DI	TMI	NV	DI	TMI	NV	DI	TMI	NV	DI	TMI
Centro	401.860	9.496	23,6	408.125	7.150	17,5	421.483	6.109	14,5	459.209	5.350	11,7
CABA	41.118	691	16,8	40.042	488	12,2	43.426	407	9,4	44.615	377	8,5
Buenos Aires	235.980	5.701	24,2	235.273	4.424	18,8	248.838	3.748	15,1	279.941	3.488	12,5
Córdoba	54.658	1.211	22,2	56.382	917	16,3	53.191	799	15	58.595	627	10,7
Entre Ríos	23.004	558	24,3	23.122	454	19,6	23.661	400	16,9	22.228	263	11,8
Santa Fe	47.100	1.335	28,3	53.306	867	16,3	52.367	755	14,4	53.830	595	11,1
Cuyo	56.573	1.339	23,7	60.584	1.118	18,5	58.469	967	16,5	63.326	698	11
La Rioja	5.997	173	28,8	6.597	127	19,3	6.321	132	20,9	6.237	91	14,6
Mendoza	31.403	662	21,1	32.477	542	16,7	30.930	441	14,3	34.435	342	9,9
San Juan	12.302	300	24,4	13.461	289	21,5	13.119	255	19,4	14.520	160	11
San Luis	6.871	204	29,7	8.049	160	19,9	8.099	139	17,2	8.134	105	12,9
Noreste	78.608	2.604	33,1	83.285	2.078	25	84.069	2.040	24,3	79.963	1.279	16
Corrientes	20.205	640	31,7	22.890	521	22,8	20.918	635	30,4	20.373	312	15,3
Chaco	22.457	804	35,8	24.116	681	28,2	24.540	538	21,9	21.703	386	17,8
Formosa	11.766	391	33,2	12.152	362	29,8	12.976	298	23	11.969	245	20,5
Misiones	24.180	769	31,8	24.127	514	21,3	25.635	569	22,2	25.918	336	13
Noroeste	90.119	2.797	31	91.465	1.876	20,5	92.398	1.832	19,8	93.910	1.226	13,1
Catamarca	6.681	231	34,6	7.804	200	25,6	8.194	172	21	6.876	100	14,5
Jujuy	12.585	451	35,8	13.934	335	24	13.651	315	23,1	13.226	152	11,5
Salta	25.854	836	32,3	26.004	534	20,5	25.598	481	18,8	26.133	367	14
S. del Estero	17.180	486	28,3	16.571	275	16,6	15.701	208	13,2	19.129	232	12,1
Tucumán	27.819	793	28,5	27.152	532	19,6	29.254	656	22,4	28.546	375	13,1
Sur	43.757	912	20,8	44.300	673	15,2	42.303	625	14,8	47.251	433	9,2
Chubut	8.881	183	20,6	8.777	168	19,1	8.680	137	15,8	9.921	93	9,4
La Pampa	5.602	124	22,1	6.043	73	12,1	5.544	85	15,3	5.493	75	13,7
Neuquén	10.974	186	16,9	10.802	149	13,8	10.057	115	11,4	11.639	89	7,6
Río Negro	12.533	289	23,1	12.032	187	15,5	11.665	194	16,6	11.773	104	8,8
Santa Cruz	4.300	89	20,7	4.504	72	16	4.062	70	17,2	5.806	60	10,3
T. del Fuego	1.467	41	27,9	2.142	24	11,2	2.295	24	10,5	2.619	12	4,6

Fuente: Elaboración propia en base a información publicada por la DEIS.

Tabla 6. Argentina. NV, DI, DIE, participación de las DIE en el total de DI (en porcentajes) y TMIE asociada (por mil NV) según tres clasificaciones seleccionadas. Periodo 1997-2009

