



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

CCP

Centro Centroamericano
de Población

DOI: <https://doi.org/10.15517/w24q2a87>

Volumen 23, número 1, Art. Cient. Julio - diciembre 2025



Población y Salud en Mesoamérica

Mortalidad infantil en Argentina: avances, desigualdades provinciales y factores sociales asociados (2016-2022)

Nazarena Bauso, Fernando Longhi y Ianina Tuñón.

Cómo citar este artículo:

Bauso, N., Longhi, F. y Tuñón, I. (2025). Mortalidad infantil en Argentina: avances, desigualdades provinciales y factores sociales asociados (2016-2022). *Revista Población y Salud de Mesoamérica*, 23(1). <https://doi.org/10.15517/w24q2a87>



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral
[Centro Centroamericano de Población](#)
[Universidad de Costa Rica](#)

Mortalidad infantil en Argentina: avances, desigualdades provinciales y factores sociales asociados (2016-2022)

Infant mortality in Argentina: progress, provincial inequalities and associated social factors (2016-2022)

Nazarena Bauso¹ , Fernando Longhi²  y Ianina Tuñón³ 

Resumen: Introducción: La mortalidad en los primeros meses de vida constituye un indicador demográfico clave para el análisis del desarrollo socioeconómico, que en el caso argentino refleja grandes asimetrías provinciales debido a factores socioeconómicos, sanitarios y ambientales. **Objetivos:** En este artículo se analiza la evolución de las tasas de mortalidad infantil (TMI) en Argentina en un arco temporal reciente (2016-2022), y se examinan los factores socioeconómicos asociados a su prevalencia en la escala provincial. **Metodología:** Estudio ecológico longitudinal con datos de nacimientos y defunciones del Ministerio de Salud de la Nación y de la Encuesta Permanente de Hogares (Total Urbano, INDEC). Se calcularon tasas anuales y coeficientes de variación provinciales, y se aplicaron modelos de regresión lineal múltiple para estimar asociaciones con variables socioeconómicas e infraestructura básica. **Resultados:** La TMI mostró una tendencia descendente, con persistencia de desigualdades regionales. Las tasas más bajas se registraron en el sur (Tierra del Fuego, Neuquén) y las más altas en el noreste (Formosa, Corrientes). La mortalidad neonatal se asoció principalmente con edad materna, calidad de infraestructura sanitaria y exposición a zonas inundables, mientras que la mortalidad posneonatal presentó mayor relación con el nivel educativo materno, el acceso a gas de red y las condiciones de saneamiento. En ambas, mejores servicios básicos se vincularon con tasas más bajas. **Conclusiones:** La incorporación de indicadores habitacionales y de servicios básicos al análisis de la mortalidad infantil aporta evidencia novedosa para Argentina. Se requieren políticas de mejora en infraestructura sanitaria para reducir las asimetrías territoriales.

Palabras clave: mortalidad infantil, Argentina, ubicaciones geográficas, factores socioeconómicos.

Abstract: Introduction: Mortality in the first months of life is a key demographic indicator for the analysis of socioeconomic development, which in the Argentine case reflects large provincial asymmetries due to socioeconomic, health and environmental factors. **Objectives:** This article analyzes the evolution of infant mortality rates (IMR) in Argentina in a recent time frame (2016-2022) and examines the social and environmental factors associated with its prevalence at the provincial level. **Methodology:** A longitudinal ecological study using birth and death data from the National Ministry of Health and the Permanent Household Survey (Total Urbano, INDEC). Annual rates and provincial coefficients of variation were calculated, and multiple linear regression models were applied to estimate associations with socioeconomic variables and basic infrastructure. **Results:** The IMR showed a downward trend, with persistent regional inequalities. The lowest rates were recorded in the south (Tierra del Fuego, Neuquén), and the highest in the northeast (Formosa, Corrientes). Neonatal mortality was mainly associated with maternal age, quality of health infrastructure, and exposure to flood zones, while postneonatal mortality was more closely associated with maternal educational level, access to mains gas, and sanitation conditions. In both cases, better basic services were associated with lower rates. **Conclusions:** The incorporation of housing and basic services indicators into the analysis of infant mortality provides novel evidence for Argentina. Political policies to improve health infrastructure are required to reduce territorial asymmetries.

Keywords: infant mortality, Argentina, geographic locations, socioeconomic factors.

Recibido: 28 Mar, 2025 | **Corregido:** 20 Ago, 2025 | **Aceptado:** 27 Ago, 2025

¹ CONICET- Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA), ARGENTINA nazarenabauso@uca.edu.ar

² Instituto Superior de Estudios Sociales-Universidad Nacional de Tucumán-CONICET, ARGENTINA fernandolonghi@hotmail.com

³ Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA)-Universidad Nacional de la Matanza, ARGENTINA ianina_tunon@uca.edu.ar

1. Introducción

La mortalidad infantil es uno de los principales indicadores para identificar el nivel de desarrollo de un país (Reidpath y Allotey, 2003). En efecto, la tasa de mortalidad infantil (TMI) expresa el riesgo de morir que tienen las personas menores de un año en un área geográfica y en un año en particular, en asociación a factores biológicos, demográficos, socioeconómicos, culturales y ambientales (Passarelli-Araujo, 2024).

En los estudios demográficos, la mortalidad en personas menores de un año concentra especial interés por la multiplicidad de factores que la determinan y sus implicancias. Se la reconoce como un indicador clave del estado de salud pública, las condiciones de vida y la desigualdad social: tasas elevadas suelen reflejar carencias en el acceso a agua potable, educación, alimentación, atención médica y saneamiento, mientras que su reducción se atribuye a avances en políticas públicas y mejoras en la calidad de vida.

Para su análisis se distinguen dos tramos: neonatal y posneonatal⁴, con perfiles etiológicos diferenciados. El tramo posneonatal, vinculado principalmente a causas exógenas y evitables, coincide con la incorporación de nuevos alimentos y la movilidad del lactante, lo que aumenta la exposición a entornos deficitarios y el riesgo de enfermedades infectocontagiosas, parasitosis y diarreas, las cuales, en contextos de privación, pueden comprometer gravemente la salud y la supervivencia (OMS, 2003; VanDerslice et al., 1994).

⁴ Se consideró como mortalidad neonatal al cociente entre el número de defunciones de niños nacidos vivos que fallecen antes de cumplir los 28 días de vida en un año determinado y el total de nacidos vivos en ese mismo año, expresado por cada 1000 nacidos vivos, tradicionalmente más vinculada a causas de muerte endógenas. Por su parte, la mortalidad posneonatal se definió como el cociente entre el número de defunciones ocurridas entre los 28 días y los 364 días de vida y el total de nacidos vivos en el mismo año, también expresado por cada 1000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad posneonatal es más representativa del nivel sanitario que la clásica tasa de mortalidad infantil relacionada con las causas de muerte exógenas (Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, 2023). Sin embargo, hay dos cuestiones que insoslayablemente hay que destacar:

a) Las causas exógenas intervienen tanto en la mortalidad neonatal como en la posneonatal. En el primer mes de vida actúan también las enfermedades infectocontagiosas contraídas después del nacimiento, o bien, las defunciones son producto de accidentes (lesiones traumáticas del niño).

b) Los avances médicos actuales, en su afán de reducir la mortalidad neonatal, producen en muchos casos un desplazamiento de las muertes de carácter endógeno hacia el periodo posneonatal. Guzmán y Orellana (1987) afirmaron que esto llevaría a que las muertes endógenas no se encuentren ya solamente localizadas al principio de la vida, sino cada vez más diseminadas a lo largo del primer año, contrariando así la baja en la mortalidad posneonatal, antes dependiente casi completamente de la mortalidad exógena. Del mismo modo, el Programa Nacional de Estadísticas de Salud planteó que «muchos neonatos de alto riesgo (prematurados, bajo peso, etc.) aun sobreviviendo al período neonatal, quedan con déficits para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente y fallecen durante el período postneonatal» (1996, p. 23).

Algunos de los factores socioeconómicos que inciden en las defunciones infantiles posneonatales son las deficitarias condiciones sanitarias en las que viven millones de personas en el mundo (Hoque et al., 1999). En efecto, a pesar de que a nivel mundial se ha logrado reducir drásticamente en las últimas décadas, todavía persisten desafíos en términos de equidad: casi mil millones de personas en el mundo aún carecen de fuentes mejoradas de agua potable y se estima que alrededor de 2.500 millones están privados de servicios de saneamiento mejorados (UNICEF-OMS, 2021).

Particularmente, en el caso de la Argentina, una parte importante de la mortalidad infantil obedece a factores de índole biológico, congénitos y hereditarios, más difíciles de abordar que las causas sociales y ambientales -las cuales representan otra parte importante de la mortalidad infantil-, que además se caracterizan por tener un alto potencial de ser reducidas (Finkstein et al., 2016). Esta problemática adquiere especial relevancia en un país con organización política federal, donde los gobiernos provinciales son responsables de garantizar el acceso a la salud. No obstante, esta responsabilidad coexiste con profundas desigualdades territoriales preexistentes (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia [DNMI], 2012; Paolasso et al., 2019) tanto entre distintas provincias como al interior de cada una de ellas (Arias-Montes, 2024; Longhi, 2022; Longhi y Del Castillo, 2017; UNEP/UNICEF/WHO, 2002; Wild y Kleinjans, 2003).

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo general analizar la evolución de las tasas de mortalidad infantil en la Argentina entre 2016 y 2022, e identificar factores socioeconómicos asociados con las diferentes expresiones de la mortalidad infantil a nivel provincial en ese mismo periodo (infantil, neonatal y posneonatal). Avanzar en la construcción de este conocimiento es esencial para el establecimiento de acciones tendientes a disminuir las asimetrías territoriales y contribuir a mejorar los niveles de desarrollo.

2. Materiales y método

2.1 Enfoque

El presente estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, de carácter descriptivo y explicativo, orientado a analizar la evolución de la tasa de mortalidad infantil (TMI) y sus componentes -mortalidad neonatal y posneonatal-, en Argentina entre 2016 y 2022, así como su asociación con factores sociales y habitacionales a nivel provincial.

2.2 Población de estudio

La población de referencia está compuesta por la totalidad de defunciones de personas menores de un año ocurridas en las 24 jurisdicciones del país durante el período de análisis, las cuales, para el cálculo de la tasa, fueron relacionadas con el total de nacidos vivos. Se consideró como mortalidad infantil a las defunciones ocurridas antes de cumplir un año de vida, distinguiéndose la mortalidad neonatal (muertes producidas entre el nacimiento y los 27 días) y la mortalidad posneonatal

(muertes ocurridas entre los 28 días y los 11 meses), según los criterios de clasificación establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

2.3 Técnicas de recolección

Las fuentes de información incluyeron los registros de defunciones y nacidos vivos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina, procesados por año de ocurrencia y lugar de residencia de la madre. Asimismo, se incorporaron indicadores sociales y habitacionales provenientes de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) Total Urbano, relevada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) de la República Argentina, correspondientes al mismo período⁵.

2.4 Técnicas de análisis

El cálculo de la TMI y de sus componentes se efectuó mediante la siguiente fórmula estandarizada: cantidad de defunciones de menores de un año sobre el total de nacidos vivos, por 1000. Para las tasas específicas se consideraron únicamente las defunciones neonatales (0-27 días) o posneonatales (28-364 días), según correspondiera, relacionados con el mismo denominador.

Con esta base, se construyeron series temporales anuales para la mortalidad infantil total, neonatal y posneonatal correspondientes al período 2016-2022, discriminadas por provincia. A partir de dichas series se calcularon los coeficientes de variación de cada una de las tres tasas, con el fin de evaluar la magnitud relativa de las fluctuaciones interanuales y caracterizar la estabilidad o la variabilidad del indicador en cada jurisdicción.

En el caso de los indicadores provenientes de la EPH, todas las variables de infraestructura sanitaria fueron recodificadas en formato dicotómico y posteriormente se calculó el promedio agregado por provincia para cada año de referencia. Del mismo modo, se generaron variables dicotómicas para el nivel educativo de la madre (hasta secundario incompleto y secundario completo o más), el tiempo de gestación (hasta 36 semanas y más de 36 semanas) y el peso al nacer (hasta 2499 gramos y 2500 gramos o más), luego se estimó el promedio provincial anual correspondiente⁶.

Finalmente, se aplicaron modelos de regresión lineal múltiple para estimar la relación entre las tasas de mortalidad infantil -total, neonatal y posneonatal- y los indicadores sociales y habitacionales

⁵ De esta fuente se seleccionaron las siguientes variables: Tipo de vivienda (IV1), Materiales de los pisos interiores (IV3), Material de la cubierta exterior del techo (IV4), Tenencia de cielorraso o revestimiento (IV5), Tenencia de agua (IV6), Tipo de conexión al agua (IV7), Tenencia de baño/letrina (IV8), Lugar de la conexión sanitaria (IV9), Calidad del baño (IV10), Tipo de desagüe sanitario (IV11), Vivir cerca de basural/es (IV12_1), Vivir cerca de zona inundable (IV12_2), Vivir en villa de emergencia (IV12_3), Hacinamiento (más de tres miembros de hogar por cuarto habitable), Combustible utilizado para cocinar (II8) y Cobertura médica (esta se extrajo a partir de la base de componentes).

⁶ Cabe señalar que, en el tercer trimestre de 2019, la EPH Total Urbano no incluyó observaciones de la provincia de Chaco, por lo que estos datos no se encuentran disponibles para ese año y jurisdicción.

seleccionados. Se adoptó un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Todos los cálculos se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics, versión 29.

La elección de la regresión lineal múltiple como técnica de análisis respondió a su capacidad para calcular el efecto neto de cada variable independiente sobre la tasa de mortalidad infantil, controlando simultáneamente el resto de los factores incluidos en el modelo⁷. El estudio se completó en una única etapa analítica, donde se estimaron modelos independientes para cada uno de los tres indicadores dependientes -TMI total, TMI neonatal y TMI posneonatal-, utilizando el mismo conjunto de variables independientes en cada caso. Esta estrategia permitió comparar de forma sistemática los factores relativos a cada expresión de la mortalidad infantil, manteniendo constante la especificación del modelo.