Año	NV	DI	Clasificación DEIS			Clasificación DEIS			Clasificación DEIS		
			DIE	Participa-ción de las DIE en el total de DI	TMIE	DIE	Participa-ción de las DIE en el total de DI	TMIE	DIE	Participa-ción de las DIE en el total de DI	TMIE
1997	692.357	12.985	7.222	55,6	10,4	7.222	55,6	10,4	7.222	55,6	10,4
1998	683.301	13.082	7.725	59,1	11,3	7.725	59,1	11,3	7.725	59,1	11,3
1999	686.748	12.120	7.323	60,4	10,7	7.323	60,4	10,7	7.323	60,4	10,7
2000	701.878	11.649	6.874	59	9,8	6.874	59	9,8	6.874	59	9,8
2001	683.495	11.111	6.421	57,8	9,4	6.421	57,8	9,4	6.421	57,8	9,4
2002	694.684	11.703	6.898	58,9	9,9	6.898	58,9	9,9	6.898	58,9	9,9
2003	697.952	11.494	6.552	57	9,4	6.552	57	9,4	6.552	57	9,4
2004	736.261	10.576	5.955	56,3	8,1	5.955	56,3	8,1	5.955	56,3	8,1
2005	712.220	9.507	5.656	59,5	7,9	5.656	59,5	7,9	5.656	59,5	7,9
2006	696.451	8.986	5.004	55,7	7,2	5.004	55,7	7,2	5.004	55,7	7,2
2007	700.792	9.300	5.290	56,9	7,5	5.290	56,9	7,5	5.290	56,9	7,5
2008	746.460	9.341	5.186	55,5	6,9	5.186	55,5	6,9	5.186	55,5	6,9
2009	745.336	9.026	4.918	54,5	6,6	4.918	54,5	6,6	4.918	54,5	6,6

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y clasificaciones utilizadas por la DEIS, el INE y el SUS.

Tabla 7. Argentina. DIE por criterios de evitabilidad según tres clasificaciones seleccionadas (en valores absolutos y porcentajes). Años 1997 y 2009

Criterio de evitabilidad	1997		2009	
	Número de DIE	Porcentaje	Número de DIE	Porcentaje
Clasificación DEIS				
Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo	2.089	28,9	1.925	39,1
Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno en el parto	954	13,2	554	11,3
Evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno en el recién nacido	1.082	15	756	15,4
Evitables por prevención	548	7,6	259	5,3
Evitables por tratamiento	441	6,1	270	5,5
Evitables por prevención y tratamiento	1.219	16,9	801	16,3
Otras evitables	889	12,3	353	7,2
Total DIE	7.222	100	4.918	100
Clasificación INE				
Evitables por vacunas o tratamiento preventivo	48	0,7	36	0,8
Evitables por diagnóstico y tratamiento médico	38	0,6	25	0,6
precoz	4	0,1	1	0
Evitables por mejoría de las condiciones de saneamiento ambiental	6.591	98,7	4.286	98,6
Evitables por acciones mixtas	6.681	100	4.348	100
Total DIE				
Clasificación SUS				
Evitables por acciones de inmuno-prevención	38	0,5	19	0,4
Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	1.655	19,8	1.287	24,4
Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	791	9,5	407	7,7
Evitables por adecuada atención del recién nacido	3.263	39	2.341	44,4
Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	1.301	15,6	826	15,7
Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones de atención a la salud	1.311	15,7	391	7,4
Total DIE	8.359	100	5.271	100

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y clasificaciones utilizadas por la DEIS, el INE y el SUS.

Tabla 8. Argentina. DIE, TMIE (por mil NV) y participación de las DIE en el total de DI (en porcentajes) por regiones y provincias. Años seleccionados

Región / provincia	1997			2000			2009		
	DIE	TMIE	Participación de las DIE en el total de DI	DIE	TMIE	Participación de las DIE en el total de DI	DIE	TMIE	Participación de las DIE en el total de DI
Centro	4.374	10,7	61,2	3.509	8,3	57,4	2.918	6,4	54,5
CABA	300	7,5	61,5	225	5,2	46,1	175	3,9	46,4
Buenos Aires	2.766	11,8	62,5	2.164	8,7	48,9	1.962	7	56,3
Córdoba	511	9,1	55,7	422	7,9	46	326	5,6	52
Entre Ríos	262	11,3	57,7	245	10,4	54	148	6,7	56,3
Santa Fe	535	10	61,7	453	8,7	52,2	307	5,7	51,6
Cuyo	748	12,3	66,9	616	10,5	63,7	412	6,5	59
La Rioja	83	12,6	65,4	80	12,7	63	59	9,5	64,8
Mendoza	358	11	66,1	289	9,3	53,3	200	5,8	58,5
San Juan	202	15	69,9	155	11,8	53,6	93	6,4	58,1
San Luis	105	13	65,6	92	11,4	57,5	60	7,4	57,1
Noreste	1.462	17,6	70,4	1.427	17	70	807	10,1	63,1
Corrientes	411	18	78,9	466	22,3	89,4	189	9,3	60,6
Chaco	452	18,7	66,4	353	14,4	51,8	247	11,4	64
Formosa	268	22,1	74	215	16,6	59,4	166	13,9	67,8
Misiones	331	13,7	64,4	393	15,3	76,5	205	7,9	61
Noroeste	1.303	14,2	69,5	1.239	13,4	67,6	877	9,3	71,5
Catamarca	134	17,2	67	125	15,3	62,5	70	10,2	70
Jujuy	222	15,9	66,3	198	14,5	59,1	101	7,6	66,4
Salta	425	16,3	79,6	320	12,5	59,9	256	9,8	69,8
S. del Estero	162	9,8	58,9	123	7,8	44,7	168	8,8	72,4
Tucumán	360	13,3	67,7	473	16,2	88,9	282	9,9	75,2
Sur	406	9,2	60,3	363	8,6	58,1	236	5	54,5
Chubut	104	11,8	61,9	90	10,4	53,6	53	5,3	57
La Pampa	48	7,9	65,8	49	8,8	67,1	45	8,2	60
Neuquén	89	8,2	59,7	69	6,9	46,3	44	3,8	49,4
Río Negro	100	8,3	53,5	98	8,4	52,4	56	4,8	53,8
Santa Cruz	50	11,1	69,4	48	11,8	66,7	35	6	58,3
T. del Fuego	15	7	61,2	9	3,9	37,5	3	1,1	25