2.5 Consideraciones éticas

La investigación se llevó a cabo exclusivamente con bases de datos secundarias y de acceso público, sin incluir información personal identificable, por lo que no fue necesaria la aprobación por un comité de ética. El tratamiento de la información se ajustó a los principios de confidencialidad y uso responsable de los datos estadísticos, en concordancia con la normativa vigente sobre protección de datos en investigaciones de carácter público.

3. Resultados

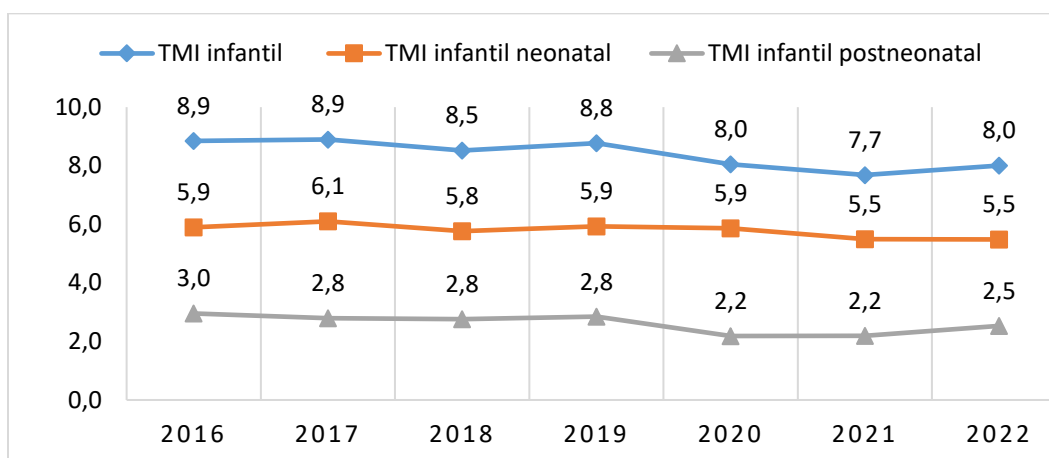
3.1 Evolución de las tasas de mortalidad infantil

La Figura 1 muestra la evolución de las tasas de mortalidad infantil (TMI) en Argentina durante el periodo 2016-2022; se diferencia entre la TMI total, la TMI neonatal y la TMI posneonatal. Se observa una tendencia general descendente en las tres categorías, aunque con fluctuaciones y repuntes en los últimos 7 años.

⁷ Entre sus ventajas se destaca la posibilidad de cuantificar la dirección y la intensidad de las asociaciones y de evaluar la significancia estadística de cada predictor, así como la capacidad explicativa conjunta del conjunto de variables. No obstante, esta técnica presenta limitaciones: requiere el cumplimiento de supuestos como la linealidad de las relaciones, la ausencia de multicolinealidad y la homocedasticidad de los residuos, y no capta relaciones no lineales o efectos de interacción no modelados explícitamente.

Figura 1

Evolución de las tasas de mortalidad infantil. Argentina, 2016-2022



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos provistos por la DEIS.

La TMI infantil total, que incluye las muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos, comenzó con un registro de 8,9 defunciones infantiles por cada mil nacidos vivos en 2016 y se mantuvo relativamente constante hasta 2019, año en el que se observó un descenso más marcado hasta su punto más bajo en 2021 (7,7). Sin embargo, en 2022 la TMI volvió a aumentar ligeramente hasta 8,0. Este patrón sugiere que, aunque han operado avances, las condiciones que influyen en la mortalidad infantil no habrían mejorado de forma sostenida o uniforme.

La TMI neonatal muestra una tendencia decreciente más estable en comparación con la TMI total. Comenzó con un registro de 5,9 defunciones neonatales cada mil nacidos vivos en 2016 y fue disminuyendo de forma constante hasta llegar a 5,5 en 2022. Por su lado, la TMI posneonatal tuvo una disminución más pronunciada en los primeros años del periodo estudiado, pasó de 3,0 en 2016 a 2,2 en 2020. Sin embargo, al igual que la TMI total, la tasa posneonatal incrementó ligeramente a partir de 2021 y subió a 2,5 en 2022.

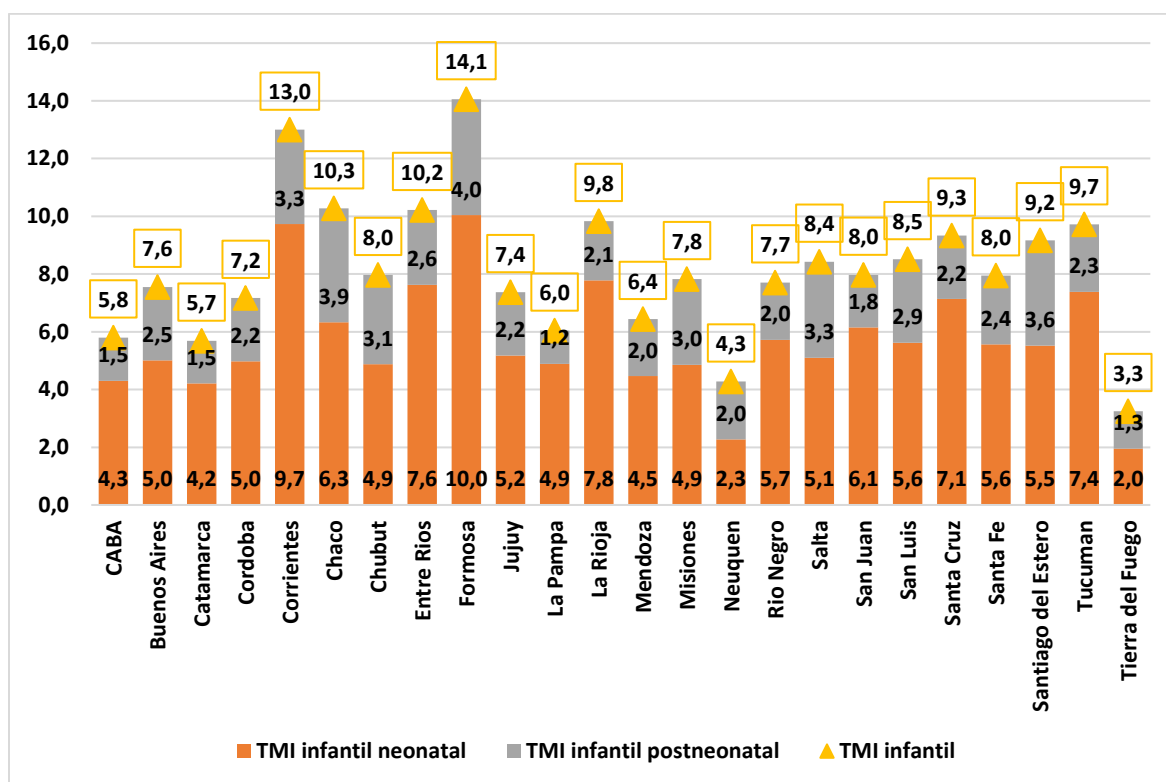
En conjunto, el gráfico de la Figura 1 revela una tendencia positiva a la reducción en la mortalidad infantil en Argentina durante los primeros años del periodo, pero los picos en 2021 y 2022 -en el contexto de la pandemia por COVID-19 y las medidas tomadas para su tratamiento- resaltan la necesidad de estudiar con mayor profundidad los factores que influyen en el reciente aumento.

En la escala provincial, se experimenta una significativa variación de la TMI entre las distintas jurisdicciones argentinas, como se aprecia en la Figura 2. Tierra del Fuego adquirió la TMI más baja del país en 2022, con 3,3 por mil nacidos vivos, seguida de Neuquén y La Pampa con tasas de 4,3 y 6,0, respectivamente. Por el contrario, en provincias del norte, como Formosa y Corrientes, la TMI total se ubicó muy por encima de la nacional, donde se registraron tasas de 14,1 y 13,0 por mil,

respectivamente. Provincias como Buenos Aires (7,6) y Córdoba (7,2) se sitúan en una posición intermedia.

Figura 2

Tasas de mortalidad infantil según jurisdicción provincial. Argentina, 2022



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos provistos por la DEIS.

La TMI neonatal revela también desigualdades estructurales en el acceso y la calidad de la atención perinatal. Nuevamente, provincias como Tierra del Fuego y Neuquén obtuvieron algunas de las TMI neonatales más bajas del país, con tasas de 2,0 y 2,3, respectivamente. Pero, en el otro extremo, se encuentran provincias con TMI neonatal considerablemente altas, como Formosa y Corrientes, que alcanzaron registros de 10,0 y 9,7, respectivamente.

De igual manera, la TMI posneonatal refleja variaciones significativas entre provincias. Tierra del Fuego y La Pampa presentaron algunas de las TMI posneonatales más bajas, con 1,3 y 1,2, cada cual. Mientras tanto, jurisdicciones como Formosa y Chaco detentaron los registros más elevados, con tasas de 4,0 y 3,9, respectivamente. Buenos Aires y Córdoba, con tasas de 2,5 y 2,2, se hallan también en una posición intermedia.

A continuación, las Figuras 3, 4 y 5 permiten observar diferencias y patrones clave en la tipología provincial propuesta, de acuerdo con el comportamiento de la TMI total, neonatal y posneonatal en Argentina, durante el período 2016-2022.

Por un lado, provincias como Santa Fe, Mendoza, Córdoba y Buenos Aires aparecen en las tres figuras con tasas bajas y baja variabilidad (Cuadrante A), lo cual demuestra que han logrado establecer condiciones estructurales favorables que garantizan un acceso adecuado y constante a los servicios de salud, así como un entorno socioeconómico que contribuye a la disminución y estabilización de la mortalidad infantil.

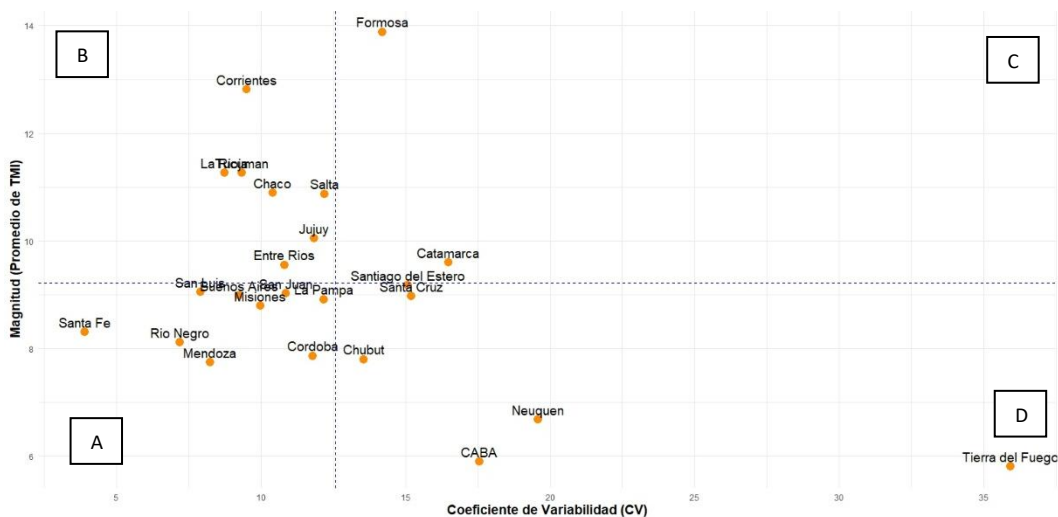
Por otro lado, provincias como Chaco, Salta, Tucumán, San Juan y Misiones mantienen tasas altas y estables tanto en TMI total como neonatal (Cuadrante B), lo que supone carencias persistentes y sistemáticas que afectan a estas regiones, como problemas estructurales en el acceso a servicios de salud, condiciones de vida desfavorables y desigualdades sociales persistentes.

En el Cuadrante C, se ubican las provincias con tasas de mortalidad infantil elevada, pero con una alta fluctuación entre los años analizados. Esto sugiere que enfrentan problemas estructurales importantes en torno a la salud infantil, pero, además, están expuestas a factores coyunturales o contextos variables que agravan la situación en determinados períodos. Provincias como Formosa destacan en este cuadrante (Figuras 3, 4 y 5), ya que tienen tasas promedio elevadas de mortalidad infantil, con un comportamiento inestable a lo largo de los años.

Neuquén, Tierra del Fuego y CABA exhiben las tasas más bajas, pero con mayor variabilidad en el periodo analizado (Cuadrante D). Esto indica que, aunque estas provincias han logrado mantener una baja mortalidad infantil total, neonatal y posneonatal, en estas regiones la mortalidad infantil es sensible a cambios contextuales o anuales.

Figura 3

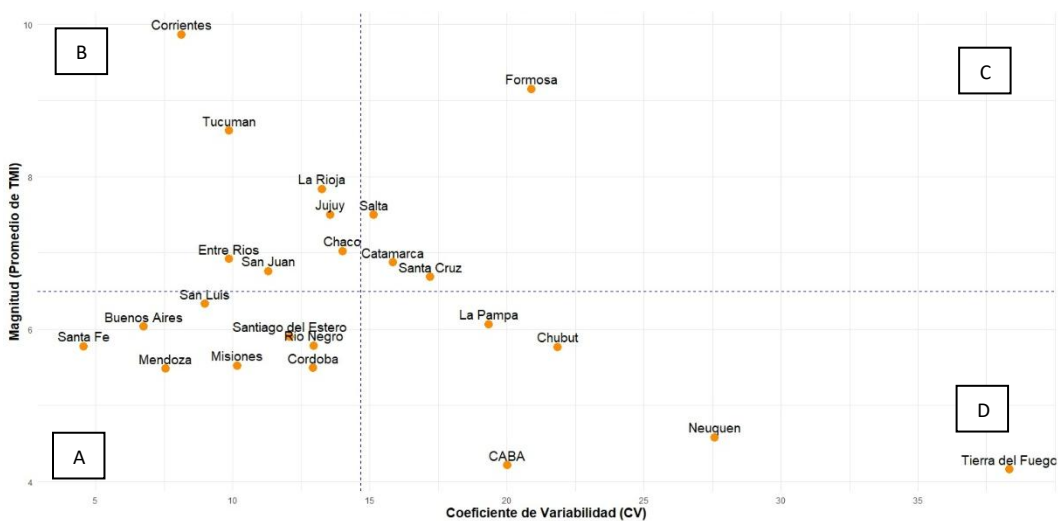
Magnitud y coeficiente de variación de la TMI total. Argentina, 2016-2022



Fuente: elaboración propia con base en las defunciones y los nacimientos de la DEIS.