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y clasificación utilizada por el SUS.

Tabla 9. Argentina. DIE (en valores absolutos y porcentajes) y TMIE (por 10.000 NV) por criterios de evitabilidad según regiones. Años 1997 y 2009

Región	Criterio de evitabilidad						Total DIE
	Evitables por acciones de inmuno-prevención	Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	Evitables por adecuada atención del recién nacido	Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones de atención a la salud	
1997							
Absolutos							
Centro	14	818	409	1.862	699	572	4.374
Cuyo	4	147	92	299	79	127	748
Noreste	11	176	162	605	224	284	1.462
Noroeste	6	368	85	350	235	259	1.303
Sur	1	129	40	127	54	55	406
En porcentajes							
Centro	0,3	18,7	9,4	42,6	16,0	13,1	100
Cuyo	0,5	19,7	12,3	40,0	10,6	17,0	100
Noreste	0,8	12,0	11,1	41,4	15,3	19,4	100
Noroeste	0,5	28,2	6,5	26,9	18,0	19,9	100
Sur	0,2	31,8	9,9	31,3	13,3	13,5	100
TMIE							
Centro	0,3	20	10	45,6	17,1	14	-
Cuyo	0,7	24,3	15,2	49,4	13	21	-
Noreste	1,3	21,1	19,5	72,6	26,9	34,1	-
Noroeste	0,7	40,2	9,3	38,3	25,7	28,3	-
Sur	0,2	29,1	9	28,7	12,2	12,4	-
2009							
Absolutos							
Centro	13	669	181	1.388	481	186	2.918
Cuyo	0	90	42	180	38	62	412
Noreste	1	60	96	430	151	69	807
Noroeste	3	353	74	250	135	62	877
Sur	2	106	14	82	21	11	236
En porcentajes							
Centro	0,4	22,9	6,2	47,6	16,5	6,4	100
Cuyo	-	21,8	10,2	43,7	9,2	15	100
Noreste	0,1	7,4	11,9	53,3	18,7	8,6	100
Noroeste	0,3	40,3	8,4	28,5	15,4	7,1	100
Sur	0,8	44,9	5,9	34,7	8,9	4,7	100
TMIE							
Centro	0,3	14,6	3,9	30,2	10,5	4,1	-
Cuyo	-	14,2	6,6	28,4	6	9,8	-
Noreste	0,1	7,5	12	53,8	18,9	8,6	-
Noroeste	0,3	37,6	7,9	26,6	14,4	6,6	-
Sur	0,4	22,4	3	17,4	4,4	2,3	-

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS.

Tabla 10. Argentina. DIE por criterios de evitabilidad según provincias. Año 1997