Figura 4

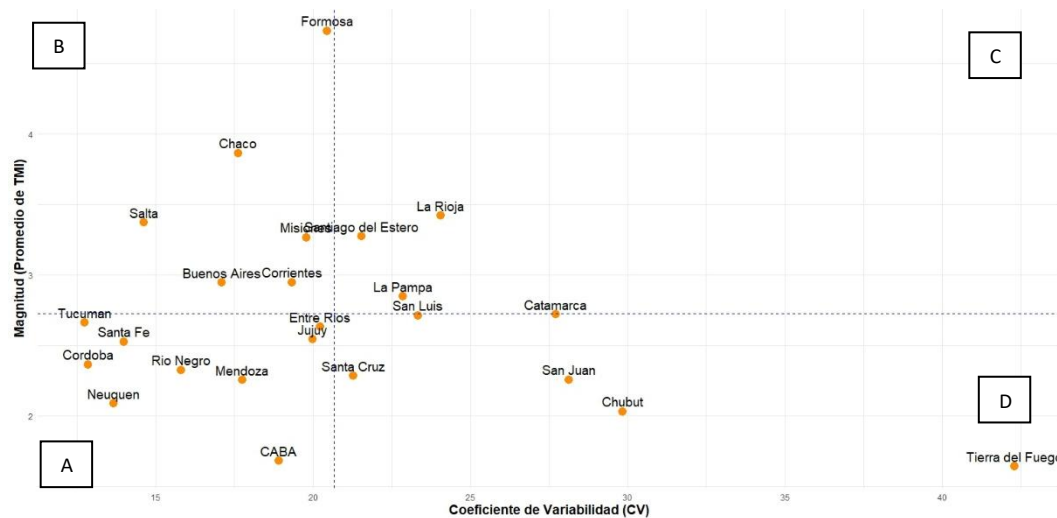
Magnitud y coeficiente de variación de la TMI neonatal. Argentina, 2016-2022



Fuente: elaboración propia con base en las defunciones y los nacimientos de la DEIS.

Figura 5

Magnitud y Coeficiente de Variación de la TMI posneonatal. Argentina, 2016-2022



Fuente: elaboración propia con base en las defunciones y los nacimientos de la DEIS.

3.2 Factores asociados a las tasas de mortalidad infantil

A continuación, se presentan los resultados de la regresión lineal múltiple (Tabla 1, ver al final en los anexos) para identificar los factores socioeconómicos más importantes asociados con la evolución de las tasas de mortalidad infantil a nivel provincial, entre 2016 y 2022, en el territorio argentino, con un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

Se inicia con la bondad de ajuste de las estimaciones de las tasas de mortalidad infantil. Así, se observa que el modelo de tasa de mortalidad infantil (TMI) total logra explicar el 72 % de la variabilidad en la mortalidad infantil total. El valor del R^2 para la TMI neonatal indica que aproximadamente el 65,7 % de la variabilidad en la tasa de mortalidad neonatal puede explicarse por las variables predictoras incluidas en el modelo. Y el modelo para predecir la TMI posneonatal explica el 60,7 % de la variabilidad total.

En el modelo de TMI total, se comprobó una relación negativa significativa entre la edad promedio de las madres y la mortalidad infantil, con un coeficiente de $-0,310$ ($p = 0,002$), lo que sugiere que a mayor edad promedio de las madres, menor es la mortalidad infantil. Este hallazgo respalda la idea de que la madurez reproductiva y una mejor planificación familiar benefician la salud infantil. Además, el nivel educativo promedio de las madres también mostró una correlación negativa ($-0,197$, $p = 0,012$); de tal forma, las provincias con mayor educación materna tienden a sumar menores tasas de mortalidad infantil.

El peso al nacer obtuvo un coeficiente positivo (0,219, $p = 0,001$), lo que parece contradictorio, ya que generalmente se asocia un mayor peso al nacer con menores tasas de mortalidad. Esto podría deberse a efectos no capturados por el modelo o a la influencia de otros factores.

La conexión de agua fuera de la vivienda reportó un coeficiente negativo y cercano a la significancia (-0,448, $p = 0,053$), lo que sugiere que el acceso a agua dentro de la vivienda incide en menores tasas de mortalidad infantil.

La cercanía a zonas inundables comportó un efecto positivo significativo en la TMI. Por ende, las provincias con más hogares expuestos a inundaciones enfrentan mayores tasas de mortalidad infantil, posiblemente debido a la propagación de enfermedades transmitidas por el agua y la interrupción de servicios de salud. Curiosamente, según datos provenientes de la EPH, el habitar en villas de emergencia parece tener una relación negativa con la TMI, lo cual podría atribuirse a la implementación de programas de asistencia sanitaria específicos en estas áreas⁸.

Por último, el acceso a gas de red se asocia con menores tasas de mortalidad infantil, lo que sugiere que este servicio básico mejora las condiciones de vida, porque facilita la tenencia de calefacción y cocina más seguras y reduce los riesgos de enfermedades o accidentes domésticos.

Para la TMI neonatal, al igual que en el modelo de TMI total, la edad promedio de las madres tiene un efecto negativo significativo (-0,303, $p = 0,006$); así, las provincias con madres de mayor edad tienen menores tasas de mortalidad neonatal. Sin embargo, el nivel educativo promedio de las madres no mostró un efecto significativo. El peso al nacer promedio tuvo un coeficiente positivo (0,171, $p = 0,019$), de manera que un mayor peso al nacer está asociado con un aumento en la mortalidad neonatal, este hecho puede reflejar interacciones entre factores socioeconómicos y el acceso a atención médica.

La falta de revestimiento interior del techo se relacionó con un aumento en la TMI neonatal (0,217, $p = 0,042$), lo que resalta la importancia de las condiciones habitacionales, ya que un techo inadecuado puede exponer a los neonatos a enfermedades respiratorias. Así mismo, los hogares con inodoros sin arrastre de agua y con sistemas de desagüe deficientes, como cámaras sépticas o pozos ciegos, se vincularon con un aumento en la mortalidad neonatal, lo que destaca el impacto de las condiciones de saneamiento en la salud infantil (0,470, $p = 0,029$; -0,292, $p = 0,002$).

La cercanía a zonas inundables también tuvo un efecto positivo y significativo en la mortalidad neonatal (coeficiente 0,235, $p = 0,027$), lo cual pone de relieve los riesgos provocados por desastres naturales. Finalmente, la conexión a gas de red exhibió un efecto negativo significativo (-0,332, $p = 0,001$), por cuanto este servicio mejora las condiciones de vida y reduce la mortalidad neonatal al ofrecer calefacción adecuada y reducir la exposición a contaminantes interiores.

Entre las variables predictoras más significativas para estimar las tasas de mortalidad infantil posneonatal se encuentra el nivel educativo promedio de las madres, cuyo coeficiente fue negativo

⁸ La información debe interpretarse con cautela, ya que este indicador no proviene del informe estadístico de defunciones.

(-0,276, $p = 0,003$). El modelo evidenció, además, una disminución progresiva de la TMI posneonatal a lo largo del tiempo (-0,249, $p = 0,002$), lo que podría estar vinculado a mejoras en políticas de salud pública y condiciones de vida.

También, el acceso a gas de red mostró una asociación significativa y negativa (-0,317, $p = 0,004$), esta variable recalca el impacto positivo de la disponibilidad de servicios básicos en la salud infantil. En cuanto a vivir en una villa de emergencia, según datos provenientes de la EPH, el modelo apuntó una relación negativa significativa (-0,217, $p = 0,013$). En consecuencia, dentro del contexto del modelo, los hogares ubicados en villas de emergencia presentaron menores tasas de mortalidad infantil posneonatal.

Por su parte, la variable relacionada con la cobertura de salud (algún miembro del hogar con obra social, mutual, prepaga o seguros públicos) tuvo un coeficiente negativo cercano a la significación (-0,197, $p = 0,053$). Esto sugiere que los hogares con acceso a cobertura de salud podrían experimentar menores tasas de mortalidad infantil posneonatal, y se destaca el rol de la atención médica en la prevención de muertes evitables en este grupo etario.

De igual manera, el peso al nacer promedio exhibió un coeficiente positivo y significativo de 0,004. Este hallazgo es contraintuitivo, dado que generalmente se asocia un mayor peso al nacer con mejores resultados de salud infantil. Esta discrepancia podría referir a problemas de colinealidad con otras variables o a la influencia de factores no capturados en el modelo, como la calidad del seguimiento posnatal o las condiciones específicas del entorno.

En resumen, de acuerdo con los resultados de estos modelos, la edad y el nivel educativo de las madres son predictores consistentemente importantes en la reducción de la mortalidad infantil en todas sus formas. Adicionalmente, factores relacionados con la infraestructura, como el acceso al agua y el gas de red, parecen jugar un papel importante, en especial, en las muertes neonatales y posneonatales.

4. Discusión

La mortalidad infantil sigue siendo un indicador clave para evaluar el nivel de desarrollo y bienestar de la población, y sus determinantes han sido ampliamente estudiados a nivel internacional (Bossio et al., 2020; Chivardi et al., 2023; Longhi, 2022; Passarelli-Araujo, 2024). En América Latina, y a pesar de una disminución del 60 % en las muertes de niños menores de cinco años desde el año 2000, las enfermedades infecciosas como la neumonía, la malaria y la tuberculosis aún son una de las principales causas de muerte en este grupo etario (OPS, 2024).

En el caso argentino, los resultados de este estudio muestran, al igual que en otros países de la región (Durán et al., 2024; UNICEF, 2021), una tendencia lenta pero sostenida a la disminución de la TMI durante 2016-2022, en línea con descensos observados desde principios de siglo (Finkelstein et al., 2016, 2017; PAHO/WHO, 2024). Estas mejoras representan avances en la atención perinatal y

neonatal, como el fortalecimiento de cuidados en el parto y las intervenciones tempranas para recién nacidos vulnerables (Garriga, 2014), aunque persisten desigualdades provinciales.

Tal como documentó Arias-Montes (2024) con un enfoque espacial, provincias como Tierra del Fuego, Neuquén y La Pampa exhiben tasas consistentemente bajas, mientras que Formosa, Corrientes, Chaco y Entre Ríos registran las más altas, probablemente debido a déficits en infraestructura sanitaria, acceso limitado a servicios especializados y contextos socioeconómicos adversos. Este patrón confirma hallazgos previos sobre la persistencia de desigualdades estructurales (Bossio et al., 2020) y amplía la evidencia al incorporar un análisis longitudinal con indicadores de vivienda y servicios básicos derivados de la EPH.

Los resultados confirman que las condiciones habitacionales son un determinante crítico de la supervivencia infantil (Chivardi et al., 2023; Guillot et al., 2012; Passarelli-Araujo, 2024). La ausencia de servicios básicos como agua potable, redes de cloacas o instalaciones sanitarias adecuadas incrementa el riesgo de enfermedades diarreicas, una de las principales causas de mortalidad en esta etapa (Behm, 2014). El modelo de regresión prueba que déficits como techos de baja calidad, sistemas de descarga de inodoros deficientes y proximidad a zonas inundables se asocian con tasas más altas de mortalidad, en concordancia con evidencia internacional (Hossain et al., 2015; Huda et al., 2016).

Un hallazgo particular fue que los hogares ubicados en villas de emergencia presentaron tasas menores a las esperadas, lo que podría explicarse por redes comunitarias de apoyo o programas focalizados de atención primaria, así como por posibles limitaciones en la medición de privaciones. Así mismo, la edad y el nivel educativo de la madre se ratificaron como factores protectores, mientras que el bajo peso al nacer se asoció fuertemente con un mayor riesgo, lo que coincide con hallazgos previos (Behm, 2014; Chivardi et al., 2023; Ratnasiri et al., 2020).

En términos metodológicos, se optó por un modelo de regresión lineal múltiple debido a su capacidad para estimar el efecto neto de cada variable, controlando por el resto, y para facilitar la comparación de coeficientes entre las tres expresiones de la mortalidad infantil (total, neonatal y posneonatal). Si bien existen alternativas como modelos de error o rezago espacial, regresiones de Poisson o técnicas de minería de datos, la elección respondió a que el objetivo del estudio no fue modelar la dependencia espacial ni el conteo de eventos, sino identificar asociaciones lineales y comparables en un marco longitudinal. La incorporación futura de técnicas espaciales, como las empleadas por Arias-Montes (2024), permitiría complementar este análisis y profundizar en la dimensión territorial.

En el modelo correspondiente a la mortalidad posneonatal, el coeficiente positivo y significativo asociado al peso al nacer promedio constituye un resultado contraintuitivo, dado que la literatura lo asocia de manera consistente con mejores desenlaces en salud infantil. Una posible explicación radica en problemas de colinealidad entre esta variable y otros predictores incluidos en el modelo, lo que podría distorsionar el signo y la magnitud de la estimación. También es posible que existan

factores no observados -como la calidad y la continuidad del seguimiento posnatal o características específicas del entorno- que influyan en la relación observada.

Cabe señalar, asimismo, que no se evaluó la autocorrelación de los residuos mediante el estadístico Durbin-Watson, por lo que no es posible descartar plenamente la presencia de dependencia serial. Este aspecto constituye una limitación del modelo, ya que la autocorrelación residual, en caso de existir, podría afectar la estimación de los errores estándar y, en consecuencia, la significancia estadística de los coeficientes. Estos elementos subrayan la necesidad de interpretar los resultados con cautela y de considerar en futuros estudios la verificación exhaustiva de supuestos y la exploración de modelos alternativos.