Provincia	Criterio de evitabilidad						DIE
	Evitables por acciones de inmuno-prevención	Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	Evitables por adecuada atención del recién nacido	Evitables por acciones adecuadas de diagnóstico y tratamiento	Evitables por acciones adecuadas de promoción de la salud, vinculadas con acciones de atención a la salud	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	0	127	29	107	26	11	300
Buenos Aires	10	511	233	1.081	529	402	2.766
Catamarca	1	55	14	28	12	24	134
Córdoba	1	39	52	293	47	79	511
Corrientes	3	53	38	204	58	55	411
Chaco	3	52	66	159	83	89	452
Chubut	1	32	13	35	12	11	104
Entre Ríos	2	47	22	141	24	26	262
Formosa	4	23	16	124	23	78	268
Jujuy	0	98	9	27	20	68	222
La Pampa	0	13	6	16	6	7	48
La Rioja	0	23	9	33	10	8	83
Mendoza	2	78	29	150	44	55	358
Misiones	1	48	42	118	60	62	331
Neuquén	0	40	6	20	12	11	89
Río Negro	0	16	9	40	21	14	100
Salta	3	82	23	106	73	138	425
San Juan	0	19	37	85	13	48	202
San Luis	2	27	17	31	12	16	105
Santa Cruz	0	24	5	10	2	9	50
Santa Fe	1	94	73	240	73	54	535
Santiago del Estero	1	12	13	67	51	18	162
Tucumán	1	121	26	122	79	11	360
Tierra del Fuego	0	4	1	6	1	3	15

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS.

Tabla 11. Argentina. DIE por criterios de evitabilidad según provincias. Año 2009

Provincia	Criterio de evitabilidad						DIE
	Evitables por acciones de inmuno-prevención	Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Evitables por adecuada atención de la mujer en el parto	Evitables por adecuada atención del recién nacido	Evitables por acciones ade-cuadas de diagnóstico y tratamiento	Evitables por acciones ade-cuadas de pro-moción de la salud, vincula-das con accio-nes de atención a la salud	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	62	12	76	20	3	175
Buenos Aires	6	472	115	870	357	142	1.962
Catamarca	0	36	9	15	2	8	70
Córdoba	3	39	19	207	37	21	326
Corrientes	0	14	37	111	21	6	189
Chaco	0	6	24	141	49	27	247
Chubut	0	40	4	3	3	3	53
Entre Ríos	1	32	9	78	22	6	148
Formosa	1	13	6	80	43	23	166
Jujuy	0	30	9	34	9	19	101
La Pampa	0	10	2	26	6	1	45
La Rioja	0	27	2	17	8	5	59
Mendoza	0	44	23	80	10	43	200
Misiones	0	27	29	98	38	13	205
Neuquén	0	21	3	14	3	3	44
Río Negro	1	30	1	16	7	1	56
Salta	1	113	22	36	63	21	256
San Juan	0	18	13	41	13	8	93
San Luis	0	1	4	42	7	6	60
Santa Cruz	1	4	3	22	2	3	35
Santa Fe	1	64	26	157	45	14	307
Santiago del Estero	0	20	8	83	47	10	168
Tucumán	2	154	26	82	14	4	282
Tierra del Fuego	0	1	1	1	0	0	3

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS.

Tabla 12. Argentina. Ranking de grupos de causas de DIE según criterios de evitabilidad. Años 1997 y 2009

Criterio de evitabilidad	Causas	DIE	
		1997	2009
Evitables por adecuada atención del recién nacido	Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)	1.427	885
Evitables por adecuada atención de la mujer en el embarazo	Trastornos relacionados con la gestación de corta duración o el bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte (P07)	1.299	1.159
Evitables por adecuada atención del recién nacido	Infecciones específicas del periodo perinatal (P35 a P399, excepto P350 y P353)	875	576
Resto de las causas evitables		4.758	2.651
Total DIE		8.359	5.271

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS.

Tabla 13. Argentina. DIE y TMIE (por 10.000 NV) asociada por grupos de causas seleccionados. Años 1997 y 200938,5