Finalmente, este estudio presenta limitaciones relacionadas con la naturaleza y la calidad de los datos utilizados. Al basarse en fuentes secundarias, como registros de nacimientos y defunciones, la ausencia de información en algunos departamentos y años puede afectar la precisión de las estimaciones, especialmente en las tasas de mortalidad neonatal y posneonatal. Igualmente, la disponibilidad limitada de variables sobre condiciones habitacionales en las bases oficiales restringe la incorporación de ciertos determinantes relevantes. Aunque la concordancia de los resultados con la literatura sugiere que estas limitaciones no alteran sustancialmente las asociaciones identificadas, futuros estudios que integren datos primarios y técnicas analíticas complementarias podrían contribuir a una comprensión más completa de los factores que inciden en la mortalidad infantil.

5. Conclusión

La mortalidad infantil es un indicador clave del desarrollo de una sociedad, influenciada por factores socioeconómicos, especialmente en contextos con desigualdades territoriales como la Argentina. Si bien la tendencia de la tasa de mortalidad infantil total es positiva y se ha reducido entre 2016 y 2022, aún se advierten disparidades y asimetrías que refuerzan la desigualdad entre jurisdicciones provinciales.

Este estudio aporta evidencia novedosa al campo de la investigación en Argentina, al integrar el análisis de la mortalidad infantil con indicadores de infraestructura sanitaria y condiciones habitacionales derivados de la Encuesta Permanente de Hogares, combinados con datos de registros vitales oficiales. Además, se ofrece un análisis comparativo a escala provincial que incorpora medidas de variabilidad interanual, lo que permite identificar no solo niveles, sino también patrones de estabilidad o inestabilidad en las tasas.

Los resultados muestran que, en el caso de la mortalidad neonatal, variables como la edad promedio de la madre, la calidad de la infraestructura sanitaria en el hogar (acceso a gas de red, tipo de desagüe) y la proximidad a zonas inundables tienen un peso importante. Esto sugiere que las políticas deben priorizar el fortalecimiento de la atención perinatal, la mejora de los servicios básicos intradomiciliarios y la mitigación de riesgos ambientales. En la mortalidad posneonatal, el nivel educativo promedio de las madres, el acceso a gas de red y las condiciones de saneamiento

adquieren mayor relevancia, lo que indica la necesidad de intervenciones orientadas a la prevención de enfermedades infecciosas, la promoción de hábitos de cuidado y la reducción de las carencias estructurales que afectan la crianza durante el primer año de vida.

En conjunto, los hallazgos refuerzan la importancia de diseñar políticas públicas diferenciadas según el tipo de mortalidad infantil, combinando mejoras en infraestructura y servicios con estrategias de fortalecimiento del capital humano de los adultos responsables del cuidado. La incorporación de variables de infraestructura y vivienda a este análisis representa un avance respecto a estudios previos, ya que amplía la comprensión de los determinantes sociales y territoriales de la mortalidad infantil en Argentina y ofrece una base empírica para la formulación de intervenciones más específicas y eficaces.

6. Agradecimientos

Los autores agradecen el estímulo y los comentarios del Dr. Miguel Ángel Schiavone, rector de la Universidad Católica Argentina, y de la Dra. Sabrina Marcela Julio. También, se agradece el apoyo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA).

7. Referencias

- Andrade C., Szwarcwald C., Gama S., y Leal M. (2004). Desigualdades socioeconômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no município do Rio de Janeiro, 2001. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 44-51. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700005>
- Arias-Montes, J. D. (2024). Impacto de factores socioeconómicos en la tasa de mortalidad postneonatal de Argentina: Un enfoque espacial. *Geográfica Digital*, 21(42), 219-230. <https://doi.org/10.30972/geo.21424543>
- Augsburger A. C., Gerlero S., Galende S., y Moyano C. B. (2013). La expresión de las desigualdades sociales en la mortalidad infantil. Información epidemiológica en regiones seleccionadas de la provincia de Santa Fe (Argentina). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1), S139-S148.
- Behm, H. (2014). Los determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia. *Población y Salud en Mesoamérica*, 12(1). <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/15141/14457/>
- Bolsi, A. S. C., Longhi, H. F., y Paolasso, P. C. (2009). Pobreza y mortalidad infantil en el norte grande argentino. Un aporte para la formulación de políticas públicas. Universidad de Granada. *Cuadernos Geográficos*, 45, 11-2009, 231-261. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/79131>

- Bossio, J. C., Sanchis, I., Herrero, M. B., Armando, G. A., y Arias, S. J. (2020). Mortalidad infantil y desigualdades sociales en Argentina, 1980-2017. *Pan American Journal of Public Health*, 44, e127. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.127>
- Chivardi, C., Zamudio Sosa, A., Cavalcanti, D. M., Ordoñez, J. A., Diaz, J. F., Zuluaga, D., Almeida, C., Serván-Mori, E., Hessel, P., Moncayo, A. L., y Rasella, D. (2023). Understanding the social determinants of child mortality in Latin America over the last two decades: a machine learning approach. *Scientific reports*, 13(1), 20839. <https://www.nature.com/articles/s41598-023-47994-w>
- Chowdhury, Q., Islam, R., y Hossain, K. (2010). Socio-economic determinants of neonatal, post neonatal, infant and child mortality. *International Journal of Sociology and Anthropology*, 2, 118-25.
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2012). *Análisis de la Mortalidad Materno Infantil. República Argentina, 2003-2012*. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
- Durán, P., Soliz, P., Mujica, O. J., Cueva, D. A., Serruya, S. J., y Sanhueza, A. (2024). Neonatal mortality in countries of the Americas, 2000-2020: trends, inequalities, and target-setting. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.4>
- Finkelstein, J. Z., Duhau, M., Speranza, A., Marconi, E., y Escobar, P. (2016). Evolución de la mortalidad infantil en Argentina en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(3), 216-222. <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.216>
- Finkelstein, J. Z., Duhau, M., Fasola, M. L., y Escobar, P. (2017). Mortalidad neonatal en Argentina: Análisis de situación de 2005 a 2014. *Archivos argentinos de pediatría*, 115(4), 343-349. <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.343>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). *Levels and trends in child mortality*. Report 2021. UNICEF.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)-Organización Mundial de la Salud. (2021). *Progress on Household Drinking Water, Sanitation and Hygiene 2000-2020: Five Years into the SDGs*. UNICEF/OMS.
- Garriga, S. (2014). *Impacto del Plan Nacer sobre la mortalidad infantil en Argentina. Documento de Trabajo. No. 168*. Universidad Nacional de La Plata, Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS), La Plata. <https://www.econstor.eu/handle/10419/127681>
- Guillot, M., Gerland, P., Pelletier, F., y Saabneh, A. (2012). Child mortality estimation: a global overview of infant and child mortality age patterns in light of new empirical data. *Plos Medicine*, 9(8), e1001299. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001299>