Provincia	Dificultad respiratoria del recién nacido				Trastornos relacionados con la gestación de corta duración o el bajo peso al nacer				Infecciones específicas del periodo perinatal			
	1997		1997		1997		1997		1997		1997	
	DIE	TMIE	DIE	TMIE	DIE	TMIE	DIE	TMIE	DIE	TMIE	DIE	TMIE
Ciudad Autónoma de Bs. Aires	55	13,7	27	6,1	109	27,2	60	13,4	19	4,7	12	2,7
Buenos Aires	434	18,4	297	10,6	353	15	441	15,8	332	14,1	258	9,2
Catamarca	24	30,8	3	4,4	52	66,6	35	50,9	2	2,6	7	10,2
Córdoba	165	29,3	105	17,9	21	3,7	32	5,5	41	7,3	33	5,6
Corrientes	93	40,6	45	22,1	34	14,9	12	5,9	71	31	25	12,3
Chaco	41	17	62	28,6	42	17,4	3	1,4	66	27,4	58	26,7
Chubut	10	11,4	1	1	31	35,3	38	38,3	12	13,7	0	-
Entre Ríos	66	28,5	35	15,7	37	16	24	10,8	40	17,3	20	9
Formosa	62	51	47	39,3	15	12,3	4	3,3	17	14	9	7,5
Jujuy	8	5,7	10	7,6	86	61,7	27	20,4	5	3,6	12	9,1
La Pampa	6	9,9	8	14,6	12	19,9	10	18,2	6	9,9	7	12,7
La Rioja	11	16,7	4	6,4	20	30,3	24	38,5	12	18,2	3	4,8
Mendoza	44	13,5	24	7	66	20,3	39	11,3	22	6,8	1	0,3
Misiones	65	26,9	57	22	33	13,7	18	6,9	35	14,5	13	5
Neuquén	1	0,9	6	5,2	39	36,1	13	11,2	7	6,5	2	1,7
Río Negro	19	15,8	2	1,7	14	11,6	25	21,2	8	6,6	5	4,2
Salta	33	12,7	1	0,4	79	30,4	105	40,2	51	19,6	6	2,3
San Juan	35	26	7	4,8	12	8,9	15	10,3	18	13,4	15	10,3
San Luis	13	16,2	33	40,6	24	29,8	0	-	9	11,2	0	-
Santa Cruz	4	8,9	5	8,6	22	48,8	2	3,4	3	6,7	3	5,2
Santa Fe	123	23,1	61	11,3	62	11,6	52	9,7	46	8,6	28	5,2
Santiago del Estero	34	20,5	22	11,5	6	3,6	17	8,9	15	9,1	33	17,3
Tucumán	70	25,8	16	5,6	111	40,9	153	53,6	30	11	23	8,1
Tierra del Fuego	3	14	1	3,8	4	18,7	1	3,8	0	-	0	-

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes de la DEIS y la clasificación utilizada por el SUS.

Lista de siglas utilizadas

CCPS: Consejo de Coordinación de Políticas Sociales de la Nación (Argentina)
CDN: Convención sobre los Derechos del Niño
CM: Cumbre del Milenio
CMFI: Cumbre Mundial en favor de la Infancia
CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL: División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CG: Coeficiente de Gini
CIE 10: Décima Revisión de Clasificación Internacional de Enfermedades
CIPD: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
DDHH: Derechos Humanos
DEIS: Dirección de Estadística e Información de Salud de la Nación (Argentina)
DHS (por sus siglas en inglés): Encuesta de Demografía y Salud
DI: Defunciones Infantiles
DIE: Defunciones Infantiles por Causas Evitables
EBDH: Enfoque Basado en Derechos Humanos
IC: Índice de Concentración
IMILA: Proyecto de Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica
INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Argentina)
INE: Instituto Nacional de Estadística (Chile)
IPMH: Índice de Privación Material de los Hogares
MI: Mortalidad Infantil
MIE: Mortalidad Infantil por Causas Evitables
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
NV: Nacidos Vivos
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
PA: Plan de Acción
PAR: Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo

SEFI: Sesión Especial en favor de la Infancia
SUS: Sistema Único de Salud (Brasil)
TMI: Tasa de Mortalidad Infantil
TMIE: Tasa de Mortalidad Infantil por Causas Evitables
UMAN: Plan de acción "Un mundo apropiado para los niños y las niñas"
UNICEF (por sus siglas en inglés): Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

El presente trabajo se plantea el estudio de la mortalidad infantil en la provincia de Córdoba, Argentina, durante la última década del siglo XX y primeros años de siglo XXI. Para ello se indaga sobre el nivel y la tendencia de dicha mortalidad y sus componentes por edades, así como de las principales causas de defunción y los factores de riesgo asociados a los decesos infantiles.

Se trata de una aproximación de índole cuantitativa, mediante el análisis y comparación de los indicadores obtenidos a partir de datos individuales. Puntualmente, los objetivos específicos que se abordan en este trabajo incluyen: a- una descripción de la evolución de las tasas de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y fetal para la provincia de Córdoba, por departamento y sexo, desde 1991 al 2010 inclusive; b- el análisis de las causas de defunción en menores de un año, categorizándolas en grupos de causas y criterios de reducibilidad, estudiando cómo han evolucionado en el transcurso del período considerado; y c- el establecimiento de relaciones entre la mortalidad infantil y las poblaciones vulnerables, a través de factores considerados de riesgo, describiendo qué cambios se han presentado en estas poblaciones.