- Guzman, J. M., y Orellana, H. (1987). Infant, neonatal and post-neonatal mortality in some Latin American countries. *Notas de población*, 15(44), 31-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12269188/>
- Hoque, B. A., Chakraborty, J., Chowdhury, J. T. A., Chowdhury, U. K., Ali, M., El Arifeen, S., y Sack, R. B. (1999). Effects of environmental factors on child survival in Bangladesh: a case control study. *Public health*, 113(2), 57-64. <https://doi.org/10.1038/sj.ph.1900518>
- Hossain, M., Mani, K., y Islam, M. (2015). Prevalence and determinants of the gender differentials risk factors of child deaths in Bangladesh: evidence from the Bangladesh demographic and health survey, 2011. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 9, e0003616. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003616>
- Huda, T., Tahsina, T., El Arifeen, S., y Dibley, M. (2016). The importance of intersectoral factors in promoting equity-oriented universal health coverage: a multilevel analysis of social determinants affecting neonatal infant and under-five mortality in Bangladesh. *Global Health Action*, 1(9). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754013/>
- Instituto Nacional De Estadísticas y Censos-Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. (2023). *Condiciones habitacionales de la población, los hogares y las viviendas* (1a ed.). INDEC.
- Kashima, S., Suzuki, E., Okayasu, T., Razafimahatratra, J.L., Eboshida, A., y Subramanian, S.V. (2012). Association between proximity to a health center and early childhood mortality in Madagascar. *PLoS One*, 7, e38370. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038370>
- Longhi, F., y Del Castillo, A. (2017). Mortalidad infantil por desnutrición y condiciones de pobreza en Tucumán (Argentina): Magnitudes, manifestaciones espaciales y acciones familiares en los primeros años del siglo XXI. *Papeles de geografía*, (63), 91-112. <https://doi.org/10.6018/geografia/2017/284351>
- Longhi, H. F. (2022). Mortalidad infantil en Tucumán (Argentina): Brechas estadísticas y cambio secular. *Cuadernos del Cendes*, 39(109), 51-81. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/210940>
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2023). *Estadísticas vitales: Información básica - Año 2022* (Serie 5, N.º 66). Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *El entorno físico escolar: un elemento esencial de una escuela promotora de la salud*. OMS.
- Pan American Health Organization (PAHO/WHO). (2024, 14 de mayo). *Encouraging trends and persistent challenges: Analysis of under-five mortality and prospects in Latin America and the Caribbean*. Pan American Health Organization.
- Paolasso, P., Longhi, F., y Velázquez, G. (2019). *Desigualdades y fragmentación territorial en la Argentina durante la primera década del siglo XXI*. Imago Mundi.

- Passarelli-Araujo, H. (2024). Estimating the effect of socio-economic factors on infant mortality rates in Latin America between 2000 and 2019: A panel data analysis. *Public Health*, 227, 232-238. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.01.015>
- Programa de Nacional de Estadísticas de Salud. (1997). *Estadísticas vitales. Información básica 1997* (Serie 5, N.º 41, p. 23). Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud.
- Ratnasiri, A. W. G., Parry, S. S., Arief, V. N., DeLacy, I. H., Halliday, L. A., DiLibero, R. J., y Basford, K. E. (2020). Maternal and infant predictors of infant mortality in California, 2007-2015. *PloS one*, 15(8), e0236877. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236877>
- Reidpath, D. D., y Allotey, P. (2003). Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(5), 344-346. <https://doi.org/10.1136/jech.57.5.344>
- Singh, R., y Tripathi, V. (2013). Maternal factors contributing to under-five mortality at birth order 1 to 5 in India: a comprehensive multivariate study. *SpringerPlus*, 2, 284. doi: 10.1186/2193-1801-2-284
- United Nations Environment Programme (UNEP), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), World Health Organization. (2002). *Children in the new millennium: environmental impact on health*. United Nations Environment Programme, United Nations Children's Fund and World Health Organization.
- VanDerslice, J., Popkin, B., y Briscoe, J. (1994). Drinking-water quality, sanitation, and breast-feeding: Their interactive effects on infant health. *Bulletin of the World Health Organization*, 72, 589-601. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2486614/>
- Wild, C. P., y Kleinjans, J. (2003). Children and increased susceptibility to environmental carcinogens: Evidence or empathy? *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 12, 1389-1394. <https://cebp.aacrjournals.org/content/12/12/1389>

8. Anexos

Tabla 1

Modelo de regresión lineal múltiple de las tasas de mortalidad infantil por jurisdicción provincial según factores sociodemográficos y del espacio del hábitat. Argentina, 2016-2022

Modelo		TMI total		TMI neonatal		TMI posneonatal	
1	(Constante)	Coefficiente (b)	p-valor	Coefficiente (b)	p-valor	Coefficiente (b)	p-valor
	Año	-0,113	0,095	-0,019	0,801	-0,249	0,002
	Edad promedio de las madres	-0,310	0,002	-0,303	0,006	-0,198	0,093
	Nivel educativo promedio de las madres	-0,197	0,012	-0,114	0,185	-0,276	0,003
	Tiempo de gestación promedio	0,073	0,289	0,082	0,283	0,027	0,745
	Peso al nacer promedio	0,219	0,001	0,171	0,019	0,223	0,004
	Hogar con déficit de hacinamiento	-0,034	0,642	0,040	0,625	-0,163	0,063
	Vivir en pieza en inquilinato, hotel, pensión o local no construido para habitación	-0,075	0,320	-0,073	0,378	-0,047	0,596
	Material de los pisos de mala calidad (ladrillo suelto o tierra)	-0,091	0,322	-0,159	0,120	0,077	0,483
	Revestimiento exterior del techo de mala calidad (chapa, fibrocemento, cartón, saña, tabla, paja o barro)	-0,028	0,707	-0,027	0,750	-0,020	0,822
	No tener revestimiento interior del techo	0,150	0,118	0,217	0,042	-0,040	0,723

	Conexión de agua fuera de la vivienda	-0,448	0,053	-0,739	0,004	0,294	0,283
	Conexión de agua por perforación u otro	-0,065	0,417	-0,149	0,091	0,125	0,185
	No tener baño/letrina	-0,104	0,067	-0,121	0,053	-0,028	0,675
	Conexión del baño fuera de la vivienda	0,318	0,101	0,372	0,083	0,083	0,715
	Inodoro sin botón/mochila/cadena y sin arrastre de agua	0,201	0,298	0,470	0,029	-0,399	0,083
	Desagüe mediante cámara séptica, pozo ciego u hoyo/excavación en la tierra	-0,297	0,001	-0,292	0,002	-0,186	0,069
	Vivir cerca de basurales	-0,026	0,769	0,020	0,840	-0,105	0,323
	Vivir cerca de zona inundable	0,190	0,047	0,235	0,027	0,026	0,819
	Vivir en villa de emergencia	-0,191	0,010	-0,138	0,090	-0,217	0,013
	Tener conexión a gas de red	-0,379	0,000	-0,332	0,001	-0,317	0,004
	Tener cobertura de salud (algún miembro del hogar con obra social mutual prepaga o planes y seguros públicos)	0,005	0,953	0,109	0,250	-0,197	0,053
	R cuadrado		0,720		0,657		0,607
	R cuadrado ajustado		0,679		0,606		0,549
	Observaciones		165		165		165

Nota: Variables dependientes: TMI total prov, TMI neonatal prov, TMI posneonatal prov.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EPH Total Urbano 2016-2022 y registro de nacimientos y defunciones 2016-2022.

Población y Salud en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?

Ingresa [aquí](#)

O escribanos:

revista.ccp@ucr.ac.cr

1° Revista
Electrónica



Enlace Award, 2007



Global Media Awards
Excellence in Population Reporting

Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



Scopus®



DOAJ

latindex



Dialnet



Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

